

Cobertura de serviços públicos de saúde para gastos com medicamentos e vacinas na população com diabetes mellitus

Coverage by the public health services of medication and vaccines for the population with diabetes mellitus

Camila Nascimento Monteiro¹
Reinaldo José Gianini¹
Moisés Goldbaum¹
Chester Luiz Galvão Cesar²
Marilisa Berti Azevedo Barros³

Abstract *This study analyzed the coverage by the public health service of expenses with medication and vaccines for the adult population of São Paulo with self-reported diabetes mellitus in 2003 and the implications for access to medicines and vaccination campaigns programs. Data were collected by the Multicenter Health Survey of São Paulo. The Unified Health System (SUS) was widely used by the population for vaccination against influenza and pneumonia and there was significant private sector participation for coverage of expenses with medication, with an estimated coverage of 38% by SUS. There were no significant differences in the prevalence of use of public services for vaccination among the categories of variables studied, suggesting a universal distribution of vaccination by the public health service. Unlike vaccinations, in 2003 the coverage of medication expenses by the public health service was recent in Brazil, which may explain the low level of coverage. An analysis of coverage of vaccination and medication expenses in diabetes mellitus population since 2003 may contribute to be the basis for policies to broaden access of the population to health services.*

Key words *Diabetes mellitus, Health service coverage, National medication policy, National policy of pharmaceutical assistance, Immunization programs*

Resumo *O estudo analisou a cobertura do serviço público de saúde para gastos com medicamentos e vacinas para a população adulta do município de São Paulo que referiu ter diabetes mellitus em 2003 e as implicações dos programas de acesso a medicamentos e campanhas vacinais. Dados coletados pelo Inquérito Multicêntrico de Saúde de São Paulo. O SUS foi o mais utilizado pela população para a vacinação contra a gripe e pneumonia e na cobertura do gasto com medicamentos houve participação significativa do setor privado, sendo a cobertura SUS estimada em 38%. Não foram observadas diferenças significativas na prevalência de utilização do serviço público para vacinação entre as categorias das variáveis pesquisadas, o que sugere uma distribuição universal da vacinação pelo serviço público de saúde. Diferente da vacinação, a cobertura do gasto com medicamentos pelo serviço público de saúde em 2003 era recente, o que pode explicar a menor cobertura. A análise da cobertura dos gastos com medicamento e vacinas pelo serviço de saúde em 2003 pode contribuir para embasar políticas que visem ampliar o acesso da população ao serviço de saúde.*

Palavras-chave *Diabetes Mellitus, Cobertura de serviços de saúde, Política nacional de medicamentos, Política nacional de assistência farmacêutica, Programas de imunização*

¹Departamento de Medicina Preventiva, Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo (USP).
Av. Dr. Arnaldo 555, Cerqueira César. 05405-000 São Paulo SP Brasil.
camilamonteiro02@usp.br

²Faculdade de Saúde Pública, USP.

³Faculdade de Ciências Médicas, Universidade de Campinas.

Introdução

As doenças crônicas não transmissíveis são prioridade em saúde pública no Brasil. Dentre essas doenças, o diabetes mellitus se destaca por ser uma das causas importantes de morbidade e mortalidade na população. São estimados 366 milhões de pessoas afetadas por diabetes no mundo em 2030^{1,2}. No Brasil, estimou-se em 6 milhões os portadores de diabetes em 2010 e em 2030 é previsto que o país fique entre os dez com maior número de casos da doença³. A prevalência de diabetes autorreferido no Brasil foi estimada em 5,3% e no município de São Paulo em 6,2%⁴.

A alta prevalência do diabetes promove grande demanda de utilização dos serviços de saúde para a prevenção e o controle da doença. A utilização de serviços de saúde pode impactar na do portador de diabetes, prevenindo sua ocorrência e suas complicações e aumentando as taxas de sobrevivência dessa população⁵. O serviço de saúde inclui programas de prevenção e cuidados sobre os riscos do diabetes, a vacinação para a promoção da saúde dessa população e o fornecimento de medicamentos.

A vacinação, importante componente do serviço de saúde, ocupa lugar de destaque entre os instrumentos de saúde pública no Brasil devido ao bom desempenho em relação ao custo-benefício e à segurança da vacina⁶⁻⁸. Mesmo a população que possui planos privados de saúde utiliza rotineiramente o serviço público para vacinação.

O Programa Nacional de Imunização⁷, implantado em 1973, tem como objetivo promover o controle de doenças imunopreveníveis, dentre elas a gripe e a pneumonia, associadas ao aumento do risco de mortalidade e da morbidade hospitalar em populações vulneráveis, sendo recomendada a portadores de diabetes^{7,9}.

A vacinação contra gripe e pneumonia na população com diabetes mellitus é entendida como uma intervenção que visa a melhorar as condições de vida dessas pessoas^{7,9}. A promoção de uma melhor condição de vida remete ao acesso ao serviço de saúde, que inclui a vacinação e o fornecimento de medicamentos. A avaliação do fornecimento de medicamentos para a população permite avaliar a assistência à saúde, fornecendo subsídios para a melhoria das condições da população¹⁰.

De acordo com Oliveira *et al.*¹¹, desde a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) até os dias atuais, houve aumento no fornecimento de medicamentos pelo serviço de saúde. A Política Nacional de Medicamentos (PNM), implantada

com o propósito de promoção do uso racional e do acesso da população aos medicamentos essenciais, teve grande importância nesse aumento^{11,12}. Dentre as diretrizes da PNM estão a descentralização da gestão da Assistência Farmacêutica e o estabelecimento da Relação Nacional de Medicamentos-Rename, sendo a aquisição dos medicamentos feita com base em critérios epidemiológicos¹².

Korniz *et al.*¹³ se referem à Renome como instrumento estratégico e racionalizador da Política de Medicamentos, por se tratar de uma relação padronizada destes que pode melhorar a qualidade do seu acesso. Os medicamentos essenciais, que têm a cobertura pelo serviço público de saúde para controle do diabetes, são os que constam na Renome, enquanto as mudanças na organização da Assistência Farmacêutica no âmbito do SUS, promovidas pela PNM, têm como objetivo o aumento da cobertura na sua distribuição gratuita¹⁴.

Para a provisão de medicamentos utilizados no controle do diabetes mellitus e o monitoramento de dados dos portadores dessas doenças, são necessárias informações sobre estes, que podem ser obtidas através dos inquéritos de saúde, os quais fornecem dados sobre a cobertura dos gastos com serviços de saúde e permitem conhecer aspectos importantes da saúde da população. O que proporciona bases para ações nas políticas que visem garantir o acesso da população ao serviço e também o monitoramento das mesmas¹⁵.

A análise das informações sobre cobertura dos gastos com serviços de saúde contribui para a ampliação do acesso a estes, que está relacionado com a capacidade de responder às demandas da população^{11,15}.

O estudo teve como objetivos analisar a cobertura dos serviços de saúde para os gastos com medicamentos e vacinas para a população adulta do município de São Paulo, que referiu ser portadora de diabetes mellitus em 2003, e discutir a cobertura atual para a provisão desses insumos a esse grupo.

Material e método

Foram utilizados dados coletados pelo Inquérito Multicêntrico de Saúde de São Paulo (ISA-Capital). Estudo transversal realizado através de entrevistas domiciliares de base populacional no município de São Paulo no ano de 2003, que teve como objetivo diagnosticar a morbidade referida na população e as condições de vida e de saúde, incluindo utilização de serviços de saúde.

A amostra do ISA-Capital, representativa de toda população não institucionalizada residente em área urbana do município de São Paulo, foi obtida por procedimentos de amostragem probabilística, estratificada por conglomerados em dois estágios: setores censitários (unidade primária de amostragem) e domicílios (unidade de amostragem de 2º estágio). Os setores censitários foram estratificados segundo o nível socioeconômico definido pela proporção de chefes de família com diferentes graus de escolaridade. Foram considerados chefes com nível universitário em três níveis: até 5% (estrato 1), 5% (inclusive) a 25% (estrato 2) e 25% (inclusive) ou mais (estrato 3).

Esses pesos sofreram ajustes de pós-estratificação segundo a escolaridade do chefe, considerando-se quatro níveis: menos de 3, de 4 a 7, de 8 a 11 e 12 ou mais anos de estudo.

Para garantir tamanhos mínimos de amostra em subgrupos populacionais de interesse, foram definidos oito domínios de estudo formados pelos grupos: masculino e feminino menores de 1 ano, masculino e feminino de 1 a 11 anos de idade, homens de 12 a 19; 20 a 59 e 60 ou mais, e mulheres nas mesmas faixas etárias. Para cada um desses domínios, foi planejada a realização de 420 entrevistas. No total foram realizadas 3.357 entrevistas, sendo 1.667 em pessoas com 20 anos ou mais. As entrevistas foram realizadas por pessoal treinado e supervisionado durante toda a duração do inquérito. Os entrevistados assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido no qual eram explicados os objetivos da pesquisa, sendo assegurados o anonimato e a confidencialidade dos dados obtidos. Para assegurar o controle de qualidade da coleta de dados, as informações de cerca de 10% dos questionários foram verificadas por nova entrevista. A metodologia completa do ISA-Capital 2003 pode ser encontrada na literatura¹⁶.

O presente estudo analisou a população que participou do ISA-Capital, de ambos os sexos, maiores de 20 anos e que respondeu “sim” quando perguntado se tinha diabetes, totalizando 170 indivíduos. Foram consideradas as questões do inquérito sobre vacinação por intermédio do serviço público de saúde e cobertura do gasto com medicamentos pelo serviço público (variáveis dependentes) e características sociodemográficas e de condições de vida e saúde (variáveis independentes).

As variáveis sociodemográficas e de condições de vida e saúde analisadas foram: idade, sexo, cor/raça, situação conjugal, escolaridade,

exercer atividade remunerada (foram criados dois grupos: o que contém a população economicamente ativa [PEA], com os indivíduos que exercem atividade remunerada de trabalho, e o de entrevistados fora da PEA, com os indivíduos desempregados, aposentados, pensionistas, donas de casa, estudantes e outros), renda per capita e autoavaliação em saúde.

Por meio do módulo *survey* do programa Data Analysis and Statistical Software (STATA) versão 10.0 foram realizadas estimativas de prevalências e calculadas as razões de prevalência (RP) através da regressão de Poisson para a vacinação por intermédio do serviço público de saúde e as variáveis independentes, o mesmo procedimento com a cobertura do gasto com medicamentos. E realizada a análise multivariada por regressão de Poisson, adotando-se o nível de significância de 0,20 para inclusão da variável no modelo.

O módulo *survey* permite incorporar os pesos decorrentes do delineamento complexo da amostra: estratificação, sorteio de conglomerados e ponderação. Os pesos foram introduzidos para compensar as diferentes probabilidades de seleção aplicadas à população de estudo e ajustar a amostra à distribuição da população por escolaridade, idade e sexo, conforme descrito acima.

O projeto deste estudo foi aprovado pela Comissão de Ética para Análise de Projetos de Pesquisa do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (CAPPesq).

Resultados

A prevalência de diabetes autorreferida na população foi 5,0% (IC_{95%} 3,9 – 6,2). Quanto à vacinação, 46,8% (IC_{95%} 37,5 – 56,8) dos entrevistados receberam contra a gripe e 17,0% (IC_{95%} 10,6 – 26,2) contra pneumonia. O serviço público foi o mais utilizado pela população para a vacinação, tanto contra gripe como contra a pneumonia, com 74,0% de respostas positivas (n = 89) (Tabela 1). Desses, 3 tinham idade entre 20 e 59 anos e 105 com mais de 60 anos de idade, sendo a prevalência de utilização do serviço público para vacinação estimada em 46% e 86%, respectivamente. Não foram observadas diferenças estatisticamente significativas na prevalência de utilização do serviço público para vacinação entre as categorias das demais variáveis pesquisadas (sexo, cor ou raça, situação conjugal, escolaridade, atividade remunerada, renda e autoavaliação em saúde) (Tabela 1).

Tabela 1. Prevalência da utilização do SUS para a vacinação contra gripe e/ou pneumonia (USPV) segundo determinadas variáveis pesquisadas entre indivíduos vacinados que referiram diabetes, município de São Paulo, 2003.

Variáveis, categorias e n [*]	Prevalencia da USPV ^{**}	IC95%	RP	IC95% da RP	Valor de p
Sexo					0,976
Masculino (n=48)	75.1%	45.8 – 91.4	1		
Feminino (n=59)	74.6%	49.6 – 89.7	0.9	0.6 – 1.5	
Cor ou raça					0.894
Branco (n=68)	75.4%	52.2 – 89.6	1		
Não branca (n=39)	73.6%	48.6 – 89.2	0.9	0.7 – 1.4	
Situação conjugal ^{***}					0.316
Com companheiro (n=56)	69.1%	43.3 – 86.8	1		
Sem companheiro (n=51)	82.5%	67.0 – 91.6	1.1	0.8 – 1.7	
Escolaridade (anos de estudo) ^{***}					0.203
Nunca frequentou ou até 3 anos (n=51)	89.3%	75.2 – 95.8	1		
4 a 7 anos (n=40)	73.2%	42.9 – 90.8	0.8	0.6 – 1.2	
8 anos ou mais (n=15)	56.7%	20.1 – 87.2	0.6	0.3 – 1.3	
Atividade remunerada ^{***}					0.887
PEA (n=22)	76.2%	50.7 – 90.8	1		
Fora da PEA (n=85)	74.4%	53.4 – 88.0	0.9	0.7 – 1.4	
Renda <i>per capita</i>					0.171
≥ 1 sm (n=42)	76.8%	52.7 – 90.7	1		
1-2 sm (n=40)	88.8%	71.5 – 96.1	1.1	0.8 – 1.5	
≥ 2 sm (n=25)	59.6%	26.4 – 85.8	0.7	0.4 – 1.4	
Auto-avaliação em saúde ^{***}					0.594
Excelente, muito boa ou boa (n=84)	76.3%	55.6 – 89.2	1		
Ruim ou muito ruim (n=22)	69.1%	40.5 – 87.9	0.9	0.6 – 1.3	

^{*} Número de entrevistados que receberam vacina contra gripe e/ou pneumonia (n = 107). ^{**} Ao todo, 89 entrevistados (74%) receberam vacina contra gripe e/ou pneumonia por meio do serviço público de saúde. ^{***} Excluída a Resposta Não Sabe/Não Respondeu

Em relação aos medicamentos para controle do diabetes, os principais referidos pela população estudada foram os que constam na Renome, sendo esses a insulina, a metformina e a glibenclamida. Quanto à cobertura do gasto com esses medicamentos, 38,0% (IC_{95%} 31,9 – 44,5) da população relatou ter sido pelo SUS.

Na população com 20 a 59 anos, a prevalência da cobertura do gasto com medicamentos pelo serviço público de saúde foi 34,4% (n = 13) e na população com mais de 60 anos, 40,8% (n = 142). Na Tabela 2 estão as prevalências da cobertura do gasto com medicamentos pelo serviço público de saúde segundo as variáveis sexo, cor ou raça, situação conjugal, escolaridade, atividade remunerada, renda per capita e autoavaliação em saúde, observando-se diferenças significantes entre as categorias das variáveis cor ou raça (Razão de Prevalência (RP) = 1,7 IC_{95%} 1,1-2,7), situação conjugal (RP = 1,9 IC_{95%} 1,1-3,5), atividade

remunerada (RP = 3 IC_{95%} 1,1-8,2 e autoavaliação em saúde (RP = 1,7 IC_{95%} 1,1-3,0).

A análise multivariada, utilizando a variável cobertura do gasto com medicamentos pelo SUS como desfecho, mostrou que a população que referiu saúde “ruim ou muito ruim” teve cobertura do gasto com medicamentos 1,5 vezes maior (IC_{95%} 1,2-3,4) comparada aos que referiram saúde “excelente, muito boa ou boa”, após ajuste por situação conjugal, cor ou raça, atividade remunerada, escolaridade e renda per capita.

Discussão

Este estudo apresenta uma discussão sobre a cobertura do serviço público de saúde em relação aos gastos com vacinação e medicamentos para a população que referiu diabetes mellitus, segundo características sociodemográficas e de condição

Tabela 2. Prevalência da cobertura SUS no gasto com medicamentos, segundo variáveis pesquisadas, entre indivíduos que referiram diabetes, município de São Paulo, 2003.

Variáveis, categorias e n [*]	Prevalência da USPV ^{**}	IC95%	RP	IC95% da RP	Valor de p
Sexo					0.308
Masculino (n=67)	37.4%	20.5 – 58.0	1		
Feminino (n=88)	38.4%	26.8 – 51.5	1.02	0.5 – 1.9	
Cor ou raça					0.026
Branco (n=108)	31.1%	22.5 – 41.1	1		
Não branca (n=47)	52.0%	30.1 – 73.2	1.7	1.1 - 2.7	
Situação conjugal ^{***}					0.047
Com companheiro (n=79)	27.4%	15.7 – 43.3	1		
Sem companheiro (n=74)	51.9%	36.1 – 67.3	1.9	1.1 – 3.5	
Escolaridade (anos de estudo) ^{***}					0.151
Nunca frequentou ou até 3 anos (n=66)	52.5%	34.6 – 69.9	1		
4 a 7 anos (n=57)	38.2%	23.8 – 55.1	0.7	0.4 – 1.3	
8 anos ou mais (n=29)	25.5%	10.5 – 49.9	0.5	0.2 – 1.2	
Atividade remunerada ^{***}					0.038
PEA (n=35)	16.6%	5.8 – 39.3	1		
Fora da PEA (n=117)	49.1%	35.9 – 62.5	3	1.1 – 8.2	
Renda <i>per capita</i>					0.372
≥ 1 sm (n=65)	51.7%	33.7 – 69.3	1		
1-2 sm (n=44)	35.1%	21.4 – 51.9	0.7	0.4 – 1.2	
≥ 2 sm (n=46)	26.2%	5.1 – 46.0	0.5	0.2 – 1.5	
Auto-avaliação em saúde ^{***}					0.043
Excelente, muito boa ou boa (n=114)	31.3%	20.5 – 44.7	1		
Ruim ou muito ruim (n=40)	55.1%	24.4 – 82.3	1.7	1.1 – 3.0	

^{*} Número de entrevistados que utilizaram medicamentos nos três dias anteriores à entrevista (n = 155). ^{**} A prevalência da cobertura do gasto com medicamentos pelo SUS foi 38% (n = 68). ^{***} Excluída a resposta Não Sabe/Não respondeu.

de vida e saúde. Apesar da apresentação dos dados componentes do Inquérito de Saúde realizado no município de São Paulo no ano de 2003, é possível fazer comparações com os atuais, o que contribui para a discussão sobre a ampliação do acesso da população a vacinas e, principalmente, a medicamentos antidiabéticos. Os dados do ISA-Capital 2003 representam um marco importante, considerados o rigor metodológico adotado nesse inquérito e a representatividade da amostra, e serão muito úteis como padrão comparativo para futuros estudos sobre o tema.

Foi utilizado como exemplo o diabetes mellitus, doença que é prioridade em saúde pública e que necessita de utilização contínua de medicamentos e vacinas pela população que a possui. A prevalência de diabetes autorreferida no município de São Paulo foi estimada em 5,0%. Por se tratar de levantamento de morbidade autorreferida, pode ter ocorrido viés de seleção na amos-

tra de diabéticos estudada, já que o indivíduo que referiu ter esse mal, em algum momento da vida, teve acesso ao serviço de saúde para obter o diagnóstico.

Dessa forma, a população com diabetes e que não teve acesso ao serviço não foi diagnosticada, o que subestima a prevalência da doença, principalmente entre aqueles mais dependentes dos serviços do SUS. Ainda, esse mesmo viés apresenta o potencial de superestimar os resultados desta pesquisa, referente à utilização de medicamentos e vacinas do SUS, já que não inclui na amostra estudada esse contingente de indivíduos subdiagnosticados.

Os dados de prevalência de diabetes do presente estudo são semelhantes aos do Vigitel 2006¹⁷, que estimou a autorreferida na população adulta do município de São Paulo em 6,2%. O Vigitel realizado no ano de 2010¹⁸ encontrou uma prevalência de 6,3% no Brasil.

A alta prevalência do diabetes mostra a importância de se promover o controle da doença e a promoção da saúde dessa população, que podem ser realizados por meio dos serviços de saúde. Um dos principais motivos de utilização do serviço de saúde é a vacinação. Na população entrevistada, apenas 17,0% recebeu vacina contra pneumonia e 46,8% contra gripe, apesar de a vacinação ser um procedimento recomendado pela Organização Mundial de Saúde e assegurado como política pública do SUS, e que tem como consequência a diminuição da incidência de hospitalizações nos portadores de diabetes⁷.

Atualmente, as proporções de vacinação são maiores, foi estimada uma prevalência de 62,6% no inquérito domiciliar realizado no município de Campinas (SP)¹⁹. Houve uma intensificação nas campanhas de vacinação para a gripe a partir de 2009, quando ocorreu a pandemia pela influenza A (H1N1). O paciente diabético faz parte do grupo de risco e tem sido alvo destas campanhas.

A vacinação é realizada tanto por intermédio do serviço público de saúde como pelo privado. Dentre os que receberam vacina contra a gripe e pneumonia, 74,0% o foram por intermédio do serviço público de saúde, o que concorda com o estudo de Silva *et al.*²⁰ que relatou ser o SUS o responsável pela maioria dos atendimentos de vacinação em todas as regiões do Brasil. A maior proporção da utilização do SUS para vacinação permanece nos dias atuais¹⁹.

Não foram observadas diferenças significativas na prevalência de utilização do serviço público para vacinação entre as categorias das variáveis pesquisadas, o que sugere uma distribuição universal por este meio. O programa de imunização no Brasil (PNI) está institucionalizado há muito tempo⁷, o que pode explicar sua distribuição universal. Diferente da vacinação, a cobertura do gasto com medicamentos é recente, a partir da implantação da Política Nacional de Medicamentos¹² e com a intensificação de programas e políticas institucionais pelo SUS.

Na provisão de medicamentos à população pelo sistema de saúde, os principais antidiabéticos utilizados pela população de estudo (insulina, metformina e glibenclamida) foram os que constam na Rename, o que concorda com a literatura^{21,22}.

A prevalência da cobertura do gasto com medicamentos essenciais pelo SUS na população que refere ter a pele “branca” foi 1,7 vezes maior que entre aquela “não branca”. O estudo de Schnittker e Bhatt²³ relata iniquidade no sistema de saúde quanto à etnia no Reino Unido e também

nos Estados Unidos. Segundo os autores, essa iniquidade no sistema de saúde reflete a aquela existente nesses países com relação à etnia, com diferenças significantes no acesso ao serviço de saúde pela população negra, o que pode estar ocorrendo na população estudada.

A população “sem companheiro” teve a cobertura do gasto com medicamentos pelo SUS 1,9 vezes maior comparada à população “com companheiro”; enquanto que entre os indivíduos que não exerciam atividade remunerada no momento da coleta dos dados foi 3,0 vezes maior comparada aos que realizavam atividade remunerada, o que pode ser explicado pelo fato das categorias “sem companheiro” e fora da PEA incluírem os idosos, que têm maior utilização de medicamentos e, assim, a cobertura pelo SUS tende a ser maior.

A população que referiu saúde “ruim ou muito ruim” teve cobertura do gasto com medicamentos 1,5 vezes maior comparada aos que referiram saúde “excelente, muito boa ou boa”, após ajuste por situação conjugal, cor ou raça, atividade remunerada, escolaridade e renda per capita. A população com análise negativa da saúde tende a procurar mais o serviço público de saúde²⁴ e, assim, obter maior cobertura pelo SUS do gasto com os medicamentos que utiliza.

A cobertura do gasto com os medicamentos essenciais é feita pelo SUS, porém, no total, apenas 38,0% da população com diabetes autorreferida relatou ter o gasto com esses medicamentos coberto pelo serviço público de saúde, o que indica uma lacuna do SUS e a necessidade de ampliação do acesso a medicamentos para os portadores de diabetes mellitus. A literatura relata a dificuldade em assegurar o acesso aos medicamentos no cotidiano atual do serviço público de saúde²⁵, o que é reiterado no presente estudo.

Em 2003, momento da coleta dos dados, se estava no contexto do início da criação da Política Nacional de Medicamentos e do processo de implantação efetiva dos medicamentos genéricos, visando a ampliação do acesso a medicamentos no país. Atualmente, programas federais, estaduais e municipais têm conseguido ampliar o acesso. Nestes últimos 11 anos, dois programas do governo federal ampliaram consideravelmente o acesso aos medicamentos para o diabetes, o “Programa Farmácia Popular do Brasil” e o “Programa Saúde Não Tem Preço”.

O Programa “Farmácia Popular do Brasil” que recebe subsídio do governo federal para a compra de determinados medicamentos para diabetes, abrange todos os estados brasileiros e

está presente em municípios através de 14.005 farmácia e drogarias conveniadas, que movimentaram R\$ 245.191,00 até dezembro de 2010²⁶. O Programa “Saúde Não Tem Preço”, com a distribuição gratuita de medicamentos antidiabéticos que constam na Renome, beneficiou 19 milhões de diabéticos e hipertensos no Brasil desde a sua criação em 2011²⁷. Todas essas políticas e programas têm contribuído para modificar o quadro apresentado em 2003.

Houve aumento no acesso ao cuidado com a saúde, com o crescimento da cobertura na atenção básica através da Estratégia de Saúde da Família e a redução da pobreza extrema, porém, o país possui 190 milhões de habitantes, dos quais 145 milhões dependem do SUS, representando um desafio ao serviço de saúde²⁸. O desafio para

pesquisadores e profissionais de saúde consiste na formulação de políticas públicas visando ao acesso universal ao serviço de saúde, que inclui, entre outras ações, a vacinação e o acesso a medicamentos.

A investigação da cobertura dos gastos com vacinação e medicamentos e fatores associados, como foi realizada no presente estudo, permite analisar aspectos da cobertura e do acesso ao serviço de saúde desde 2003 e pode ser utilizada para mostrar a tendência da cobertura do serviço público para provisão dos mesmos. Contribuindo, assim, para a discussão sobre a cobertura dos gastos com insumos à saúde pela população com diabetes mellitus. Os resultados apresentados mostram os desafios e prioridades no serviço público de saúde para atingir a cobertura universal.

Colaboradores

CN Monteiro, RJ Gianini, M Goldbaum, CLG Cesar e MBA Barros participaram igualmente de todas as etapas de elaboração do artigo.

Agradecimentos

À Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo-Fapesp.

Referências

1. Beaglehole R, Bonita R, Horton R, Adams C, Alleyne G, Asaria P, Baugh V, Bokedam H, Billo N, Casswell S, Cecchini M, Colagiuri R, Colagiuri S, Collins T, Ebrahim S, Engelgau M, Galea G, Gaziano T, Geneau R, Haines A, Hospedales J, Jha P, Keeling A, Leeder S, Lincoln P, McKee M, Mackay J, Magnusson R, Moodie R, Mwatsama M, Nishtar S, Norrving B, Patterson D, Piot P, Ralston J, Rani M, Reddy KS, Sassi F, Sheron N, Stuckler D, Suh I, Torode J, Varghese C, Watt J; Lancet NCD Action Group; NCD Alliance. Priority actions for the non-communicable disease crisis. *The Lancet* 2011; 377(9775):1438-1447.
2. Apodaca BAD, Ebrahim S, McCormack V, Cosío FG, Ruiz-Holguín R. Prevalence of type 2 diabetes and impaired fasting glucose: cross-sectional study of multiethnic adult population at the United States-Mexico border. *Rev Panam Salud Publica* 2010; 28(3):174-181.
3. Moraes SA, Freitas ICM, Gimeno SGA, Mondini L. Diabetes mellitus prevalence and associated factors in adults in Ribeirão Preto, São Paulo, Brazil, 2006: OBE-DIARP Project. *Cad Saude Publica* 2010; 26(5):929-941.
4. Schmidt MI, Duncan BB, Hoffmann JF, Moura L, Malta DC, Carvalho RMSV. Prevalência de diabetes e hipertensão no Brasil baseada em inquérito de morbidade auto-referida, Brasil, 2006. *Rev Saude Publica* 2009; 43(2):74-82.
5. Brasil. Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil, 2011-2022. 2011. [acessado 2011 set 20]. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/plano_acoes_estrategicas20x20_25julho.pdf

6. Ianni AMZ, Monteiro PHN. A pró-atividade do Programa Saúde da Família e o Acesso Saúde. In: Escuder MML, Monteiro PHN, Pupo LR, organizadores. *Temas em saúde coletiva n° 8. Acesso aos serviços de saúde em Municípios da Baixada Santista*. São Paulo: Instituto de Saúde; 2008. p. 51-65.
7. Brasil. Secretaria de Vigilância à Saúde. *Programa Nacional de Imunizações-30 anos*. Brasília: Editora do Brasil; 2003.
8. Waldman EA, Luhm KR, Monteiro SAMG, Freitas FRM. Vigilância de eventos adversos pós-vacinação e segurança de programas de imunização. *Rev Saude Publica* 2011; 45(1):173-184.
9. Lima-Costa MFF. Fatores associados à vacinação contra a gripe em idosos na região metropolitana de Belo Horizonte. *Rev Saude Publica* 2008; 42(1):100-107
10. Fleith VD, Figueiredo MA, Figueiredo KFLRO, Moura EC. Perfil de utilização de medicamentos em usuários da rede básica de saúde de Lorena, SP. *Cien Saude Colet* 2008; 13(Supl.):755-762.
11. Oliveira MA, Bermudez JAZ, Osório de Castro CGS. *Assistência farmacêutica e acesso a medicamentos*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2007.
12. Brasil. Portaria n° 3.916, de 30 de outubro de 1998. Dispõe sobre a aprovação da Política Nacional de Medicamentos. *Diário Oficial da União* 1998; 30 out.
13. Korniz GEM, Braga MH, Zaire CEF. Os marcos legais das políticas de medicamentos no Brasil contemporâneo (1990-2006). *Rev APS* 2008; 11(1):85-99.
14. Oliveira LCF, Assis MMA, Barboni AR. Assistência Farmacêutica no Sistema Único de Saúde: da Política Nacional de Medicamentos à Atenção Básica à Saúde. *Cien Saude Colet* 2010; 15(3):3561-3567.
15. Barros MBA. Inquéritos domiciliares de saúde: potencialidades e desafios. *Rev Bras Epidemiol* 2008; 11(Supl. 1):6-19.
16. Cesar CLG, Carandina L, Alves MCGP, Barros MBA, Goldbaum M. *Saúde e condição de vida em São Paulo*. São Paulo: Editora Imprensa oficial; 2005.
17. Vigitel 2006. *Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico: estimativas sobre frequência e distribuição sócio-demográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais de 26 estados brasileiros e no Distrito Federal em 2006*. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
18. Vigitel 2010. *Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico: estimativas sobre frequência e distribuição sócio-demográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais de 26 estados brasileiros e no Distrito Federal*. Brasília: Ministério da Saúde; 2010.
19. Francisco PMSB, Barros MBA, Cordeiro MRD. Vacinação contra influenza em idosos: prevalência, fatores associados e motivos da não-adesão em Campinas, São Paulo, Brasil. *Cad Saude Publica* 2011; 27(3):417-426.
20. Silva ZP, Ribeiro MCSA, Barata RB, Almeida MF. Perfil sociodemográfico e padrão de utilização dos serviços de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS), 2003-2008. *Cien Saude Colet* 2011; 16(9):3807-3816.
21. Brasil. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. *Relação nacional de medicamentos essenciais: Rename*. Brasília: Editora do Brasil; 2010.
22. Vosgerau MZS, Cabrera MAS, Sousa RKT. Saúde da Família e Utilização de Medicamentos Anti-Hipertensivos e Antidiabéticos. *Rev Bras Cardiol* 2011; 24(2):95-104.
23. Schnittker J, Bhatt M. The role of income and race/ethnicity in experiences with medical care in the United States and United Kingdom. *Int Journal of Health Serv* 2008; 38(4):671-695.
24. Santiago LM, Novaes CO, Mattos IE. Factors Associated with Self-Rated Health among Older Men in a Medium-Size City in Brazil. *J Men's Health Gender* 2010; 7(1):55-63.
25. Baumgratz PPA, Stephan-Souza AI, Vieira RCPA, Alves TNP. O uso do medicamento na percepção do usuário do Programa Hiperdia. *Cien Saude Colet* 2011; 16(5): 2623-2633.
26. Brasil. Ministério da Saúde (MS). 2010. *Sala de Situação em Saúde*. [acessado 2014 jan 20]. Disponível em: <http://189.28.128.178/sage/>
27. Brasil. Ministério da Saúde (MS). *Programa Saúde Não Tem Preço*. [acessado 2014 mar 20]. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/cidadao/acoes-e-programas/saude-nao-tem-preco/mais-saude-nao-tem-preco/6730-saude-nao-tem-preco-introducao>
28. Victora CG, Barreto ML, Leal MC, Monteiro CA, Schmidt MI, Paim J, Bastos FI, Almeida C, Bahia L, Travassos C, Reichenheim M, Barros FC; the Lancet Brazil Series Working Group. Condições de saúde e inovações nas políticas de saúde: o caminho a percorrer. *The Lancet Série Saúde no Brasil* 2011; 1:90-102.

Artigo apresentado em 20/03/2014

Aprovado em 28/07/2014

Versão final apresentada em 30/07/2014