

## “A falta de informação nos afasta do remédio, do bem-estar, da harmonia...”: estudo de método misto com demandantes de medicamentos pela via administrativa

“A lack of information keeps us from medicine, well-being, harmony...”: a mixed method study with plaintiffs requesting medicines in administrative cases

Amanda Queiroz Soares (<https://orcid.org/0000-0003-4416-1108>)<sup>1</sup>

Miriam Amaral Melo (<https://orcid.org/0000-0003-1779-5447>)<sup>2</sup>

Pedro Ivo da Silva (<https://orcid.org/0000-0002-7441-1852>)<sup>3</sup>

Virgínia Oliveira Chagas (<https://orcid.org/0000-0003-3470-7234>)<sup>4</sup>

Mércia Pandolfo Provin (<https://orcid.org/0000-0001-7529-585X>)<sup>5</sup>

Maisa Miralva da Silva (<https://orcid.org/0000-0003-3072-3560>)<sup>6</sup>

Vanessa da Silva Carvalho Vila (<https://orcid.org/0000-0002-1785-8682>)<sup>6</sup>

Rita Goreti Amaral (<https://orcid.org/0000-0001-8890-0852>)<sup>5</sup>

**Abstract** *The need to request public health managers to ensure the right of access to medicines characterizes an administrative case and the method to do so is called the administrative route. This mixed method study aimed to analyze the perceptions of plaintiffs requesting medications by the administrative route about barriers to access medicines in the Brazilian public health sector. Data were gathered through focus groups and questionnaires. The results point to the interdependence of pharmaceutical services with the interfacing areas to ensure access. The barriers related to individuals reflect the commitment to develop citizenship, justifying the cost of the medicine to motivate the demand. Barriers to service provision include irregular availability of medicines, insufficient resources, and unsatisfactory quality of services. The difficulty in obtaining medical consultations and prescriptions originating in the public sector are barriers to the health sector. The barriers above the health sector are compliance with administrative procedures, corruption, and clientelism. The administrative route intensifies inequities in access to healthcare in Brazil.*

**Key words** *Pharmaceutical services, Health services accessibility, Health status disparities, Brazil*

**Resumo** *A necessidade de recorrer ao gestor público de saúde para efetivar o direito ao acesso a medicamentos caracteriza a via administrativa. O estudo analisou as percepções dos usuários que acionaram a via administrativa sobre as barreiras para o acesso a medicamentos no setor público de saúde de uma capital brasileira. Foi realizado estudo de método misto com grupo focal, questionário com demandantes e descrição dos medicamentos demandados pela via administrativa. Os resultados apontam a interdependência da assistência farmacêutica com as áreas de interfaceamento para a garantia do acesso. As barreiras relativas aos indivíduos refletem o comprometimento do desenvolvimento da cidadania, justificando o custo do medicamento motivar a demanda. As barreiras à prestação dos serviços contemplam disponibilidade irregular dos medicamentos, insuficiência de recursos e qualidade insatisfatória dos serviços. A dificuldade para conseguir consultas médicas e a exigência da prescrição originada no setor público são barreiras ao setor saúde. As barreiras acima do setor saúde são cumprimento dos procedimentos administrativos, corrupção e clientelismo. A via administrativa intensifica as iniquidades no acesso à saúde no Brasil.*

**Palavras-chave** *Assistência farmacêutica, Acesso aos serviços de saúde, Disparidades nos níveis de saúde, Brasil*

<sup>1</sup> Hospital das Clínicas, Universidade Federal de Goiás. Setor de Farmácia Hospitalar, 1ª Avenida s/n, Setor Leste Universitário, 74605-020. Goiânia GO Brasil. amandaqueirozsoares2@gmail.com.

<sup>2</sup> Hemocentro de Goiás. Goiânia GO Brasil.

<sup>3</sup> Hospital Municipal de Aparecida, Secretaria Municipal de Aparecida de Goiânia. Aparecida de Goiânia GO Brasil.

<sup>4</sup> Universidade Federal de Jataí. Jataí GO Brasil.

<sup>5</sup> Faculdade de Farmácia, Universidade Federal de Goiás. Goiânia GO Brasil.

<sup>6</sup> Pontifícia Universidade Católica de Goiás. Goiânia GO Brasil.

## Introdução

A insuficiência na disponibilidade e na equidade do acesso aos medicamentos essenciais<sup>1</sup> tem contribuído para elevar os gastos com medicamentos e impedir o progresso dos sistemas de saúde com cobertura universal<sup>2</sup>. É nesse contexto que o Brasil está inserido<sup>3</sup>, tendo instituído um sistema (Sistema Único de Saúde - SUS) que garante à população acesso universal, equitativo e integral às ações e serviços de saúde<sup>4</sup>.

Em que pese o país ter instituído e revisado periodicamente a lista de medicamentos essenciais, o princípio da integralidade é peremptório para o direito de acesso a medicamentos, ainda que estes estejam fora dessa lista. Buscando efetivar esse direito, muitos cidadãos recorrem diretamente ao gestor do serviço público de saúde, caracterizando o acesso a medicamento pela via administrativa<sup>5</sup>. Essa prática se tornou comum no Brasil, muitas vezes vista como uma maneira de amenizar as externalidades relacionadas à judicialização<sup>5-7</sup>.

Um olhar da literatura acerca da via administrativa frente aos princípios do SUS permitem uma melhor compreensão sobre o tema. Essa via confere ao poder executivo melhor gestão e controle do que está sendo solicitado, oportunizando a implementação da política pública de acesso universal. Ao restringir essas demandas aos usuários com prescrição emitida pelo setor público de saúde<sup>5</sup>, infringe-se o princípio da universalidade, visto que é legítimo que os cidadãos possam reclamar ao Estado por medicamentos, independente da natureza jurídica do prestador do cuidado à saúde<sup>4</sup>.

A via administrativa tem sido considerada equânime por atender demandas de indivíduos de renda mais baixa<sup>5,8</sup>. Entretanto, o acesso só ocorre para a minoria que reclama por esse direito. Além disso, algumas situações apontam para a falta de equidade dessa via, tais como o favorecimento pessoal no deferimento dessas solicitações<sup>9</sup> e a fluidez dos demandantes entre a assistência pública e a privada de maneira complementar<sup>5,10</sup>.

Ao confrontar os medicamentos fornecidos pela via administrativa com as listas de medicamentos essenciais, estudos têm demonstrado maior racionalidade no deferimento dessas demandas e promoção do princípio da integralidade. Assim, tem sido reportada a redução no deferimento de medicamentos com alternativas terapêuticas e o aumento daqueles que não constam nessas listas. Além disso, observa-se o forne-

cimento de medicamentos presentes nessas listas, retratando as falhas na implementação da política pública de saúde<sup>5,8,9,11</sup>.

A literatura descreve relevantemente as características dos demandantes e o conteúdo das demandas de medicamentos pela via administrativa<sup>5-11</sup>. Porém, ela ainda é escassa e insuficiente para compreender a percepção dos cidadãos acerca dessa via: *O que motiva um indivíduo a demandar medicamento pela via administrativa? A via administrativa é capaz de romper as barreiras de acesso a medicamentos existentes no setor público de saúde?*

A maioria dos estudos sobre acesso a medicamentos se dedicam a avaliar a disponibilidade dos medicamentos nos serviços de saúde, ignorando não somente as demais dimensões do acesso, mas principalmente, a interdependência das ações da assistência farmacêutica com os componentes dos diversos níveis do sistema de saúde. Observa-se, ainda, uma carência na adoção de um referencial teórico que norteie de forma sustentável os estudos qualitativos sobre o acesso a medicamentos. Assim, esse estudo teve como objetivo analisar as percepções dos usuários que acionaram a via administrativa sobre as barreiras para o acesso a medicamentos no setor público de saúde brasileiro.

## Referencial teórico-metodológico

### Desenho e local do estudo

Esse é um estudo de método misto envolvendo grupo focal para explorar a percepção dos demandantes de medicamentos pela via administrativa acerca das barreiras de acesso aos mesmos, questionário para traçar o perfil dos participantes do grupo focal e descrição dos medicamentos demandados.

O estudo foi desenvolvido em uma capital da região Centro-Oeste do Brasil. De acordo com a Pesquisa Nacional de Acesso, Utilização e Promoção do Uso Racional de Medicamentos (PNAUM), realizada nos serviços de saúde em 2014, a região Centro-Oeste teve o pior desempenho em nível nacional tanto para a satisfação dos usuários com os serviços de assistência farmacêutica na atenção primária<sup>12</sup>, quanto para a percepção dos usuários sobre o acesso total aos medicamentos no SUS (46,3%)<sup>13</sup>. Na PNAUM de base populacional, somente 44,8% dos adultos e idosos da região centro-oeste referiram acesso gratuito total ao tratamento das doenças crônicas<sup>14</sup>.

O município estudado, com aproximadamente 1,4 milhão de habitantes, contava com 79 serviços de distribuição de medicamentos entre as 119 unidades básicas de saúde. Desses, apenas um era destinado ao atendimento das demandas administrativas, em crescimento desde 2010 após um acordo de cooperação técnica firmado entre o Ministério Público Estadual e a Secretaria Municipal de Saúde para priorizar as demandas de medicamentos pela via administrativa em detrimento da judicial<sup>15</sup>. Assim, aproveitando-se a janela de oportunidade criada por esse evento, o estudo foi realizado após a consolidação da via administrativa no município.

### Seleção dos participantes

A seleção dos participantes partiu de um levantamento de todos os processos administrativos protocolados na Secretaria de Municipal de Saúde no período de outubro de 2012 a março de 2013, totalizando 713 processos. Foram selecionados aqueles deferidos para o fornecimento de medicamentos e disponíveis no acervo físico da Farmácia destinada ao atendimento dessas demandas.

Os usuários dos 119 processos selecionados foram contatados por telefone e convidados a participar do estudo. Para os usuários menores de 18 anos de idade, identificou-se o acompanhante com idade igual ou superior a 18 anos com conhecimento do itinerário terapêutico.

Os representantes de 105 processos foram efetivamente abordados para a finalidade da pesquisa, dos quais 36 aceitaram o convite, totalizando 41 participantes entre usuários e acompanhantes. Foram excluídos os representantes de 69 processos que recusaram o convite alegando falta de tempo e/ou interesse, impedimento em decorrência da doença ou mudança de residência do município. Além disso, foram excluídos os representantes de 14 processos não contatados após seis tentativas em dias e horários distintos.

### Coleta de dados

Todos os dados foram coletados em abril de 2013 na Farmácia destinada ao atendimento das demandas administrativas. A escolha e a preparação do ambiente pautaram-se na garantia da privacidade dos participantes e na acomodação daqueles com dificuldades de locomoção, utilizando-se uma sala com acesso restrito aos participantes e pesquisadores e sem qualquer tipo de contato com os colaboradores e/ou usuários da Farmácia antes ou durante a coleta de dados.

Foram constituídos dois grupos como unidades de análise: G-Público, constituído pelos representantes dos processos abertos com prescrições originadas no setor público de saúde; G-Privado, constituído pelos representantes dos processos abertos com prescrições originadas no setor privado.

A coleta de dados se deu em cinco sessões de grupo focal, sendo três destinadas ao G-Público – com 14 usuários e 12 acompanhantes, demandantes de 22 processos – e duas sessões ao G-Privado – com 8 usuários e 7 acompanhantes, demandantes de 14 processos.

As sessões foram norteadas pelas seguintes questões: *Como foi para vocês a experiência para conseguir o medicamento? Quais foram os fatores que os levaram a buscar esse medicamento no setor público? Como vocês avaliam o acesso a medicamento no setor público? Além dos serviços públicos, quais são os outros fatores que podem interferir no acesso a medicamento?* As sessões de aproximadamente 90 minutos foram conduzidas pelo mesmo pesquisador moderador e dois observadores tomando notas, os quais não tiveram contato prévio com os participantes. Todas as sessões foram gravadas digitalmente e armazenadas em um arquivo com acesso restrito aos pesquisadores, sendo posteriormente transcritas pelos observadores. Uma síntese de cada sessão foi feita pelo moderador, oportunizando aos participantes acrescentar, esclarecer ou mudar alguma informação. Ao término, os pesquisadores fizeram os registros relevantes no diário de campo para subsidiar a análise.

O questionário para traçar o perfil dos participantes foi fornecido no início e recolhido ao término da sessão de grupo focal, o que contemplou: idade, sexo, estado civil, escolaridade, ocupação e renda familiar.

Os dados dos medicamentos demandados nos 36 processos dos participantes do grupo focal contemplaram: origem da prescrição e presença do medicamento nas listas de medicamentos essenciais<sup>16,17</sup>.

### Análise dos dados

A análise do grupo focal foi realizada em uma planilha eletrônica e fundamentada nas perspectivas teóricas do quadro conceitual proposto por Bigdeli e colaboradores<sup>18</sup>, que classifica as barreiras de acesso a medicamentos em cinco níveis: indivíduos, famílias e comunidade; prestação de serviços de saúde; setor saúde; acima do setor saúde/contexto nacional; acima do setor saúde/contexto internacional.

A análise interpretativa foi conduzida pelos pesquisadores da equipe em um processo contínuo e simultâneo à coleta de dados, seguindo as etapas propostas por Braun & Clarke<sup>19</sup>: familiarização com os dados, identificação dos códigos, agrupamento dos códigos em núcleos temáticos, revisão, definição e nomeação final dos núcleos, e elaboração da descrição e interpretação dos significados expressos pelos participantes em cada núcleo. A definição e nomeação dos núcleos temáticos considerou os aspectos que emergiram das falas dos participantes dentro dos cinco níveis do sistema de saúde descritos no quadro conceitual adotado<sup>18</sup>.

Os dados do perfil dos participantes e dos medicamentos demandados foram analisados por estatística descritiva e apresentados em números absoluto e relativo.

### Aspectos éticos

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da instituição sede da pesquisa com protocolo número 021/12. Todos os participantes consentiram formalmente a participação no estudo a partir do Termo de consentimento livre e esclarecido.

### Resultados

Os depoimentos apresentados ao longo do texto demonstram a heterogeneidade das experiências dos participantes para romper as barreiras de acesso aos medicamentos demandados pela via administrativa, assim como a complexidade e a interdependência desse acesso entre os diferentes níveis do sistema de saúde.

Os resultados estão apresentados em quatro núcleos temáticos: barreiras relacionadas ao indivíduo, à família e à comunidade; barreiras relacionadas à prestação de serviços de saúde; barreiras relacionadas ao setor saúde; barreiras que estão acima do setor saúde/contextos nacional e internacional. A Figura 1 ilustra as barreiras de acesso a medicamento pela via administrativa percebidas pelos demandantes, utilizando a estrutura proposta pelo quadro conceitual adotado<sup>18</sup>.

#### **Barreiras relacionadas ao indivíduo, à família e à comunidade**

Observou-se que, por mais que alguns itinerários terapêuticos sejam mais frequentes entre

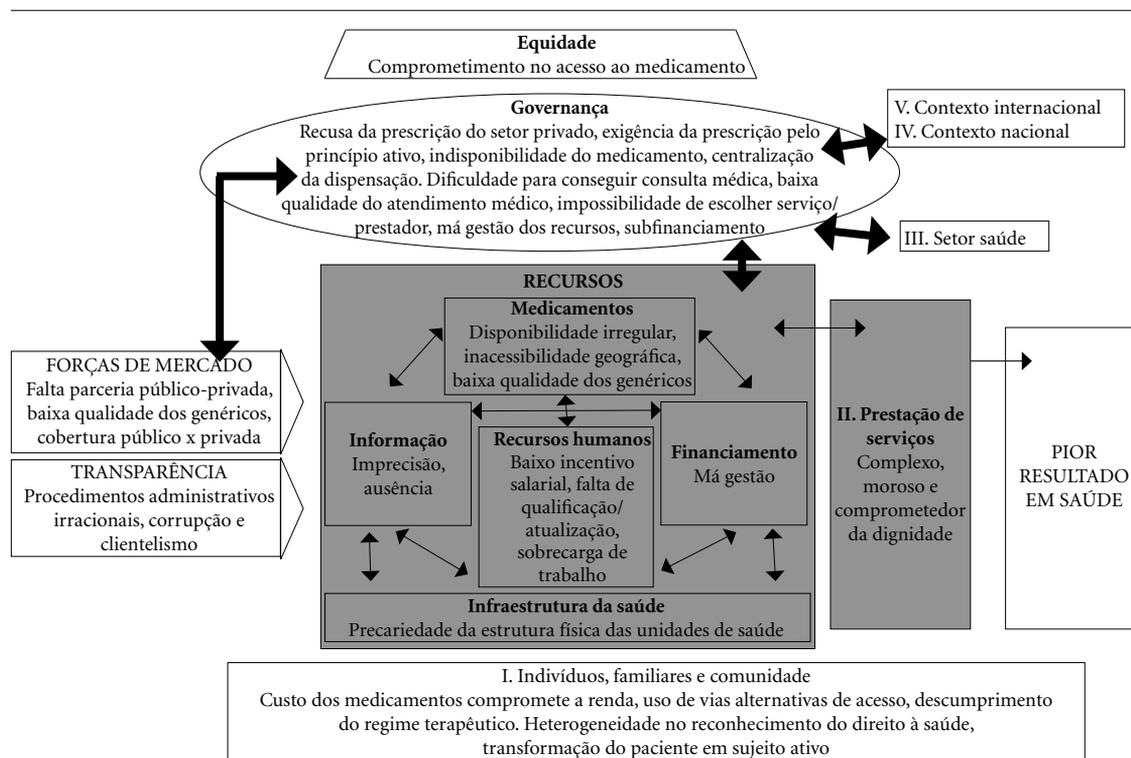
os demandantes de medicamentos pela via administrativa, as barreiras a esse acesso não são percebidas da mesma forma e magnitude pelos participantes. Esse fato é atribuído aos capitais físico, natural, humano e social de cada participante, influenciando diretamente no contexto de vulnerabilidade a que um indivíduo está inserido e nas suas interações com os prestadores de serviços no momento da busca pelo medicamento (Quadro 1).

O perfil dos usuários e acompanhantes contribuem para a compreensão dessa vulnerabilidade. Observou-se que há diferença entre os grupos analisados, com predominância entre os usuários do G-Público de idosos com 60 anos ou mais (12; 54,5%), sexo feminino (14; 63,6%), 8 a 11 anos de estudo (11; 57,8%), aposentado/pensionista (10; 52,6%), vivendo com companheiro (12; 54,5%) e renda familiar média de U\$ 1.030,26 ± 547,62. No G-Privado predominaram crianças e adolescentes de 0 a 19 anos (7; 50,0%), sexo masculino (9; 64,3%), 12 ou mais anos de estudo (5; 41,7%), sem atividade remunerada (6; 54,5%), vivendo sem companheiro (12; 85,7%) e renda familiar média de U\$ 1.921,46 ± 1.813,96. Entre os acompanhantes predominaram no G-Público adultos de 20 a 59 anos (8; 80,0%), sexo feminino (7; 58,3%), 4 a 7 anos de estudo (6; 54,5%), exercendo atividade remunerada (6; 50,0%) e renda familiar média de U\$ 1.005,50 ± 514,56. Entre os acompanhantes do G-Privado predominaram adultos de 20 a 59 anos (6; 85,7%), sexo feminino (5; 71,4%), 12 ou mais anos de estudo (5; 71,4%), exercendo atividade remunerada (4; 57,1%) e renda familiar média de U\$ 2.907,33 ± 3.043,81.

A análise do capital físico demonstrou que, apesar da renda média entre os participantes do grupo G-Privado ser mais elevada, o custo dos medicamentos foi a principal barreira de acesso do lado da demanda para ambos os grupos. Para minimizar o comprometimento da renda familiar com a aquisição de medicamentos até conseguir obtê-los pelo SUS, as principais medidas adotadas pelos participantes foram: recebimento de doação da família e/ou da comunidade, substituição do medicamento de escolha por alternativa mais barata, redução da dose e/ou interrupção do tratamento.

Os elevados gastos com medicamentos podem interferir no capital natural dos demandantes, em especial no que se refere ao comprometimento do acesso às necessidades básicas, tais como alimentação.

Quanto aos capitais humano e social, destaca-se a heterogeneidade entre as percepções dos



**Figura 1.** Barreiras de acesso a medicamentos percebidas pelos demandantes da via administrativa.

Fonte: Autores.

participantes sobre o reconhecimento do direito à saúde, não obstante viverem em um país que adota um sistema de saúde fundamentado nos princípios da universalidade, integralidade e igualdade no acesso. A dificuldade do acesso pode levar o cidadão a desconsiderar os princípios do sistema e a defender a focalização.

Os médicos configuraram os principais informantes da via administrativa aos participantes desse estudo. O desconhecimento dessa via como alternativa para a obtenção do medicamento é uma importante barreira que, ao ser superada, torna os demandantes agentes ativos na propagação de informações a profissionais de saúde e à comunidade em geral.

### Barreiras relacionadas à prestação de serviços de saúde

As barreiras de acesso a medicamentos relacionadas à prestação de serviços de saúde representam um dos níveis do lado da oferta. Em relação ao medicamento propriamente dito, os participantes apontaram a disponibilidade irre-

gular, a inacessibilidade geográfica e a baixa qualidade dos medicamentos genéricos (Quadro 2).

A disponibilidade irregular dos medicamentos foi percebida em pontos assistenciais distintos entre os dois grupos analisados, sendo predominantemente referente aos medicamentos das unidades básicas de saúde pelos participantes do G-Público e aos medicamentos deferidos pela via administrativa pelos participantes do G-Privado. O elevado número de medicamentos presentes nas listas de medicamentos essenciais demandados administrativamente nesse estudo [G-Privado: 18(72,0%); G-Público: 17(47,2%)] corrobora essa disponibilidade percebida.

Além dos medicamentos, foram apontadas também barreiras relacionadas aos recursos necessários para a prestação do serviço de saúde, retratando a interdependência entre eles para que a qualidade do serviço prestado seja alcançada. As percepções compreenderam a má gestão do financiamento da saúde, a precária estrutura física das unidades de saúde, a insuficiência quali e quantitativa dos profissionais para o atendimento da demanda e a deficiência da comunicação

**Quadro 1.** Narrativas referentes às barreiras de acesso a medicamentos no nível do sistema de saúde “Indivíduos, famílias e comunidade”, Brasil, 2013.

| Barreiras               | Narrativas dos participantes   |
|-------------------------|--|
| Capital físico          |  |
|                         | <p>“A insulina que eu uso é cara. Se não fosse pelo processo eu não teria condição de tomar... Fica muito caro.” G-Público</p> <p>“Fui fazer (o processo) por um remédio que não é tão caro, mas porque ele vai ter que tomar a vida inteira, então se torna caro.” G-Privado</p> <p>“Três ml de insulina por noventa reais (U\$ 55,97)... eu uso quatro agulhas por dia... uma caixa com cem eu hoje pago sessenta reais (U\$ 37,31)... pra gente é difícil... é pesquisa de preço, é correr atrás, porque nessa hora é nosso dinheiro que sai do bolso para comprar...” G-Privado</p> <p>“Meu remédio é caro, duzentos e cinquenta reais (U\$ 155,47) a caixa. Eu fiquei pedindo ajuda pela igreja, pedindo os amigos... Eu estou pedindo os outros porque eu não tenho condição de comprar.” G-Público</p> <p>“O dermatologista: ‘Esse creme é caro... 99% eu garanto que (a pele) fica normal. Mas é muito caro, a senhora não consegue comprar. Eu vou passar esse aqui de 10 reais. A senhora vai lá e compra.’ Passou até e não serviu de nada.” G-Público</p> <p>“Pensei: em vez de tomar dois comprimidos, eu vou tomar um. Deus vai ajudar e não vai deixar acontecer nada, porque até ver se eu consigo outra caixa.” G-Público</p> <p>“Ele ficou sem o medicamento na faixa de uns quatro a cinco meses... o mês passado que eu consegui... custa 130 (U\$ 80,85), o medicamento dá 14 dias só. Eu não tinha condição.” G-Público</p>  |
| Capital natural         |  |
|                         | <p>“Eu acho ruim (não conseguir o medicamento pelo SUS), porque eu tenho que tirar do meu salário e às vezes assim, faz falta na alimentação. Porque quem é diabética tem uma alimentação, né? E o povo fala que não, mas fica caro, tem que ter uma dieta rigorosa.” G-Público</p> <p>“Não temos as coisas naturais, que é natural você ter arroz, feijão, carne, verdura, roupa, calçado, sair um dia para tomar sorvete, passear. Ele não pode, porque a pele está toda enrugada, entendeu? Dói, coça... Então assim, ele fica atribulado.” G-Público</p>   |
| Capital humano e social |  |
|                         | <p>“Acho que a pessoa deveria ser cadastrada... Tem que ter um controle de quem precisa e quem não precisa, na realidade. Porque senão, eu vejo aí, muitas pessoas chegam de carrão na porta, vem pegar o remédio aqui, tomando lugar de muitas pessoas.” G-Público</p> <p>“Não tem necessidade de de a assistente social ter que ir na casa da gente... por lei é direito do cidadão receber seus medicamentos. Você pode ser rico. E não tem assistente social para ir na sua casa para saber se você tem condições ou não.” G-Privado</p> <p>“Aquele tanto de coisa... querendo saber quanto que eu pago de energia e quanto que eu pago de água... Existe a lei, está lá, agora se você ganha pouco ou muito não interessa.” G-Privado</p> <p>“Se o medicamento é para um, não é só para um, não é só para o mais pobre, é para todos! E tem recurso para isso, então nós temos que cobrar isso!” G-Público</p> <p>“Eles falam em Ministério Público, igual o médico da mamãe... mas como eu já sabia do (processo do) papai, eu falei: ‘Não tem nada de Ministério Público, nós vamos direto no Paço. Pai, mãe, eu sei o que eu estou falando’.” G-Público</p> <p>“Eu entrei na internet e descobri o número. Porque eu não sabia nem como me orientar, a médica só falou que eu tenho que ir atrás... que era difícil de conseguir.”</p> <p>“É comum do brasileiro ficar desinformado, ninguém procura... Eu faço parte do Conselho de Saúde da maternidade... Vê se uma mãe vai lá... ajudar para discutir... vê se a população vai.” G-Privado</p> <p>“Eu nem imaginava que o município fornecia, por ela que eu fiquei sabendo, pela médica psiquiatra... Depois... fui no médico particular. Eu que falei pra ele: ‘Olha doutor, tem na rede’. E ele: ‘É? Eu não sabia!’... Ele começou a falar para outros médicos, outros pacientes... por causa de mim.” G-Privado</p> <p>“Se eu tiver uma informação eu passo, entendeu?... Já vi no hospital o povo reclamando. Eu falei: ‘Olha, você vai lá no paço municipal... você vai conseguir.’” G-Público</p> |

G-Público: grupo de participantes que abriram processo administrativo com prescrição originada no setor público de saúde.  
 G-Privado: grupo de participantes que abriram processo administrativo com prescrição originada no setor privado. U\$: dólar internacional utilizando o fator de conversão da paridade do poder de compra para 2013 (PPC), que era de R\$ 1,608 para cada US 1,000 (WorldBank, 2013).

Fonte: Autores.

**Quadro 2.** Narrativas referentes às barreiras de acesso a medicamentos no nível do sistema de saúde “Prestação de serviços de saúde”, Brasil, 2013.

| Barreiras   | Narrativas dos participantes   |
|---|--|
| Medicamentos  | <p>“Nas farmácias está faltando muita coisa... geralmente nunca conseguem pegar todos... tem dia que o pessoal chega lá e não consegue pegar nem uma dipirona com a receita do próprio médico de lá, porque dizem que não tem.” G-Público</p> <p>“No meu bairro mesmo eu nunca consegui pegar um remédio... porque nunca tem o remédio lá, nunca, nunca... todas as vezes que eu vou lá falam que não tem, que acabou. Aí eu vou na farmácia do Bairro Goiá... Chego lá tem a medicação e eles me fornecem.” G-Privado</p> <p>“Eu estive aqui ontem para pegar meu medicamento de novo (pelo processo)... Faltou a Lantus... Conversando com a moça, falei que da vez passada eu não tinha pegado agulha. Ela falou que já faz mais de ano que eles não estão entregando agulha.” G-Privado</p> <p>“Fez processo para ganhar tudo e está faltando medicamento.” G-Privado</p> <p>“Eu conseguia pegar o Clopidogrel lá no Cais, depois passou só para a Farmácia Distrital... Para mim é contra mão, porque o Cais é mais perto da minha casa. Eles deveriam facilitar mais.” G-Privado</p> <p>“Eles me informaram aonde que eu vou pegar os remédios. Não é só aqui, é no Cais e não sei mais aonde... É aonde tem o remédio... aí complicou... Eu já pego medicamento aqui (por processo administrativo), então os outros medicamentos poderiam ser comprados e mandados para cá.” G-Público</p> <p>“O nome já fala, né? Genérico! Eu apresento para Deus na hora de tomar o comprimido.” G-Público</p>   |
| Recursos financeiro, de infraestrutura, humanos e de informação | <p>“Os nossos impostos... tinham que ser melhor aproveitados, revertidos para a saúde... tinha que haver uma valorização da estrutura que já existe, melhorar essa estrutura e do profissional que atende, dar capacitação.” G-Privado</p> <p>“Sempre que eu recebo aquelas cartinhas do SUS perguntando como que eu acho que é o atendimento, eu respondo pela internet falando que é péssimo, que a estrutura é ruim.” G-Privado</p> <p>“Eu acho que faltam duas coisas primordiais. Primeiro educação, eu acho que qualquer lugar que você chega você tem que ser bem atendido... Em segundo lugar incentivo a treinamento, incentivo a informação, eu acho que o funcionário que procura se informar ele tem que ser mais bem remunerado, ele tem que ser mais bem tratado pelo governo... Eu acho que são as duas coisas básicas: educação e informação porque ninguém sabe te informar nada.” G-Privado</p> <p>“Há falta de informação por parte do pessoal que abre processo, eles não sabem nada, não viu nada, não tem telefone pra passar pra gente... ‘Ah não sei! Não sei! Não sei!’ Ah, então você está fazendo o que aí minha querida? Sabe por quê? Não quer informar? Está no lugar errado! Tem que colocar uma pessoa que goste de conversar e comunicar... A falta de informação nos afasta do remédio, do bem-estar, da harmonia.” G-Privado</p> <p>“O médico entra no Sistema Único de Saúde e não tem nenhum treinamento do que acontece. Ele sabe que ele tem que consultar e prescrever o medicamento... eles não sabem te encaminhar... A gente chega lá esperando que eles tenham uma informação, ninguém te informa nada.” G-Privado</p> <p>“O lugar que ele (médico) não quer trabalhar é no SUS, porque é o que paga menos.” G-Privado</p> <p>“Médico nenhum quer atender pelo SUS, porque o salário não é bom e o serviço é muito... não tem hora de comer, não tem hora de nada.” G-Público</p> <p>“Os médicos sabem que não tem o remédio no Cais, como é que passam a receita pra gente? Eles deveriam se orientar primeiro.” G-Público.</p> <p>“Na farmácia deveriam dizer ‘Não tem esse remédio aqui’ e indicar aonde tem... Eles têm que dar uma opção pra gente, não simplesmente falar que não tem e você vai embora.” G-Público</p> <p>“Meu médico me deu o laudo... Ele falou: ‘Tem um remédio aqui, mais só que ele não é barato. Você vai ter que entrar pelo Ministério Público, vai fazer não sei que, não sei que’... Ele fez um bicho de sete cabeça pra mim, parece que o trem nem é tão difícil. Eu fui, conversei com o assistente social... (Médico) ainda falou para mim que até eu conseguir às vezes eu já tinha até morrido.” G-Público</p> <p>“Oh dificuldade, oh burocracia! Fui várias vezes naquele Paço e as informações não vinham muito corretas... deu trinta dias a assistente social me ligou e fez a visita... depois lá se foram uns sessenta dias. Eu ligando... aí falaram não, você tem que esperar... Falaram que iria avisar, mas não avisaram. E esse negócio (medicamento) já estava aqui há uns quinze dias ou vinte, já disponível.” G-Privado</p> |

continua

**Quadro 2.** Narrativas referentes às barreiras de acesso a medicamentos no nível do sistema de saúde “Prestação de serviços de saúde”, Brasil, 2013.

| Barreiras | Narrativas dos participantes  |
|-----------|---|
| Qualidade | <p>“Meu caso foi mais demorado, foi até frustrante, porque eu levei quase um ano, ou chegou a ser mais, para conseguir os medicamentos... e ainda teve um erro no meu processo.” G-Privado</p> <p>“A pessoa precisa de transporte pra ir até o local buscar o remédio, tem que ir ao médico. E não é fácil conseguir uma consulta... A pessoa vai várias vezes no local. O desgaste emocional... aquilo tudo vai gerando gastos, desgaste físico, as pessoas ficam emocionalmente abaladas. Então assim, é uma série de coisas que vão agravando.” G-Público</p> <p>“Achei um pouco desorganizado também esses processos, como na maioria dos órgãos públicos. A burocracia faz o processo demorar mais ainda. Então para mim foi muito frustrante.” G-Privado</p> <p>“A gente já passa por constrangimento de ter que pedir o remédio... Já tem dentro de nós que a gente não é normal... que está precisando de um consertinho... Ai a gente passa pelo processo de pedir (o medicamento por processo) e as pessoas fazem pouco caso, fazem uma falta de respeito, uma indiferença.” G-Privado</p> <p>“Se torna cansativo... você já tá tão estressado, cansado... que o processo todo se torna até meio humilhante. Parece que você está esmolando... a sensação é que eles estão fazendo um favor de te atender... que você é chato por estar buscando um direito seu, que você está pedindo demais.” G-Privado</p> |

G-Público: grupo de participantes que abriram processo administrativo com prescrição originada no setor público de saúde.

G-Privado: grupo de participantes que abriram processo administrativo com prescrição originada no setor privado.

Fonte: Autores.

por parte dos profissionais de saúde. Além disso, os participantes apontaram a falta de conhecimento e de interesse da equipe em orientar os usuários sobre o acesso a medicamentos. Assim, as falhas relacionadas à informação foram unânimes entre os grupos analisados, compreendendo tanto a ausência quanto erros no conteúdo sobre a via administrativa e demais serviços.

Ao perceber o acesso a medicamentos como uma medida da qualidade da prestação do serviço de saúde, o itinerário dos participantes até efetivar esse acesso foi considerado não somente complexo e moroso, mas também uma experiência que feriu os princípios de dignidade dos mesmos.

#### Barreiras relacionadas ao setor saúde

Ainda do lado da oferta, as barreiras de acesso a medicamentos relacionadas ao setor saúde compreenderam aquelas relacionadas à governança tanto da assistência farmacêutica quanto do setor saúde de uma forma geral (Quadro 3).

A principal barreira relacionada à governança da assistência farmacêutica percebida pelos participantes foi a exigência da prescrição originada no setor público para garantir o acesso a medicamentos. Esse achado demonstra a falta de coerência e de esclarecimento ao cidadão das

normativas específicas para as diferentes vias de acesso a medicamentos, visto que a origem da prescrição utilizada para a abertura do processo administrativo foi o critério adotado para a formação dos grupos analisados no presente estudo. Vale ressaltar, porém, que embora a maioria dos usuários desse estudo tenha aberto processo administrativo com prescrição originada no setor público, muitas dessas demandas surgiram originalmente no setor privado, sendo posteriormente formalizadas em receituário do SUS para cumprir a exigência do setor.

Outra incoerência percebida pelos participantes foi a exigência da adoção da denominação comum brasileira na prescrição apresentada para a abertura do processo administrativo, visto que essa regra não se aplicou a todos os casos.

Para a efetivação do acesso ao medicamento deferido pela via administrativa, foi percebida a necessidade de melhorar o planejamento para garantir a disponibilidade na data prevista para o fornecimento. Além disso, observou-se que muitos demandantes fazem uso também de medicamentos essenciais que são fornecidos nas unidades básicas de saúde. Assim, para racionalizar o acesso a medicamentos, foi abordada a necessidade de que todos eles fossem fornecidos em um único local e de forma descentralizada, reduzindo o deslocamento dos usuários.

No que refere à governança do setor saúde, a barreira de maior impacto no acesso a medicamentos foi a dificuldade de conseguir consulta médica pelo SUS em tempo hábil, principalmente especializada.

Foram percebidas também barreiras relacionadas à impossibilidade de o usuário escolher a unidade de saúde e/ou profissional para a prestação da assistência, à precária gestão dos recursos necessários para a prestação dos serviços de saúde e à necessidade de um financiamento da saúde que atenda à demanda crescente de medicamentos pela via administrativa. Além disso, foram apontadas a baixa qualidade do atendimento médico no SUS, a falta de padronização dos serviços prestados e de intervenções após queixas formais dos usuários sobre a qualidade do serviço.

Na tentativa de driblar essas barreiras, os participantes relataram utilizar o setor público e o

privado de saúde de acordo com a conveniência e as condições financeiras de cada um. Nesse *mix* público-privado, os participantes deram preferência por realizar as consultas médicas no setor privado e obter os medicamentos no público.

### Barreiras que estão acima do setor saúde

As barreiras de acesso a medicamentos que estão acima do setor saúde foram percebidas nesse estudo somente no contexto nacional, contemplando as forças de mercado da saúde e a transparência das ações (Quadro 4).

No que diz respeito às forças de mercado da saúde, os participantes abordaram a possibilidade de o SUS realizar parcerias para utilizar os recursos do setor privado para atingir as metas de saúde pública. Nesse contexto, foram exemplificados serviços de educação em saúde realizado

**Quadro 3.** Narrativas referentes às barreiras de acesso a medicamentos no nível do sistema de saúde “Setor saúde”, Brasil, 2013.

| Barreiras                              | Narrativas dos participantes   |
|--|--|
| Governança da assistência farmacêutica | <p>“Dei entrada (no processo). Passou muito tempo e eles me devolveram o processo... tinha que trocar (a prescrição) pela simples. Lá no paço eles não estavam atendendo receita particular e minha receita era do Ipasgo (plano de saúde)... sendo que eu já pegava aqui (por processo administrativo) e era credenciada do Ipasgo. É a mesma médica, que nunca mudou... esse negócio de trocar a receita é muito difícil. Você vai, você tem que ligar, marcar... sendo que o médico vai repetir só a receita.” G-Público</p> <p>“Essa questão da receita eu acho uma falta de praticidade. Por quê?... O pessoal vai pro Cais, ocupa espaço, perde tempo, perde o tempo do médico... tomar o lugar de alguém que poderia estar fazendo aquilo ali... Muitas vezes a peregrinação causa transtorno tanto para o paciente quanto para o governo... Se desse uma modernizada, gastava-se menos dinheiro, sobrava-se mais médicos.” Privado</p> <p>“Ela recebeu rápido... O problema que eu achei foi que na hora que deu entrada lá, o Ursacol que ela usa, não poderia ser só aquele nome. Teve que trocar a receita, tinha que ser ursacoloso (ácido ursodesoxicólico).” G-Público</p> <p>“O medicamento é de uso contínuo... é para sempre, é até morrer!... Que esse cadastro exista, por exemplo, nas unidades, de modo que saiba que... no começo de todos os meses, fulano, fulano, fulano, estarão aqui buscando medicamentos... Então estejam prontos! Já mandem o relatório!... Na hora que digitar lá... Ok, seu medicamento está aqui, está reservado, quase com seu nome na caixa.” G-Público</p> <p>“Se eles facilitassem mais... essa distribuição, porque é tudo município... Por exemplo, aqui tem vezes que a gente não consegue pegar seringa. E lá no postinho do município tem seringa, mas eles não dão seringa porque eu não pego insulina NPH lá... Eu acho que é muita falta de fazer tudo num lugar só, de organização, até para economizar dinheiro, economizar tempo, economizar funcionário.” G-Privado</p> <p>“Eu acho errado todo mundo pegar (medicamento) aqui nessa farmácia. Poderia facilitar para todos os pacientes transportando para os postos de saúde, pegar nos postos de saúde mais próximo da nossa residência.” G-Privado</p> <p>“Deveria descentralizar isso (fornecimento de medicamentos pela via administrativa), ter mais unidades... Nós moramos razoavelmente perto, mas certamente tem gente que mora bem mais longe.” G-Público</p> |

continua

**Quadro 3.** Narrativas referentes às barreiras de acesso a medicamentos no nível do sistema de saúde “Setor saúde”, Brasil, 2013.

| Barreiras                 | Narrativas dos participantes  |
|---------------------------|---|
| Governança do setor saúde | <p>“Eu preciso do relatório médico, mas eu não consigo porque não tem médico aonde a gente mora... Tem que agendar no 0800... Se você ligar de um celular normal, não pode. Procurar um orelhão, você não acha. Entendeu? Nós enfrentamos muita dificuldade.” G-Público</p> <p>“A menina disse que eu precisava de uma receita recente e eu não tenho. Então eu acho que não vou conseguir pegar o remédio... vai ser muito difícil... e nisso os remédios que eles deram já acabaram.” G-Público</p> <p>“Se eles pedissem a receita, mas continuassem dando os remédios até você trazê-la, você não ficaria sem os remédios. Tem vez que eu marco consulta para minha mãe para daqui seis meses. Três meses sem tomar o remédio... ela não pode deixar de tomar nem um dia!” G-Público</p> <p>“Tanto a receita do SUS quanto a particular deveria ser aceita para pegar medicação. Por quê? Porque muitas vezes você vê o seu parente, seu pai morrendo lá e não tem o atendimento. Você chega lá para marcar sua consulta, marca para três, quatro meses, uma cirurgia daqui um ano... Na hora ali todo mundo desembolsa, a família junta para pagar uma consulta particular. Ai depois pega a receita e não tem condições de comprar uma medicação.” G-Privado</p> <p>“Eles deixam bem claro, tem que ser receita do SUS... eu acho errado porque a gente paga muitas vezes um plano não é porque a gente quer ser melhor do que os outros, é porque realmente a pessoa precisa... se ele (pai) passar mal e for pro SUS ele vai morrer. Então assim a gente faz de tudo, a gente abre mão de muita coisa pra poder dar esse plano.” G-Privado</p> <p>“Eu fazia o tratamento particular do meu filho, só que começou a ficar um custo muito caro. Comecei e voltei para a rede pública... só que não estava surtindo efeito como estava sendo no particular, então resolvemos voltar de novo... Não muito satisfeito eu pensei: Deve ter alguma forma de eu conseguir esse tratamento para o meu filho... que seja arcado pelo governo.” G-Privado</p> <p>“Se a pessoa chega a pagar um plano de saúde, é sinal que o Sistema Único não está funcionando, pelo menos da parte de médicos. Muita gente prefere pegar o medicamento no Sistema Único que apesar de demorado, você consegue.” G-Privado</p> <p>“Com esse negócio de PSF (Programa Saúde da Família) ou você é atendido naquele posto de saúde ou você não é atendido. Eu acho isso ruim, porque se uma pessoa saiu de um lugar e está passando no outro é por praticidade, é por estar mais vazio, pela educação de quem está te atendendo, pela qualidade do profissional que está trabalhando ali dentro... O governo tirou essa possibilidade de a pessoa escolher.” G-Privado</p> <p>“Aqui (Farmácia) tem dia que... é lotado... não tem funcionário... Tem concurso, mas não chama o pessoal. Ai falta funcionário e eles têm que desdobrar em dez pra fazer tudo aqui. A gente vê que não é eles... nunca fui mal atendida aqui... Eu acho que falta é o governo investir mais. Igual àquela vez que inundou... é um lugar que guarda remédio, tem que ter um carinho maior, porque esses remédios são muito caros... Eles têm que fazer o melhor, mas quando tentam fazer, não tem meios. Ai fica difícil” G-Privado</p> <p>“Minha médica (particular) todo mês... faz uma palestra... de um assunto novo... Essa semana a gente teve uma palestra de um odontólogo falando de qual cuidado o diabético tem que ter com a boca. Então assim, é uma coisa que o governo tem disponível, tem um médico que sabe sobre isso, tem um odontólogo que sabe falar o que a gente tem que ter... A gente precisa procurar o serviço privado.” G-Privado</p> <p>“Quem é dono do dinheiro? Nós. Quem está administrando o dinheiro que fulano, fulano e fulano todo mês vem pegar tais medicamentos? Vai custar cem mil? Então todo mês tem que ter cem mil para essas pessoas, fora os novos.” G-Público</p> <p>“Nós estamos muito largados pelo poder público... o negócio dos médicos, essas coisas todas, a saúde em geral... A gente vê na televisão todo dia.” G-Público</p> <p>“Tanto de diabete como deveria ter de qualquer outro problema de saúde, ter o setor do diabetes. Aonde tem pessoas que estão fazendo palestras, levando conhecimento, porque uma coisa é a mãe falar outra coisa é seu filho ouvir de um profissional... é importante pra gente ter qualidade de vida, seriam menos pessoas que estariam doentes... problema de gengiva, fonoaudiólogo, cardiovascular tem várias consequências. Gente isso aí uma vez por mês não ficaria difícil, não seria nenhuma aberração pro poder público.” G-Privado</p> |

continua

**Quadro 3.** Narrativas referentes às barreiras de acesso a medicamentos no nível do sistema de saúde “Setor saúde”, Brasil, 2013.

| Barreiras | Narrativas dos participantes  |
|-----------|---|
|           | <p>“O Sistema Único de Saúde, o programa em si, na teoria, no papel é muito bonito, na prática não... Os médicos não vão trabalhar, quando você começa a criar... o vínculo .... some, não dá justificativa... Eles somem com as fichas... culpa dos atendentes mal preparados, grosseiros.” G-Público</p> <p>“Infelizmente hoje as coisas funcionam assim: tem coisas, tem lugares que você vai que funciona muito bem e tem lugares que você vai que infelizmente eu acho que o governo não olha o que tá acontecendo lá... Eu acho que a grande questão é essa. Você vê que são dois órgãos, é a mesma coisa e funciona completamente diferente. Questão de administração.” G-Privado</p> <p>“Uma dúvida que eu tenho é quando um paciente é mal atendido pelo SUS, que ele vai para uma reclamação. Eu nunca ouvi falar que houve resultado naquela reclamação, porque se você vai o mesmo médico está lá até hoje, mil pessoas reclamam dele, mas ele continua lá. Não vejo melhoria nenhuma, pra onde que vai a reclamação da gente? G-Privado</p> <p>“Tentei ligar naquele 0800 para reclamar, quem disse que a gente consegue falar? Ninguém atende.” G-Privado</p> |

G-Público: grupo de participantes que abriram processo administrativo com prescrição originada no setor público de saúde.  
G-Privado: grupo de participantes que abriram processo administrativo com prescrição originada no setor privado.

Fonte: Autores.

em drogarias e do fornecimento de medicamentos via Programa Aqui Tem Farmácia Popular. Apesar da percepção dos benefícios dessa parceria, os participantes reconhecem falhas na prestação de serviço e desconfiam da transparência das ações do setor privado.

Outra preocupação apontada foi em relação à qualidade dos medicamentos genéricos, sendo adquiridos predominantemente em virtude do preço mais acessível dos mesmos.

Esse estudo apontou ainda uma percepção de que o Estado atribui ao setor saúde baixa importância ao aplicar os recursos públicos, deixando de atender às reais necessidades em saúde dos cidadãos. Apesar disso, a importância dos princípios do SUS foi reconhecida frente aos interesses comerciais do setor privado, que deixa de valorizar as necessidades dos indivíduos em detrimento do poder de pagamento de cada indivíduo.

As barreiras relativas à transparência das ações foram percebidas como irracionalidade dos procedimentos administrativos e da corrupção, demonstrando que os participantes conhecem o caminho do impedimento do seu direito. Nesse contexto, os participantes apontaram claros sinais de que existem relações clientelistas, de apadrinhamento e de burla ao fluxo normal de atendimento, favorecendo uns e postergando o direito de outros. Mais do que isso, a saúde se constitui um grande “cabo eleitoral” dos políticos profissionais que se aproveitam da precariedade de vida, de saúde e das deficiências do sistema para se perpetuar no poder.

## Discussão

O presente estudo demonstrou que a garantia do acesso seguro e racional a medicamentos, embora esteja diretamente relacionada às ações e serviços da assistência farmacêutica, deve ser tratada como desafio a ser superado pelo sistema de saúde, sendo incluída na agenda das diferentes áreas do SUS e essas, por sua vez, promovendo a discussão e as pactuações com as áreas de interfaceamento.

Uma vez que o conceito de saúde não está relacionado unicamente à ausência da doença, o acesso a medicamentos, por si só, é incapaz de garantir saúde à população. Porém, dada a sua complexidade, ele se tornou um indicador de qualidade e de resolutividade do sistema de saúde, reconhecido pela Organização das Nações Unidas como um dos cinco indicadores de avanço na garantia do direito à saúde<sup>20</sup>. Assim, o presente estudo demonstrou de forma original que embora o itinerário terapêutico e as barreiras de acesso a medicamentos pela via administrativa tenham as suas particularidades, essas têm características muito semelhantes àquelas já reportadas em estudos da via judicial<sup>10</sup>, dos medicamentos de alto custo<sup>21</sup> e das redes de atenção à saúde<sup>22</sup>.

No contexto das políticas sociais, a relação direta das barreiras de acesso a medicamentos com os capitais físico, natural, humano e social observada no presente estudo reflete o comprometimento do desenvolvimento da cidadania brasileira. Isso ocorre porque o

**Quadro 4.** Narrativas referentes às barreiras de acesso a medicamentos no nível do sistema de saúde “acima do setor saúde – contexto nacional”, Brasil, 2013.

| Barreiras  | Narrativas dos participantes   |
|--|--|
| Forças de mercado  | <p>“A prefeitura lá (aonde residia anteriormente, outro estado) fez parceria com a farmácia... um grupo, uma empresa grande. Poderia fazer parceria aqui para dar palestras... Lá fornece também amostras para as pessoas que não tem condições... A farmácia lucra também com isso, porque medicamento para diabético é caro... A Secretaria de Saúde lá também vai nas escolas... Então tudo é importante. Quando tem essa parceria favorece até mesmo a Secretaria de Saúde, é menos gente que vai procurar... para poder receber medicamento... Tem outros meios que pode ajudar...” G-Privado</p> <p>“Claro que na Farmácia Popular a burocracia é menor. Você chega lá com a receita, com o documento, tira, tal, pega. Esses dias foi um pouquinho mais complicado... Mas, mesmo assim, muito mais rápido, muito mais prático.” G-Público</p> <p>“Às vezes eu preciso da sinvastatina e do diamicon, eles cobram uma taxinha na farmácia (Popular). Eles têm o direito mesmo de cobrar essa taxa?... Às vezes não tem na rede e a gente vai porque precisa do medicamento e eles cobram uma taxa.” G-Privado</p> <p>“O medicamento Losartana... eu uso 120 comprimidos, mas só pego 50 (na Farmácia Popular). A outra parte eu tenho que complementar, eu tenho que comprar, porque eles só dão 60 comprimidos. E se você for lá antes dos 30 dias, não precisa ir... Eu acho ruim porque eu tenho que tirar do meu salário.” G-Público</p> <p>“Eu já tenho medo de comprar genérico. Mas... ultimamente que eu comprei, porque é mais barato. Deus é que sabe se vai ser bom. Mas, fazer o quê?” G-Público</p> <p>“O médico prescreveu? É o que o médico prescreveu! Os nossos impostos estão lá, para isso, e não para eles ficarem mexendo nas praças... no trânsito... fazendo propaganda com o nosso dinheiro. É para usar e reverter em benefício nosso!... Mas nós temos que cobrar! O direito é nosso! G-Público</p> <p>O particular não cobre aparelhos que o seu SUS fornece, não cobre os remédios que o SUS fornece. O SUS é excelente... acode muita gente, nos acode. O serviço particular chega uma certa cirurgia eles falam que não cobrem, eles não fornecem os remédios que nós usamos. Então o serviço particular é bom? É, até onde é lucrável pra eles... Então o SUS é bom? Ele é bom, poderia ter condições de ser melhor.” G-Privado</p> |
| Transparência (preço, fonte e qualidade dos medicamentos adquiridos) | <p>“A burocracia é uma metodologia para evitar fraude e corrupção, mas ela tem atravancado para o nosso lado... Primeiro tem que se evitar o excesso burocrático. E segundo, dar o conhecimento das normas... Todo mundo tem que estar ciente, os diretamente envolvidos, os atendentes, os médicos, os farmacêuticos, eles têm que saber e saber nos transmitir, senão uma hora é de um jeito, outra hora é de outro.” G-Público</p> <p>“Você tem um atendimento melhor no SUS se você tiver uma influência. O pai de um aluno da minha mãe era ortopedista no serviço particular... Ele ligou para um médico do SUS: ‘Eu estou com um paciente aqui que vai precisar fazer uma cirurgia, você arruma uma vaga para ele?’. O outro médico falou: ‘Pode vir amanhã que eu vou interná-lo’. Internei no outro dia e fiz uma cirurgia bem complicada... Se você não tiver uma pessoa conhecida, é muito difícil as coisas pelo Sistema Único de Saúde.” G-Privado</p> <p>“Foi bem rápido... Aqui demorou um pouco por causa de processo de abrir licitação... Eu tenho um conhecimento lá com o fornecedor. Liguei num amigo meu lá, falei “Me ajude, eu estou com processo do meu filho para pegar medicamento, é você o fornecedor do medicamento da prefeitura? Dei o número do processo... Mandou entregar, no outro dia eu vim e peguei...Para mim foi rápido.” G-Privado</p> <p>“Os nossos impostos a gente paga muito... mas o problema é o tanto de desvio, de roubo, de tanta sujeira que tem que não deixa o dinheiro ser bem aproveitado... Goiás é um estado emergente... mas a saúde pública é um caos.” G-Privado</p> <p>“Diz que tem uma lei lá, que é obrigado passar pelo médico. Só que você passa pelo médico entre aspas... me informaram que aquilo ali, eles ganham pelas consultas... Nem te olha nem nada, só pergunta se está tudo bem, ok, você assina e vai embora. Eu acho até assim, ridículo.” G-Público</p> <p>“No ano de eleição é bom porque não falta medicamento na farmácia. Chega e pega tudo em dia.” G-Privado</p>  |

G-Público: grupo de participantes que abriram processo administrativo com prescrição originada no setor público de saúde. G-Privado: grupo de participantes que abriram processo administrativo com prescrição originada no setor privado.

acesso a medicamentos, como parte do direito à saúde, está associado aos demais direitos sociais: educação, alimentação, trabalho, moradia, lazer, segurança, previdência social, proteção à maternidade e à infância e assistência aos desamparados<sup>23</sup>. As falhas históricas da entrega desses bens e serviços por parte do Estado fizeram com que o cidadão assumisse a provisão das suas próprias necessidades. Esse cenário justifica o custo dos medicamentos ser o principal motivador das demandas pela via administrativa, evidenciando o posicionamento arraigado na sociedade de acionar o Estado como o último recurso, deixando de buscar os seus direitos como práxis da cidadania brasileira.

O desejo legítimo de obter o medicamento de qualidade, disponível próximo de casa, em um ambiente com *design* atraente e funcionários empáticos, gera no cidadão uma expectativa de experiência com o serviço. Ao perceber as barreiras relacionadas à prestação de serviços de saúde, o cidadão tende a utilizar exclusivamente os serviços imprescindíveis para acionar a via administrativa, especialmente para aqueles com seguro de saúde privado. Como consequência, a experiência no SUS fica superficial, e tira a oportunidade de o cidadão criar vínculo com os serviços, de reconhecer a importância desse sistema para a sociedade e de reivindicar a integralidade dos seus direitos.

A cobertura por seguro de saúde privado, junto ao sistema financeiro, mostrou-se uma alternativa para os usuários superarem as barreiras relacionadas ao setor saúde, agilizando as prescrições para manter o fornecimento regular de medicamentos no setor público. Esse tipo de arranjo provoca uma distorção do SUS, quando utilizado de maneira complementar aos serviços privados, infringindo o princípio da integralidade da atenção e trazendo implicações éticas e de equidade. Ao privilegiar o usuário do setor privado por uma dupla porta de entrada ao sistema, muitas vezes furando uma fila de espera a qual os usuários exclusivos do SUS estão submetidos, esse *mix* público-privado intensifica as desigualdades no acesso a medicamentos. A utilização do SUS de forma complementar ao setor privado foi abordado por Vargas-Pelaez (2019)<sup>24</sup> para as demandas judiciais no Brasil e na Argentina. Ainda no Brasil, Chagas e colaboradores<sup>5</sup> observaram que o *mix* público-privado é mais comum entre as demandas judiciais que administrativas. Porém, nesse mesmo estudo as autoras deixam claro que a abertura de processo administrativo com prescrição do SUS é uma exigência, o que não impede que a demanda

tenha sido originalmente gerada no setor privado, como observado no presente estudo.

A percepção das barreiras que estão acima do setor saúde foi um diferencial do presente estudo, demonstrando a existência de um frágil sistema de saúde permeado de problemas históricos, estruturais e endêmicos de um país em desenvolvimento. Tal situação contribui para a manutenção de um setor público que padece com uma imagem distorcida e negativa, desacreditando o SUS e o que é público no Brasil. Em um estudo para identificar o motivo da classe média se recusar a utilizar os serviços públicos da atenção primária, Reigada e Romano<sup>25</sup> apontaram o estigma da população associado ao uso do SUS e a falta de apropriação do mesmo como direito. Essa percepção também foi identificada no presente estudo, apesar do reconhecimento dos participantes de que o setor público se constitui a única alternativa de acesso à assistência à saúde para a maioria dos cidadãos. É, portanto, paradoxalmente defendido e atacado, embora em todos os depoimentos fica nítida a importância do SUS para os seus usuários.

Nesse contexto, fica claro que a via administrativa é acionada para atender as necessidades não atendidas por outras vias, e não pela reivindicação do direito à saúde, como já demonstrado para a via judicial por Leite e colaboradores<sup>10</sup>. Há de se considerar que a via administrativa possa ser mais empoderante que a judicial pelo fato dos usuários assumirem um papel mais ativo nessa trajetória, que na via judicial fica a cargo dos advogados e promotores<sup>10</sup>. Porém, tal situação não é efetiva o suficiente para o cidadão usar e reivindicar uma assistência integral de qualidade, abstendo-se desse direito e perpetuando o financiamento e a ascensão do setor privado de saúde no Brasil.

O descompasso entre o que se espera do SUS e como o cidadão utiliza o sistema foi evidenciado nas críticas e julgamentos de políticos e gestores públicos como corruptos, ao mesmo tempo que são narradas burlas aos fluxos preconizados com o intuito de favorecimento pessoal.

A percepção de um sistema de saúde inchado, ineficiente e burocrático apontada nesse estudo fomenta as propostas de privatização dos serviços públicos de saúde propondo um acesso facilitado a partir da desburocratização do sistema. Essa é a mesma justificativa utilizada na década de 1990 para subsidiar a criação das organizações sociais, empresas privadas supostamente capazes de gerir com maior eficiência o financiamento do Estado<sup>26</sup>. Porém, esse programa tem sido responsável pela desregulamentação de normativas

sanitárias e de processos democráticos imprescindíveis à manutenção das políticas públicas, tirando o protagonismo do Estado na fiscalização e na garantia da sua segurança. As evidências<sup>27-30</sup> demonstraram que a publicização da saúde é um processo de privatização disfarçada e questionam a natureza não lucrativa dessas organizações, a eficiência na aplicação de recursos públicos e a promoção dos princípios e diretrizes do SUS.

A interdependência entre os diferentes níveis do sistema de saúde foi claramente demonstrada nesse estudo a partir dos denominados *software* do sistema<sup>18</sup>. No nível individual e comunitário, pode-se destacar o empoderamento dos participantes acerca dos trâmites da via administrativa e o desempenho do seu papel social na divulgação de informações à comunidade. No nível da prestação de serviços de saúde, pode-se citar a importância da informação acerca das diferentes vias de acesso a medicamentos e da clareza das normas para evitar retrabalho e morosidade no processo administrativo. No nível do setor saúde fica evidente que a exigência a cada 90 dias de uma prescrição originada no SUS ignora a incapacidade do setor público em atender as demandas por consultas médicas, especialmente especializadas, assim como já demonstrado por Rover e colaboradores<sup>21</sup>. No contexto nacional, acima do setor saúde, a necessidade de cumprir procedimentos administrativos e os casos de corrupção geram uma imagem negativa do setor público, diminuem a eficiência do SUS e marginalizam os grupos mais vulneráveis da população.

A legitimidade das falhas no *software* do sistema pode ser constatada com a ampliação do número de profissionais médicos na atenção primária<sup>31</sup> e a flexibilização da escolha do profissional prestador da assistência na atenção básica<sup>32</sup>. Porém, ainda há muitos caminhos a percorrer: as dificuldades de utilização dos serviços de saúde entre os seguimentos mais vulneráveis da população (33); a baixa priorização do orçamento e da logística de suprimentos para evitar o desabastecimento de medicamentos essenciais<sup>34</sup>; o déficit de consultas médicas especializadas (35); e a expansão da medicina da família e comunidade<sup>36</sup>.

A abordagem rotineira pela equipe de saúde com os pacientes é imprescindível para romper

as barreiras de acesso a medicamentos e integrar os diferentes níveis do sistema de saúde, compreendendo, minimamente: a viabilidade de utilizar alternativas terapêuticas mais acessíveis (e ocasionalmente menos eficientes); a disponibilidade em pagar pelos medicamentos prescritos com recursos próprios (considerando o comprometimento da renda familiar e não somente o custo do medicamento); e o conhecimento e interesse em acionar vias alternativas de acesso a medicamentos, tais como a administrativa. A ineficiência desse diálogo, especialmente por parte do médico, impacta negativamente na condição de saúde do paciente, uma vez que mesmo que a via administrativa seja acionada, o acesso ao medicamento não é imediato.

As perspectivas de superação das barreiras de acesso a medicamentos no Brasil tornam-se cada dia mais intangíveis com o congelamento do orçamento federal pelo período de 20 anos. A tendência é sobrecarregar o sistema em virtude da conjuntura nacional de escassez, intensificando as barreiras de acesso aos serviços de saúde<sup>37,38</sup> e aumentando as demandas de medicamentos pela via judicial<sup>39</sup> e administrativa, por ser essa uma alternativa. Assim, para que essas demandas individuais sejam cumpridas, o comprometimento das demandas coletivas será devastador, colocando à prova a sustentabilidade da política pública de saúde brasileira.

Conclui-se, portanto, que a via administrativa é percebida pelos demandantes como um mecanismo para o cidadão acessar os medicamentos que comprometem consideravelmente a renda familiar e que estão indisponíveis nos serviços públicos de saúde. Porém, essa via não só é incapaz de romper as barreiras sistêmicas de acesso a medicamentos, como fomenta o atendimento das demandas de uma minoria que, muitas vezes, utiliza o setor público de forma complementar ao privado, como um mero provedor de medicamentos. Assim, diante do atual cenário brasileiro, com o descrédito do SUS e supervalorização da iniciativa privada, o novo regime fiscal e o congelamento do financiamento da saúde, a via administrativa tende a intensificar ainda mais as iniquidades no acesso à saúde no Brasil.

## Colaboradores

AQ Soares, MP Provin, RG Amaral: Concepção e projeto; coleta, análise e interpretação dos dados; redação do artigo ou revisão crítica relevante do conteúdo intelectual; aprovação final da versão a ser publicada; responsável por todos os aspectos do trabalho na garantia da exatidão e integridade de qualquer parte da obra. MA Melo, PI Silva, VO Chagas, VSC Vila: Coleta, análise e interpretação dos dados; redação do artigo ou revisão crítica relevante do conteúdo intelectual; aprovação final da versão a ser publicada. MM Silva: Análise e interpretação dos dados; redação do artigo ou revisão crítica relevante do conteúdo intelectual; aprovação final da versão a ser publicada.

## Referências

1. Mahmić-Kaknjo M, Jeličić-Kadić A, Utrobičić A, Chan K, Bero L, Marušić A. Essential medicines availability is still suboptimal in many countries: a scoping review. *J Clin Epidemiol* 2018; 98:41-52.
2. Chang AY, Cowling K, Micah AE, Chapin A, Chen CS, Ikilezi G, Sadat N, Tsakalos G, Wu J, Younker T, Zhao Y, Zlavog BS, Abbafati C, Ahmed AE, Alam K, Alipour V, Aljunid SM, Almalki MJ, Alvis-Guzman N, Ammar W, Andrei CL, Anjomshoa M, Antonio CAT, Arabloo J, Aremu O, Ausloos M, Avila-Burgos L, Awasthi A, Ayanore MA, Azari S, Azzopardi-Muscat N, Bagherzadeh M, Bärnighausen TW, Baune BT, Bayati M, Belay YB, Belay YA, Belete H, Berbada DA, Berman AE, Beuran M, Bijani A, Busse R, Cahuana-Hurtado L, Cámara LA, Catalá-López F, Chauhan BG, Constantin MM, Crowe CS, Cucu A, Dalal K, De Neve JW, Deiparine S, Demeke FM, Do HP, Dubey M, Tantawi ME, Eskandarieh S, Esmaili R, Fakhar M, Fazaeli AA, Fischer F, Foigt NA, Fukumoto T, Fullman N, Galan A, Gamkrelidze A, Gezae KE, Ghajar A, Ghashghaee A, Goginashvili K, Haakenstad A, Bidgoli HH, Hamidi S, Harb HL, Hasanpoor E, Hassen HY, Hay SI, Hendrie D, Henok A, Heredia-Pi I, Herteliu C, Hoang CL, Hole MK, Rad EH, Hossain N, Hosseinzadeh M, Hostiuc S, Ilesanmi OS, Naghibi Irvani SSN, Jakovljevic M, Jalali A, James SL, Jonas JB, Jürisson M, Kadel R, Martin BK, Kasaean A, Kasaye HK, Kassaw MW, Karyani AK, Khabiri R, Khan J, Khan MN, Khang YH, Kisa A, Kissimova-Skarbek K, Kohler S, Koyanagi A, Krohn KJ, Leung R, Lim LL, Lorkowski S, Majeed A, Malekzadeh R, Mansourian M, Mantovani LG, Massenburg BB, Mckee M, Mehta V, Meretoja A, Meretoja TJ, Kostova NM, Miller TR, Mirrakhimov EM, Mohajer B, Darwesh AM, Mohammed S, Mohebi F, Mokdad AH, Morrison SD, Mousavi SM, Muthupandian S, Nagarajan AJ, Nangia V, Negoi I, Nguyen CT, Nguyen HLT, Nguyen SH, Nosratnejad S, Oladimeji O, Olgiati S, Olusanya JO, Onwujekwe OE, Otstavnov SS, Pana A, Pereira DM, Pirooz B, Prada SI, Qorbani M, Rabiee M, Rabiee N, Rafiei A, Rahim F, Rahimi-Movaghar V, Ram U, Ranabhat CL, Ranta A, Rawaf DL, Rawaf S, Rezaei S, Roro EM, Rostami A, Rubino S, Salahshoor M, Samy AM, Sanabria J, Santos JV, Milicevic MMS, Jose BPS, Savic M, Schwendicke F, Sepanlou SG, Sephrimanesh M, Sheikh A, Shrima MG, Sisay S, Solhani S, Soofi M, Srinivasan V, Tabarés-Seisdedos R, Torre A, Tovani-Palone MR, Tran BX, Tran KB, Undurraga EA, Valdez PR, Boven JFMV, Vargas V, Veisani Y, Violante FS, Vladimirov SK, Vlassov V, Vollmer S, Vu GT, Wolfe CDA, Yonemoto N, Younis MZ, Yousefifard M, Zaman SB, Zangeneh A, Zegeye EA, Ziapour A, Chew A, Murray CJL, Dieleman JL. Past, present, and future of global health financing: a review of development assistance, government, out-of-pocket, and other private spending on health for 195 countries, 1995-2050. *The Lancet* 2019; 393(10187):2233-2260.
3. Drummond ED, Simões TC, Andrade FB. Acesso da população brasileira adulta a medicamentos prescritos. *Rev Bras Epidemiol* 2018; 21:E180007.

4. Brasil. Conselho Nacional de Saúde (CNS). *Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990*. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília: CNS; 1990.
5. Chagas VO, Provin MP, Amaral RG. Administrative cases: an effective alternative to lawsuits in assuring access to medicines? *BMC Public Health* 2019; 19(1):212-221.
6. Teixeira MF. *Criando alternativas ao processo de judicialização da saúde: o sistema de pedido administrativo, uma iniciativa pioneira do estado e município do Rio de Janeiro* [dissertação]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca; 2011.
7. Pepe VLE, Figueiredo TD, Simas L, Osorio-de-Castro CGS, Ventura M. Health litigation and new challenges in the management of pharmaceutical services. *Cien Saude Colet* 2010; 15(5):2405-2414.
8. Soares AQ, Silva PI, Provin MP. A via administrativa como mecanismo de efetivação do acesso a medicamentos essenciais. *Cad Ibero Am Direito Sanit* 2013; 2(2):194-207.
9. Leite SN, Pereira SMP, Silva P, Nascimento-Júnior JM, Cordeiro BC, Veber AP. Ações judiciais e demandas administrativas na garantia do direito de acesso a medicamentos em Florianópolis-SC. *Rev Direito Sanit* 2009; 10(2):13-28.
10. Leite SN, Mafra AC. Que direito? Trajetórias e percepções dos usuários no processo de acesso a medicamentos por mandados judiciais em Santa Catarina. *Cien Saude Colet* 2010; 15:1665-1672.
11. Botelho PA, Pessoa NT, Lima ÁMA. Direito à saúde: medicamentos mais solicitados por demandas administrativas e judiciais por uma secretaria estadual de saúde no biênio de 2013 a 2014. *J Health Biol Sci (Online)*. 2017; 5(3):253-258.
12. Soeiro OM, Tavares NUL, Nascimento Júnior JM, Guerra Junior AA, Costa EA, Acurcio FA, Guibu IA, Álvares J, Karnikowski MGO, Leite SN, Costa KS. Patient satisfaction with pharmaceutical services in Brazilian primary health care. *Rev Saude Publica* 2017; 51(Supl. 2):21s.
13. Álvares J, Guerra AAJ, Araújo VE, Almeida AM, Dias CZ, Ascef BO, et al. Access to medicines by patients of the primary health care in the Brazilian Unified Health System. *Rev Saude Publica* 2017; 51(Supl. 2):20s.
14. Tavares NUL, Luiza VL, Oliveira MA, Costa KS, Mengue SS, Arrais PSD, Ramos LR, Farias MR, Dal Pizzol TS, Bertoldi AD. Free access to medicines for the treatment of chronic diseases in Brazil. *Rev Saude Publica* 2016; 50(Supl. 2):7s.
15. Termo de Cooperação no 044/2010 MPOGO. *Termo de Cooperação Técnica que entre si celebram o Ministério Público do Estado de Goiás e a Secretaria Municipal de Saúde de Goiânia, visando regular o procedimento para a dispensação de medicamentos, insumos e correlatos dos pacientes que obtiverem parecer favorável da Câmara de Avaliação Técnica de Saúde – CATS*. Goiânia: Ministério Público do Estado de Goiás; 2010.
16. Brasil. *Relação Nacional de Medicamentos Essenciais: Rename 2013*. 8ª ed. Brasília: Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos; 2013.
17. Goiânia. *Relação Municipal de Medicamentos Essenciais – REMUME*. Goiânia: Secretaria Municipal de Saúde; 2014.
18. Bigdeli M, Jacobs B, Tomson G, Laing R, Ghaffar A, Dujardin B, Van Damme W. Access to medicines from a health system perspective. *Health Policy Plan* 2013; 28(7):692-704.
19. Braun V, Clarke V. Using thematic analysis in psychology. *Qual Res Psychol* 2006; 3:77-101.
20. Hogerzeil H, Mirza Z. *The world medicines situation 2011: access to essential medicines as part of the right to health*. 3ª ed. Geneva: World Health Organization; 2011.
21. Rover MRM, Vargas-Pelaez CM, Farias MR, Leite SN. Acceso a medicamentos de alto precio en Brasil: la perspectiva de médicos, farmacéuticos y usuarios. *Gac Sanit* 2016; 30(2):110-116.
22. Oliveira R, Duarte C, Pavão A, Viacava F. Barreiras de acesso aos serviços em cinco Regiões de Saúde do Brasil: percepção de gestores e profissionais do Sistema Único de Saúde. *Cad Saude Publica* 2019; 35:e00120718.
23. Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil 1988 [Internet]. Brasília, DF: Senado Federal; 2016 [acessado 2020 set 19]. 496 p. Disponível em: [https://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/518231/CF88\\_Livro\\_EC91\\_2016.pdf](https://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/518231/CF88_Livro_EC91_2016.pdf)
24. Vargas-Pelaez CM, Rover MRM, Soares L, Blatt CR, Mantel-Teeuwisse AK, Rossi FA, Restrepo LG, Latorre MC, López JJ, Bürgin MT, Silva C, Leite SN, Farias MR. Judicialization of access to medicines in four Latin American countries: a comparative qualitative analysis. *Int J Equity Health* 2019; 18(1):68-81.
25. Reigada CLL, Romano VF. O uso do SUS como estigma: a visão de uma classe média. *Physis* 2018; 28:e280316.
26. Brasil. *Plano diretor da reforma do aparelho do Estado*. Brasília: Presidência da República. Câmara de Reforma do Estado; 1996.
27. Reis MC, Coelho TCB. Publicização da gestão hospitalar no SUS: reemergência das Organizações Sociais de Saúde. *Physis* 2019; 28(4):e280419.
28. Morais HMM, Albuquerque MSV, Oliveira RS, Cazuza AKI, Silva NAF. Organizações Sociais da Saúde: uma expressão fenomênica da privatização da saúde no Brasil. *Cad Saude Publica* 2018; 34: e00194916.
29. Borba MLM, Azevedo-Júnior RA. O contrato de gestão firmado entre o poder público e as organizações sociais como meio de transferência da prestação do serviço público de saúde sob a ótica do direito público. *Brazilian J Development* 2020; 6(7):49163-49182.
30. Fernandes LEM, Soares GB, Turino F, Bussinguer ECA, Sodré F. Recursos humanos em hospitais estaduais gerenciados por organizações sociais de saúde: a lógica do privado. *Trab Educ Saude* 2018; 16:955-973.

31. Comes Y, Trindade JS, Pessoa VM, Barreto ICHC, Shimizu HE, Dewes D, Arruda CAM, Santos LMP. A implementação do Programa Mais Médicos e a integralidade nas práticas da Estratégia Saúde da Família. *Cien Saude Coletiva* 2016; 21:2729-2738.
32. Brasil. Ministério da Saúde (MS). *Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017*. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: MS; 2017.
33. Boccolini CS, Souza Junior PRB. Inequities in Health-care utilization: results of the Brazilian National Health Survey, 2013. *Int J Equity Health* 2016; 15(1):150.
34. Duong MH, Moles RJ, Chaar B, Chen TF. Stakeholder perspectives on the challenges surrounding management and supply of essential medicines. *Int J Clin Pharm* 2019; 41(5):1210-1219.
35. Silva LO, Melo IB, Teixeira LAS. Interface entre Oferta de Vagas de Residência Médica, Demanda por Médicos Especialistas e Mercado de Trabalho. *Ver Bras Educ Med* 2019; 43:119-126.
36. Coelho Neto GC, Antunes VH, Oliveira A. A prática da Medicina de Família e Comunidade no Brasil: contexto e perspectivas. *Cad Saude Publica* 2019; 35:e00170917.
37. Vieira FS, Piola SF, Benevides RPS. *Controvérsias sobre o Novo Regime Fiscal e a apuração do gasto mínimo constitucional com saúde*. Boletim Políticas sociais: acompanhamento e análise. Brasília: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada; 2018.
38. Vieira FS, Benevides RPS. *Os Impactos do novo regime fiscal para o financiamento do Sistema Único de Saúde e para a efetivação do direito à saúde no Brasil*. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada; 2016.
39. Romão ALPA. O financiamento da saúde frente ao novo regime fiscal. *Rev Direito Sanit* 2019; 20(1):86-106.

---

Artigo apresentado em 06/07/2020

Aprovado em 22/03/2021

Versão final apresentada em 24/03/2021

---

Editores-chefes: Romeu Gomes, Antônio Augusto Moura da Silva

