

1839

TEXTO PARA DISCUSSÃO

**DIMENSÕES DO ACESSO A
MEDICAMENTOS NO BRASIL: PERFIL
E DESIGUALDADES DOS GASTOS
DAS FAMÍLIAS, SEGUNDO AS
PESQUISAS DE ORÇAMENTOS
FAMILIARES 2002-2003 E 2008-2009**

**Leila Posenato Garcia
Luís Carlos Garcia de Magalhães
Ana Cláudia Sant'Anna
Lúcia Rolim Santana de Freitas
Adriana Pacheco Aurea**

**DIMENSÕES DO ACESSO A MEDICAMENTOS NO
BRASIL: PERFIL E DESIGUALDADES DOS GASTOS
DAS FAMÍLIAS, SEGUNDO AS PESQUISAS DE
ORÇAMENTOS FAMILIARES 2002-2003 E 2008-2009***

Leila Posenato Garcia**

Luís Carlos Garcia de Magalhães***

Ana Cláudia Sant'Anna****

Lúcia Rolim Santana de Freitas*****

Adriana Pacheco Aurea*****

* Os autores agradecem a Matheus Stivali, técnico de Planejamento e Pesquisa da Diretoria de Estudos e Políticas Sociais (Disoc), do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea), pelo auxílio na compilação das bases de dados, a Luciana Mendes Santos Servo, técnica de Planejamento e Pesquisa da Disoc/Ipea e Aguinaldo Nogueira Maciente, técnico de Planejamento e Pesquisa da Diretoria de Estudos e Políticas Setoriais de Inovação, Regulação e Infraestrutura (Diset)/Ipea pelos comentários e sugestões à versão final do texto.

** Técnica de Planejamento e Pesquisa da Diset/Ipea.

*** Técnico de Planejamento e Pesquisa da Diset/Ipea, cedido à Câmara dos Deputados.

**** Assistente de pesquisa do Programa de Pesquisa para o Desenvolvimento Nacional (PNPD)/Ipea.

***** Estatística na Diset/Ipea.

***** Consultora do Departamento de Economia da Saúde, Investimento e Desenvolvimento (DESID) do Ministério da Saúde (MS).

Governo Federal

**Secretaria de Assuntos Estratégicos da
Presidência da República**
Ministro interino Marcelo Côrtes Neri

ipea Instituto de Pesquisa
Econômica Aplicada

Fundação pública vinculada à Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República, o Ipea fornece suporte técnico e institucional às ações governamentais – possibilitando a formulação de inúmeras políticas públicas e programas de desenvolvimento brasileiro – e disponibiliza, para a sociedade, pesquisas e estudos realizados por seus técnicos.

Presidente

Marcelo Côrtes Neri

Diretor de Desenvolvimento Institucional
Luiz Cezar Loureiro de Azeredo

**Diretor de Estudos e Relações Econômicas
e Políticas Internacionais**
Renato Coelho Baumann das Neves

**Diretor de Estudos e Políticas do Estado,
das Instituições e da Democracia**
Daniel Ricardo de Castro Cerqueira

**Diretor de Estudos e Políticas
Macroeconômicas**
Cláudio Hamilton Matos dos Santos

**Diretor de Estudos e Políticas Regionais,
Urbanas e Ambientais**
Rogério Boueri Miranda

**Diretora de Estudos e Políticas Setoriais
de Inovação, Regulação e Infraestrutura**
Fernanda De Negri

Diretor de Estudos e Políticas Sociais
Rafael Guerreiro Osorio

Chefe de Gabinete
Sergei Suarez Dillon Soares

Assessor-chefe de Imprensa e Comunicação
João Cláudio Garcia Rodrigues Lima

Ouvidoria: <http://www.ipea.gov.br/ouvidoria>
URL: <http://www.ipea.gov.br>

Texto para Discussão

Publicação cujo objetivo é divulgar resultados de estudos direta ou indiretamente desenvolvidos pelo Ipea, os quais, por sua relevância, levam informações para profissionais especializados e estabelecem um espaço para sugestões.

© Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada – **ipea** 2013

Texto para discussão / Instituto de Pesquisa Econômica
Aplicada.- Brasília : Rio de Janeiro : Ipea , 1990-

ISSN 1415-4765

1. Brasil. 2. Aspectos Econômicos. 3. Aspectos Sociais.
I. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada.

CDD 330.908

As opiniões emitidas nesta publicação são de exclusiva e inteira responsabilidade do(s) autor(es), não exprimindo, necessariamente, o ponto de vista do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada ou da Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República.

É permitida a reprodução deste texto e dos dados nele contidos, desde que citada a fonte. Reproduções para fins comerciais são proibidas.

SUMÁRIO

SINOPSE

ABSTRACT

1 INTRODUÇÃO	7
2 MÉTODOS	10
3 RESULTADOS.....	15
4 DISCUSSÃO	32
REFERÊNCIAS	45
BIBLIOGRAFIA COMPLEMENTAR.....	49
ANEXO	50

SINOPSE

O acesso a medicamentos no Brasil pode ser estudado por meio de diferentes recortes analíticos. Um desses recortes é o gasto das famílias com medicamentos, cujo peso em relação à renda das famílias brasileiras é amplamente conhecido. Este estudo tem como objetivo descrever os gastos das famílias brasileiras com medicamentos e analisar as desigualdades socioeconômicas expressas nesses gastos. O estudo inova em relação aos pregressos, uma vez que descreve os gastos segundo categorias de medicamentos e apresenta uma análise de desigualdades nos gastos incorporando não apenas o aspecto da renda mas, também, a percepção das condições de vida referidas pelas famílias. Foram utilizados os microdados das Pesquisas de Orçamentos Familiares (POFs) realizadas em 2002-2003 e 2008-2009, pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). O gasto com medicamentos foi o principal componente do gasto com saúde das famílias brasileiras. No período estudado, houve variação positiva de 10% no valor absoluto do gasto com medicamentos. Segundo a POF 2008-2009, o gasto médio foi R\$ 59,02. Cerca de 77% das famílias tiveram registro de gasto com medicamentos durante o período de referência para coleta de dados, cujo gasto médio foi R\$ 76,31. O gasto familiar *per capita* médio com medicamentos foi R\$ 17,91. Entre as famílias pertencentes ao primeiro décimo de renda, esse gasto foi R\$ 4,47, enquanto entre as famílias pertencentes ao último décimo foi R\$ 58,44. As famílias com menor renda comprometiam, proporcionalmente, maior parcela da renda familiar na aquisição de medicamentos do que as famílias com maior renda. Em 2008-2009, as famílias no último décimo de renda gastaram com medicamentos, em termos absolutos, treze vezes o valor gasto pelas famílias pertencentes ao primeiro décimo, apesar das famílias com menor renda gastarem na aquisição desses bens essenciais, em termos absolutos, muito menos do que aquelas com maior renda. Ficou evidente que houve um aumento da proporção de famílias que tiveram gastos com determinadas categorias de medicamentos, principalmente analgésicos, antigripais, medicamentos para colesterol e problemas do coração. Por sua vez, houve redução da proporção de famílias que tiveram gastos com anti-infecciosos e anti-inflamatórios. A alta desigualdade na distribuição de renda, que ainda prevalece na sociedade brasileira, se manifesta da mesma forma na alta desigualdade do gasto das famílias com medicamentos.

Palavras-chave: economia da saúde; política nacional de medicamentos; preparações farmacêuticas; desigualdades em saúde; financiamento pessoal; gastos em saúde; família.

ABSTRACTⁱ

Access to medicines in Brazil can be studied using different analytical approaches. One of these approaches is the household spending on medicines, whose weight over the income of the Brazilian families is widely known. The study aims to describe the spending on medicines of the Brazilian families and to analyse socioeconomic inequalities in these expenditures. The study innovates, in relation to previous studies by describing the expenditures according to categories of medicines and on providing an analysis of the spending inequalities that incorporates, not only the aspect of income, but also the self-perception of living conditions of these families. The microdata used are from the Family Budget Surveys (POF) conducted in 2002-2003 and 2008-2009 by the Brazilian Institute of Geography and Statistics (IBGE). The spending on medicines, one of the main components of the health expenditures of Brazilian families, had a positive change of 10% in its absolute value, during the period studied. According to POF 2008-2009, the average expenditure was R\$ 59.02. About 77% of the families recorded an average spending of R\$ 76.31 on medicines during the reference period for data collection. The average of per capita expenditure on medicines was R\$ 17.91. Families belonging to the bottom income decile had spent R\$ 4.47, while those belonging to the top decile had spent R\$ 58.44. Families with lower incomes undertook proportionately greater fraction of their income on purchasing medicines than those with higher incomes. In 2008-2009, the families in the top decile of income spent on medicines, in absolute terms, thirteen times the amount spent by those belonging to the bottom decile, despite the fact that families with lower income spend much less than those with higher incomes on acquiring these essential goods. The study showed an increase in the proportion of families that had expenditure of certain categories of medicines, especially analgesics, cold medication, and medicines for cholesterol and heart diseases. In turn, there was a reduction in the proportion of families that had expenditures on anti-infective and anti-inflammatory agents. The high inequality in income distribution still prevalent in the Brazilian society has been manifested, in the same way, in the high inequality of household spending on medicines.

Keywords: health economics; national drug policy; pharmaceutical preparations; health inequalities; financing; personal; health expenditures; family.

i. *The versions in English of the abstracts of this series have not been edited by Ipea's editorial department.*
As versões em língua inglesa das sinopses (*abstracts*) desta coleção não são objeto de revisão pelo Editorial do Ipea.

1 INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS), instituído na Constituição Federal de 1988 (CF/1988), tem como diretrizes a universalização do acesso com equidade e a integralidade das ações e serviços de saúde. A Lei nº 8.080, de 1990, que regulamenta o SUS, prevê a execução de ações de assistência terapêutica integral, inclusive farmacêutica (Brasil, 1990). O fornecimento de medicamentos era realizado pelo SUS, em atendimento ao princípio da integralidade. Entretanto, apenas em 1998 foi aprovada a Política Nacional de Medicamentos (PNM), com o propósito de garantir a segurança, eficácia e qualidade dos medicamentos, a promoção do uso racional e o acesso da população àqueles considerados essenciais (Brasil, 1998). Dentre os objetivos da PNM, destacam-se a revisão permanente da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (Rename), a reorientação da assistência farmacêutica, a promoção do uso racional de medicamentos e a organização das atividades de vigilância sanitária de medicamentos (Brasil, 2007).

A Política Nacional de Assistência Farmacêutica (PNAF), implementada, em 2004, por meio de resolução do Ministério da Saúde (MS) (Brasil, 2004), substituiu a PNM e consolidou a assistência farmacêutica no SUS. No âmbito da PNAF, que está atualmente em vigor, a assistência farmacêutica é definida como um conjunto de ações voltadas a promoção, proteção e recuperação da saúde, tanto individual como coletiva, tendo o medicamento como insumo essencial e visando ao acesso e ao seu uso racional.

Uma política pública de assistência farmacêutica mostra-se ainda mais relevante quando se considera que o acesso desigual a bens e serviços de saúde é uma das formas pelas quais se manifesta a desigualdade que marca a sociedade brasileira (Lima-Costa, Barreto e Giatti, 2003; Travassos *et al.*, 2000). Em razão disso, a disponibilidade desses bens e serviços, na qual estão incluídos os medicamentos para a população brasileira, deve ser uma preocupação permanente das políticas públicas voltadas para a saúde.

Dessa forma, os programas de assistência farmacêutica do SUS, apesar das dificuldades do lado da oferta, têm um papel central para garantir o acesso a medicamentos, especialmente para as famílias mais pobres que, muitas vezes, têm nesses programas a única forma de obtenção de medicamentos. Diversos estudos relevaram a associação positiva entre renda e consumo de medicamentos (Arrais *et al.*, 2005; Loyola Filho *et al.*, 2005). Mesmo para a população de maior renda, é o fornecimento

público que garante o acesso a medicamentos de alto custo, especialmente aqueles que são administrados em procedimentos de alta complexidade, como a administração de imunobiológicos e tratamentos oncológicos e transplantes (Porto, Ugá e Moreira, 2011; Bahia, Simmer e Oliveira, 2004).

O acesso a medicamentos no Brasil pode ser estudado por meio de diferentes recortes analíticos, que possibilitam avaliar a importância da assistência farmacêutica do SUS. Um desses recortes é o gasto das famílias com medicamentos. É amplamente reconhecido o peso desses gastos em relação à renda das famílias brasileiras (Andrade e Lisboa, 2006; Menezes *et al.*, 2006; Silveira, Osório e Piola, 2006; Travassos *et al.*, 2000). Entretanto, poucos estudos investigaram a evolução temporal bem como a evolução das desigualdades nesses gastos, conforme estratos de renda das famílias, a exemplo do estudo de Diniz *et al.* (2007).

Os gastos com saúde oneram importante parcela dos orçamentos familiares e governamentais. Na Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF) 2002-2003, do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), verificou-se que, em todas as Unidades da Federação (UFs), os gastos com medicamentos e planos de saúde representam a principal parcela dos gastos com saúde, respondendo por cerca de 60% do total no Brasil e mais de 80% nas regiões Norte e Nordeste (Menezes *et al.*, 2006).

Ademais, o acesso a medicamentos tem efeitos importantes sobre a situação de saúde individual que, por sua vez, está relacionada a sua capacidade produtiva e de geração de renda. Segundo Andrade, Noronha e De Oliveira (2006), as decisões individuais ou políticas públicas que afetam direta ou indiretamente a saúde têm efeitos cruciais sobre o desenvolvimento econômico de um país. Nesse sentido, a oferta de serviços de saúde e a situação de saúde da população aparecem como preocupações crescentes entre os formuladores de políticas públicas. Além disso, o acesso a medicamentos também é um indicador da qualidade e resolutividade do sistema de saúde e um determinante importante do cumprimento do tratamento prescrito (Paniz *et al.*, 2008).

Vale lembrar ainda que, no Brasil, o componente privado tem papel relevante no gasto total com saúde (Silveira, Osório e Piola, 2002). Em 2009, mais da metade das despesas com consumo final de bens e serviços de saúde (53,1%) recaiu sobre as famílias (IBGE, 2012). Dessa forma, é importante analisar os gastos das famílias

com medicamentos e mensurar o impacto desses gastos sobre a renda familiar. Essas informações podem fornecer subsídios importantes para avaliar a eficiência e eficácia dos programas de assistência farmacêutica do SUS, e fornecer evidências para o aperfeiçoamento desses programas, uma vez que o atendimento integral e cobertura universal devem ser buscados como metas. O estudo da evolução e composição do gasto com medicamentos como parte dos orçamentos familiares é uma das dimensões para a avaliação destas metas, ainda que de maneira indireta.

Os primeiros trabalhos sobre gastos com saúde da população brasileira, utilizando dados das POFs, alguns deles citados anteriormente, encontram-se compilados em publicações do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea) (Silveira *et al.*, 2006a, 2006b). Estes estudos apontam que a renda é fator determinante dos gastos familiares com saúde, ou seja, quanto maior a renda, maior o gasto absoluto com saúde. No entanto, são as famílias com menor renda que comprometem, proporcionalmente, a maior parte de sua renda com esses gastos. Entre as famílias de maior renda, a maior parte do gasto com saúde é destinada aos planos de saúde; entre as famílias com menor rendimento, os medicamentos representam a maior parcela desses gastos (Silveira, Osório e Piola, 2006).

Este estudo tem como objetivos descrever os gastos das famílias brasileiras com medicamentos e analisar as desigualdades socioeconômicas nesses gastos, a partir de dados das POFs realizadas em 2002-2003 e 2008-2009.

Além de atualizar os dados já publicados, incorporando aqueles derivados da POF 2008-2009, este trabalho inova em relação aos estudos pregressos, uma vez que descreve os gastos segundo categorias de medicamentos. Além disso, apresenta uma análise de desigualdade nos gastos das famílias brasileiras incorporando não apenas o aspecto da renda, mas também da percepção subjetiva sobre as condições de vida das famílias. As duas POFs empregadas (2002-2003 e 2008-2009) incorporaram um bloco específico de questões sobre esta dimensão. Sob este aspecto, destaca-se o ineditismo deste estudo.

O artigo está estruturado em três seções, além desta introdução. Na seção seguinte, são descritos os métodos empregados. Na terceira seção, são apresentados os resultados. Na seção final, os resultados são discutidos à luz da literatura relevante.

2 MÉTODOS

Foram utilizados microdados das POFs/IBGE, realizadas em 2002-2003 e 2008-2009. As POFs investigam as estruturas de gastos (despesas) e de rendimentos das famílias. Suas características estão descritas em publicações prévias (IBGE, 2010a; Menezes *et al.*, 2006). O número de unidades de consumo investigadas no biênio 2002-2003, quando a POF passou a ter abrangência nacional, foi 48.568. A amostra da POF mais recente, realizada no biênio 2008-2009, incluiu 56.091 unidades.

Os gastos com saúde nas POFs são captados segundo categorias distintas, sendo que uma dessas categorias corresponde aos medicamentos. O gasto com medicamentos é coletado por meio do questionário de despesa individual, para cada membro do domicílio, no período de trinta dias anteriores à entrevista. São registrados os gastos com medicamentos em geral, independentemente de serem ou não de uso regular, de analgésicos a fortificantes, passando por vasodilatadores e anticoncepcionais. Também são registradas as despesas com outros produtos farmacêuticos, como seringas, material para curativos etc. Além disso, as POFs permitem a inclusão de itens de despesas que não estavam originalmente previstos nos questionários. Para as demais categorias dos gastos com saúde, como planos de saúde e gastos com serviços variados de assistência à saúde, a coleta de dados se refere ao período de noventa dias antes da data da entrevista (Silveira, Osório e Piola, 2006).

É importante notar também que, muitas vezes, as despesas registradas para um morador podem se referir a produtos comprados para outro morador, ou mesmo para um não residente. Assim, por exemplo, as despesas com a compra de medicamentos para crianças provavelmente serão registradas na conta de um de seus pais. Por isso, é importante considerar as famílias como unidade de análise. Também não é possível determinar a finalidade, quantidade ou o tipo específico de medicamento que foi adquirido, nem quais os moradores do domicílio (ou se se destinam a não residentes) que deles fazem uso (Silveira, Osório e Piola, 2006). Todavia, é possível agregar os gastos com medicamentos em algumas categorias,¹ considerando o tamanho da amostra e a

1. "O grande grau de detalhe na captação das informações, tanto na PNAD quanto na POF, faz com que algumas categorias de gastos existam em apenas uma pequena parcela dos domicílios da amostra. Assim, o estudo do gasto em uma perspectiva abrangente acaba por exigir uma agregação das categorias que são menos representativas de um ponto de vista estritamente quantitativo" (Silveira, Osório e Piola, 2002, p. 112).

proporção de famílias que registraram gastos com cada categoria de medicamento. As categorias de medicamentos abordadas neste estudo foram para diabetes, hipertensão, colesterol, doenças do coração, anticoncepcional, sistema nervoso, anti-infecciosos, vitaminas, anti-inflamatórios, antigripais, analgésicos e antialérgicos. O número de unidades de consumo que tiveram registro de gasto com cada uma destas categorias de medicamentos, no período de referência das POFs estudadas, está apresentado na tabela A.1.

Para algumas dessas categorias, foi estudada a evolução do gasto das famílias nas duas POFs. Devido a diferenças na codificação dos dados referentes aos gastos com medicamentos, foi necessário compatibilizar as informações para compor categorias comparáveis entre as POFs estudadas. As classificações e os procedimentos para compatibilização empregados estão descritos no quadro 1.

A POF de 1995-1996, do mesmo modo que aquela de 1987-1988, contemplou as nove principais regiões metropolitanas (RMs) – São Paulo, Rio de Janeiro, Belo Horizonte, Salvador, Recife, Fortaleza, Belém, Curitiba e Porto Alegre – do Brasil, além do Distrito Federal e Goiânia. A partir da POF 2002-2003, o desenho da amostra foi alterado, com redução do tamanho da amostra das RMs, mas com aumento do tamanho total da amostra, de modo a permitir a construção e análise de dados para o Brasil e as grandes regiões no que diz respeito à condição urbana ou rural do domicílio. Por essa razão, se não for feito um recorte geográfico, as amostras das duas últimas POFs não são comparáveis com as anteriores. Assim, neste estudo, optou-se por não analisar as POFs anteriores àquela de 2002-2003. A opção por não restringir geograficamente a amostra justifica-se por permitir o aproveitamento total da amostra e possibilitar uma análise mais desagregada por categorias de medicamentos e grupos de renda.

Outra diferença implementada a partir da POF 2002-2003 foi a investigação da despesa e do rendimento não monetário.² Neste estudo, foi considerado apenas o gasto “monetário” com medicamentos, sendo excluídas do cálculo do gasto as formas de obtenção “doação, retirada de negócio, troca e produção própria”.

2. Despesas não monetárias são definidas como tudo que é produzido, pescado, caçado, coletado ou recebido em bens (troca, doação, retirada do negócio, produção própria e salário em bens) utilizados ou consumidos durante o período de referência da pesquisa e que, pelo menos na última transação, não tenha passado pelo mercado (IBGE, 2004).

QUADRO 1

Relação da classificação elaborada pelos autores com as categorias presentes nas POFs 2002-2003 e 2008-2009

Nome atribuído	Classificação do IBGE	
	POF 2002-2003	POF 2008-2009
Diabetes	Diabetes	Diabetes
Hipertensão	Vasodilatador e pressão arterial	Vasodilatador e pressão arterial
Colesterol	Redutor de colesterol e triglicerídeos	Redutor de colesterol e triglicerídeos
Doenças do coração	Insuficiência cardiovascular	Insuficiência cardiovascular Problemas cardíacos e circulatórios
Anticoncepcional	Anticoncepcional	Anticoncepcional
Sistema nervoso	Antidepressivo, calmante natural, para sistema nervoso, antiepiléptico, anticonvulsivo, Alzheimer, para memória, antipsicótico, sonífero, para derrame cerebral, para estresse, antiparkinsoniano, ansiolítico, neurológico, para tontura, calmante, labirintite, epilepsia, hidantal, vertigem	Antidepressivo, calmante natural, para sistema nervoso, antiepiléptico, anticonvulsivo, Alzheimer, para memória, antipsicótico, sonífero, para derrame cerebral, para estresse, antiparkinsoniano, ansiolítico, neurológico, para tontura, calmante, para circulação, para psicose
Vitaminas	Vitaminas e vitamina B12	Vitaminas e vitamina B12 Complexo B, complexo vitamínico e vitamina C
Anti-inflamatórios	Anti-inflamatório e antirreumático, sinusite, labirintite, reumatismo, coluna e corticoide	Anti-inflamatório e antirreumático, sinusite, labirintite, reumatismo, coluna e corticoide
Antigripais	Antigripal e antitussígeno, antigripal e antitussígeno, antigripal e analgésico, antigripal e antitérmico, antigripal homeopático, expectorante (xarope) e mel medicinal	Antigripal e antitussígeno, antigripal, antitussígeno, antigripal e analgésico, antigripal e antitérmico, antigripal homeopático, expectorante (xarope) e mel medicinal
Analgésicos	Analgésico e antitérmico, antitérmico, para enxaqueca, analgésico, analgésico e anti-inflamatório, gelol, para contusão, xilocaína e anestésico	Analgésico e antitérmico, antitérmico, para enxaqueca, analgésico, analgésico e anti-inflamatório
Antialérgicos	Antialérgico, antialérgico homeopático, creme antialérgico, descongestionante nasal, descongestionante nasal homeopático, anticongestionante, e pastilha para garganta	Antialérgico, antialérgico homeopático, creme antialérgico, sabonete antialérgico
Anti-infecciosos	Anti-infeccioso, antibiótico, creme vaginal, remédio ginecológico e pomada vaginal, infecções da boca e garganta	Anti-infeccioso, antibiótico, creme vaginal, remédio ginecológico e pomada vaginal, infecção, antibacteriano, anti-infeccioso e anti-inflamatório, antivirótico e para herpes

Fonte: IBGE/POFs 2002-2003 e 2008-2009.

Elaboração dos autores.

Para a comparação dos valores absolutos do gasto com medicamentos nas duas POFs estudadas, estes foram corrigidos segundo o Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA), do IBGE, obtido a partir do Ipeadata,³ tendo como base o mês de janeiro de 2009, e considerando as datas de referência das POFs estudadas. As pesquisas foram realizadas no período de um ano, a primeira delas entre julho de 2002 e junho de 2003 e a última entre julho de 2008 e junho de 2009, com datas de referência em 15 de janeiro de 2003 e 15 de janeiro de 2009. Optou-se pelo IPCA, em vez do IPCA-saúde e cuidados pessoais, por ser um índice de referência para famílias residentes

3. Disponível em: <<http://www.ipeadata.gov.br/Default.aspx>>.

em áreas urbanas, dentro do Sistema Nacional de Índices de Preços ao Consumidor (SNIPC), cuja atualização ocorre mediante a POF, e devido ao fato de, neste estudo, terem sido deflacionados tanto a renda quanto os gastos com medicamentos. O IPCA representa de maneira mais adequada à variação na renda do que o IPCA-saúde e cuidados pessoais, por contemplar as variações nos preços de outros bens e serviços.

Para as análises das desigualdades socioeconômicas no gasto total com medicamentos, quanto à renda, as famílias foram divididas em décimos de renda monetária⁴ familiar mensal *per capita*. Outra maneira de estudar as desigualdades socioeconômicas nos gastos das famílias brasileiras é a investigação segundo as condições de vida. A partir da POF 2002-2003, foi incluído, ao final da entrevista realizada na unidade de consumo, um conjunto de quesitos relativos à qualidade de vida das famílias. Questões de caráter subjetivo foram respondidas pela pessoa escolhida pela família para preencher o formulário. Dentre os aspectos abordados, foram selecionados os descritos a seguir.

1) Quantidade de alimento consumido, indicada a partir de três gradações: “normalmente não é suficiente”, “às vezes não é suficiente” e “é sempre suficiente”.

2) Condições de moradia, que indica se as condições de moradia da família são “boas”, “satisfatórias” ou “ruins”.

3) Atraso de aluguel ou prestação da residência, que indica a existência de atraso ou não no pagamento de despesas com aluguel ou prestação do domicílio em que reside a família, nos últimos doze meses em relação ao período da pesquisa.

4) Atraso de despesas com água, eletricidade e gás, que informa a existência ou não de atraso no pagamento de despesas com água, eletricidade e gás do domicílio em que reside a família nos últimos doze meses em relação ao período da pesquisa.

5) Atraso de prestações de bens ou serviços, que indica a existência ou não de atraso no pagamento de prestações de bens ou serviços adquiridos pela família nos últimos doze meses em relação ao período da pesquisa.

4. A renda monetária é “todo e qualquer tipo de ganho monetário, exceto a variação patrimonial, recebido durante o período de referência de 12 meses anteriores à data de realização da coleta das informações” (IBGE, 2010b).

Estas informações ampliam abordagens de estudos sobre condições de vida e, em especial, pobreza e desigualdade que, associadas às demais informações da POF, oferecem um conjunto de indicadores que enriquecem as possibilidades analíticas da pesquisa (IBGE, 2010a). As variáveis relacionadas foram selecionadas por apresentarem maior poder discriminatório na caracterização das famílias quanto às suas condições de vida. Outras variáveis, como a qualidade do alimento consumido e a capacidade de chegar ao final do mês com a renda da família, foram testadas, porém se constatou baixo poder discriminatório para avaliação das desigualdades nos gastos com medicamentos.

Também foi investigada a participação percentual de grupos de renda no total do gasto com itens selecionados. Os grupos de renda para os quais essa participação foi calculada foram: primeiro e segundo décimos (20% mais pobres), primeiro a quinto décimos (50% mais pobres), oitavo e nono décimos (20% abaixo dos 10% mais ricos) e último décimo (10% mais ricos). A participação percentual foi calculada como a proporção dos gastos de cada grupo de renda, em relação ao somatório total do gasto de todas as famílias da amostra, para as seguintes categorias de gasto: saúde, medicamentos, medicamentos para diabetes, hipertensão, doenças do coração, colesterol, sistema nervoso, anticoncepcionais, anti-infecciosos, analgésicos, anti-inflamatórios, antigripais, antialérgicos e vitaminas.

Por último, construiu-se a curva de Lorenz para investigar a desigualdade nos gastos com medicamentos entre as famílias, nos períodos 2002-2003 e 2008-2009. A curva de Lorenz é uma curva de frequência acumulada que compara os gastos *per capita* com medicamentos com uma distribuição uniforme que representa a igualdade (Schneider *et al.*, 2002). Quanto maior é a distância entre a curva de Lorenz e a linha diagonal da igualdade, maior é a desigualdade. No caso deste estudo, uma situação de desigualdade significaria que as famílias com maior renda absorveriam a maior parcela dos gastos, desonerando as famílias de menor renda. O índice de Gini da desigualdade nos gastos com medicamentos foi calculado como a área entre a curva de Lorenz e a reta da igualdade (Silveira Neto e Menezes, 2010). Tanto para a construção da curva de Lorenz como para o cálculo do índice de Gini, foram consideradas todas as famílias, tanto aquelas que tiveram como aquelas que não tiveram gastos com medicamentos.

O processamento computacional dos dados foi realizado por meio do *software* SAS versão 9.2, levando-se em conta a variável fator de expansão disponibilizada pelo IBGE.

3 RESULTADOS

A tabela 1 mostra o tamanho médio das famílias, a renda média mensal familiar monetária, os gastos médios mensais com saúde e medicamentos, além do gasto médio mensal com medicamentos das famílias que tiveram registro de gasto com esses produtos no período de trinta dias de referência da pesquisa, nas duas POFs estudadas, segundo décimos de renda mensal familiar *per capita* e para o total das famílias.

Ressalta-se que os valores dos rendimentos e gastos apresentados na tabela 1 são comparáveis apenas entre os diferentes décimos de renda para um mesmo período. Para a comparação dos valores absolutos dos gastos entre as POFs estudadas, é necessário comparar os valores corrigidos, conforme constam nos gráficos 1 e 3.

O tamanho médio das famílias estudadas nas POFs consideradas apresentou redução de 3,6, em 2002-2003, para 3,3, em 2008-2009. A redução do tamanho médio foi mais expressiva entre as famílias pertencentes aos décimos de maior renda. A razão entre o tamanho médio das famílias pertencentes ao primeiro e ao último décimos de renda foi, respectivamente, 2,1 e 2,0, nas POFs 2002-2003 e 2008-2009. Essa observação reforça a opção metodológica do cálculo dos gastos médios mensais familiares *per capita* para a avaliação da evolução temporal dos gastos das famílias com medicamentos.

Num país com desigualdades sociais marcantes, como o Brasil, é esperado que existam diferenças entre os gastos com saúde das famílias com maior e com menor renda. A POF 2008-2009 permite verificar que o gasto médio com saúde das famílias foi quinze vezes maior entre aquelas pertencentes ao último décimo de renda em comparação com aquelas pertencentes ao primeiro, enquanto essa diferença era quase dezoito vezes, segundo a POF 2002-2003. Para o gasto com medicamentos, correspondeu a 6,4 e 6,5 vezes, segundo as POFs 2002-2003 e 2008-2009, respectivamente. Assim, apesar da ainda grande desigualdade existente no gasto com medicamentos entre os décimos extremos de renda, essa diferença é menor em comparação com aquela referente aos gastos com saúde. A principal explicação para esse fato é que os gastos com saúde incorporam os gastos com planos de saúde, tema não explorado neste estudo. Contudo, é importante destacar que, entre as famílias de menor renda, os gastos com medicamentos correspondem proporcionalmente à maior parte do gasto com saúde, enquanto entre as famílias de maior renda, os gastos com planos de saúde se sobressaem. As POFs 2002-2003 e 2008-2009, respectivamente, revelaram que o gasto com medicamentos das famílias pertencentes ao primeiro décimo de renda equivaleu a 73% e 66% do gasto com saúde, enquanto entre as famílias pertencentes ao último décimo de renda, essa proporção representou 26% e 29% deste gasto.

TABELA 1

Características de tamanho (número de pessoas), renda média mensal monetária e gastos médios mensais com saúde e com medicamentos das famílias pesquisadas, segundo décimos de renda familiar mensal *per capita* e total das famílias
(Em R\$ correntes)

Décimo	Tamanho médio das famílias		Renda média mensal familiar monetária		Gasto médio com saúde		Gasto médio com medicamentos		Gasto médio das famílias que tiveram gasto monetário com medicamentos	
	2002-2003	2008-2009	2002-2003	2008-2009	2002-2003	2008-2009	2002-2003	2008-2009	2002-2003	2008-2009
1	5,3	4,8	190,54	365,99	19,35	32,37	14,07	21,33	22,51	33,05
2	4,6	4,2	365,83	669,04	26,01	44,66	19,25	28,16	27,28	39,57
3	4,1	3,7	500,55	869,15	34,98	52,25	22,83	36,88	31,82	48,94
4	3,7	3,6	622,63	1.133,26	47,01	69,15	28,02	43,60	37,14	56,59
5	3,5	3,1	770,47	1.274,98	51,82	82,50	31,62	47,07	41,22	60,57
6	3,3	3,0	959,53	1.561,21	64,52	89,17	34,29	53,07	46,01	68,64
7	3,1	2,9	1.213,30	1.958,44	88,19	128,31	39,98	62,38	51,72	79,08
8	3,1	2,7	1.691,79	2.490,99	113,53	165,32	49,41	72,59	61,29	87,22
9	3,0	2,7	2.677,63	3.688,51	164,39	227,11	56,68	86,48	70,12	108,33
10	2,6	2,4	6.533,32	8.873,06	342,88	485,91	89,80	138,60	109,91	160,28
Total	3,6	3,3	1.552,87	2.288,77	95,14	137,68	38,60	59,02	51,33	76,31

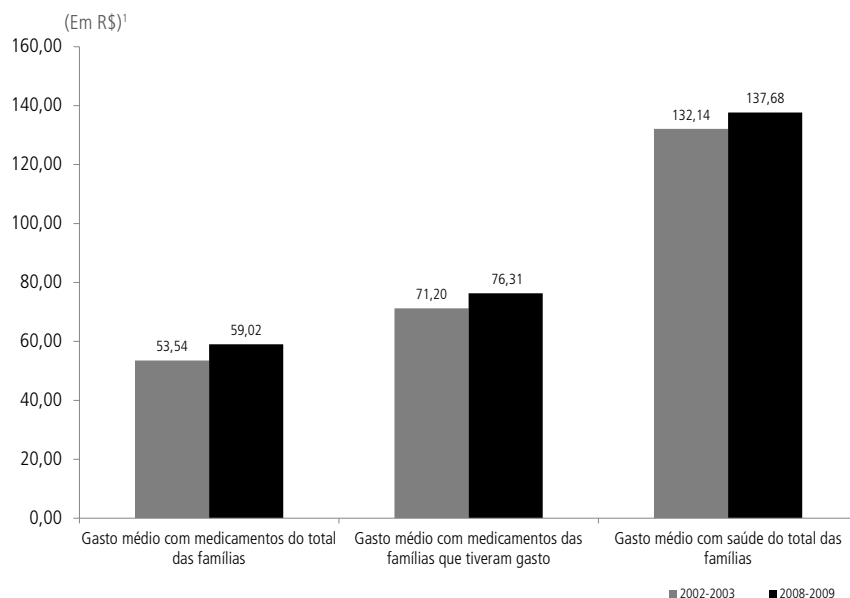
Fonte: IBGE/POFs 2002-2003 e 2008-2009, microdados.

Elaboração dos autores.

O gráfico 1 ilustra a evolução do gasto médio das famílias com saúde e com medicamentos, nas duas POFs estudadas. Ressalta-se que os valores estão corrigidos monetariamente, permitindo comparação temporal.

GRÁFICO 1

Gasto médio das famílias com saúde e com medicamentos



Fonte: IBGE/POFs 2002-2003 e 2008-2009, microdados.

Elaboração dos autores.

Nota: ¹Valores corrigidos pelo IPCA/IBGE, tendo como base o mês de janeiro de 2009.

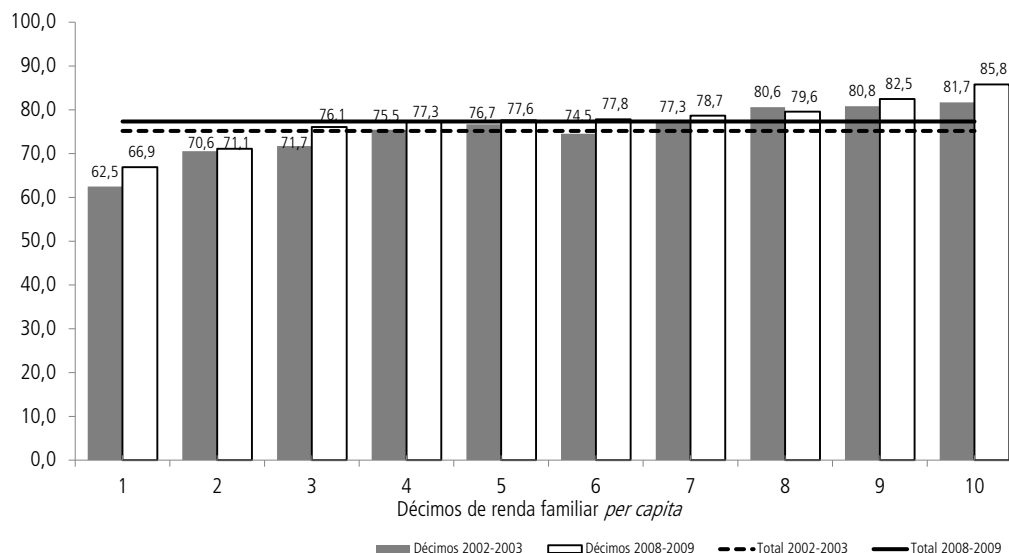
Considerando-se os valores corrigidos pelo IPCA, tendo como base o mês de janeiro de 2009, houve um pequeno aumento dos gastos médios mensais das famílias brasileiras com medicamentos no período 2002-2009. De acordo com a POF 2002-2003, os gastos médios com medicamentos equivaleram a R\$ 53,54 e, segundo a POF 2008-2009, corresponderam a R\$ 59,02. Comparando-se os valores registrados nas POFs 2002-2003 e 2008-2009, o gasto com saúde teve variação positiva de 4%, enquanto para o gasto com medicamentos essa variação foi maior, equivalente a 10%.

Em conjunto com o valor médio do gasto, é importante verificar o percentual de famílias que tiveram gasto com medicamentos no período de referência, uma vez que, quando se considera o gasto com medicamentos apenas entre as famílias que registraram gasto com esses produtos, o valor é maior, equivalente a R\$ 71,20 na POF 2002-2003 e R\$ 76,31 na POF 2008-2009. Esse percentual, para o total das famílias e segundo décimos de renda familiar mensal *per capita*, pode ser observado no gráfico 2.

GRÁFICO 2

Percentual das famílias que tiveram gasto monetário com medicamentos,¹ segundo décimos de renda familiar mensal *per capita* e total das famílias

(Em %)



Fonte: IBGE/POFs 2002-2003 e 2008-2009, microdados.

Elaboração dos autores.

Nota: ¹ Durante o período de referência para coleta de dados da respectiva POF, correspondente a 30 dias anteriores à entrevista, para os gastos com medicamentos.

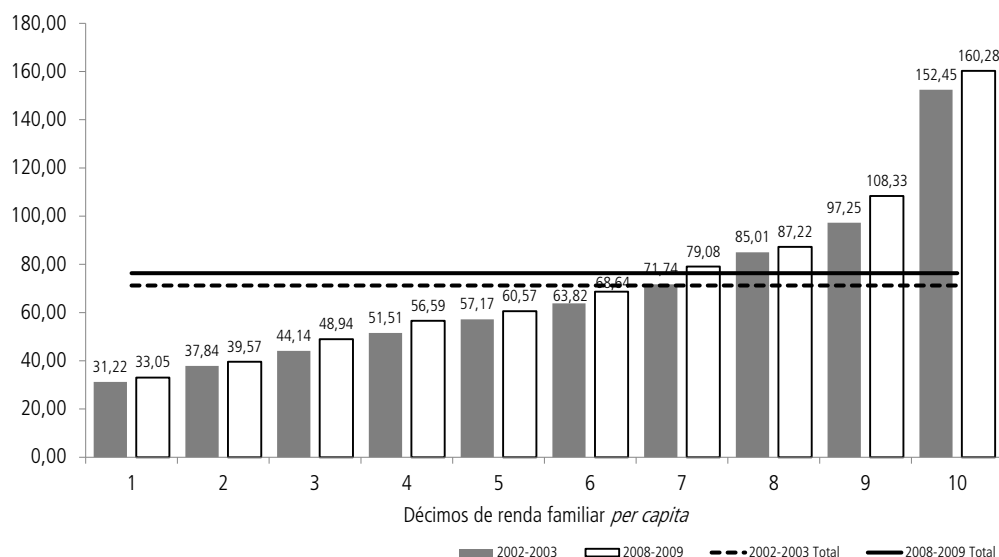
No período 2002-2009, a proporção de famílias que tiveram registro de gasto monetário com medicamentos permaneceu relativamente estável. Para a população total, o percentual teve aumento discreto, de 75,2% (POF 2002-2003) para 77,3% (POF 2008-2009). Ainda, conforme esperado, nas POFs estudadas, menos famílias de menor renda tiveram registro de gasto monetário com medicamentos, em comparação com aquelas de renda mais elevada. De acordo com a POF 2008-2009, 66,9% das famílias pertencentes ao primeiro décimo de renda tiveram registro de gasto com medicamentos, enquanto entre as famílias pertencentes ao último décimo, essa proporção correspondeu a 85,8%.

O gráfico 3 ilustra o gasto médio das famílias com medicamentos, segundo décimos de renda familiar mensal *per capita*, considerando apenas as famílias que tiveram registro de gasto monetário com medicamentos. Os valores dos gastos apresentados no gráfico 3 estão corrigidos, permitindo, assim, a comparação dos valores absolutos, nas duas POFs estudadas.

GRÁFICO 3

Gasto médio mensal das famílias com medicamentos, segundo décimos de renda familiar mensal *per capita* e total das famílias

(Em R\$)¹



Fonte: IBGE/POFs 2002-2003 e 2008-2009, microdados.

Elaboração dos autores.

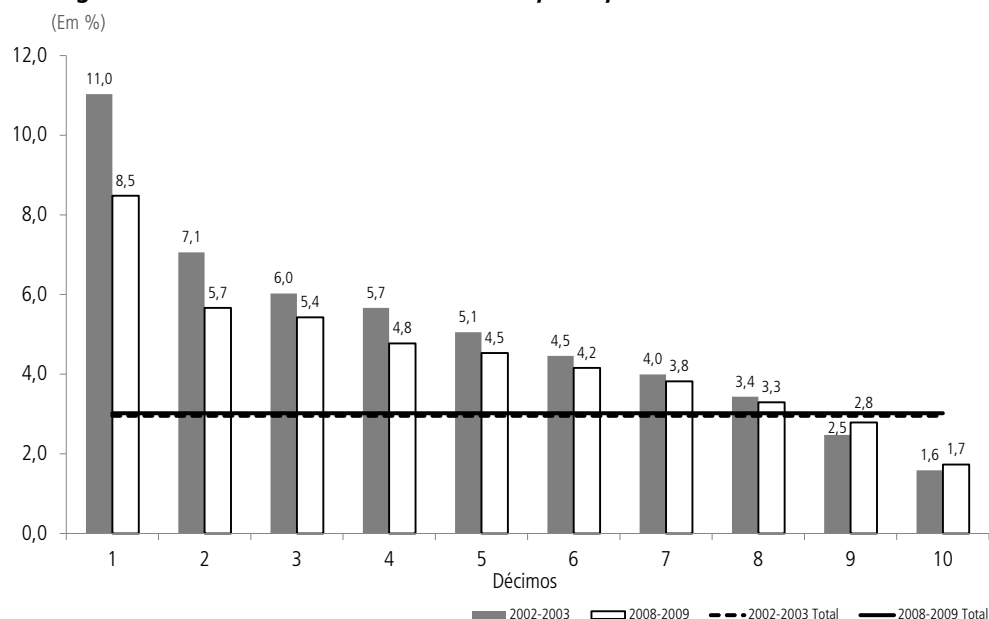
Nota: ¹Valores corrigidos pelo IPCA/IBGE, tendo como base o mês de janeiro de 2009.

O gráfico 3 indica que o gasto absoluto das famílias com medicamentos se eleva à medida que aumenta a renda familiar. Tomando em conta os valores corrigidos, o gasto médio com medicamentos das famílias pertencentes ao primeiro décimo de renda, que tiveram registro de gasto com medicamentos, foi de R\$ 31,22 e de R\$ 33,05 nas POFs 2002-2003 e 2008-2009, respectivamente, o que equivale a uma variação positiva de 5,9%. Por sua vez, para as famílias pertencentes ao último décimo, o gasto com medicamentos foi de R\$ 152,45 e de R\$ 160,28, respectivamente, nas mesmas POFs, com variação positiva de 5,1%.

O gráfico 4 apresenta a evolução do percentual do gasto com medicamentos em relação à renda monetária, considerando exclusivamente as famílias que registraram gasto monetário com medicamentos.

GRÁFICO 4

Percentual da renda familiar mensal monetária comprometida com o gasto com medicamentos, entre as famílias que registraram gasto monetário com medicamentos, segundo décimos de renda familiar mensal *per capita* e total das famílias



Ao contrário do gasto absoluto, que se eleva à medida que aumenta a renda das famílias, o percentual da renda familiar monetária comprometido com medicamentos é maior entre as famílias de menor renda e se reduz à medida que a renda das famílias aumenta. O percentual do gasto com medicamentos em relação à renda monetária, para o total das famílias brasileiras, ficou estável, em 3,0%, nas POFs 2002-2003 e 2008-2009. Para as famílias pertencentes aos primeiros décimos de renda, esse percentual apresentou redução, no período analisado. Para as famílias no primeiro décimo, o percentual do gasto com medicamentos em relação à renda familiar monetária reduziu-se de 11,0% na POF 2002-2003 para 8,5% na POF 2008-2009. Para as famílias do último décimo, esse percentual apresentou estabilidade, em torno de 1,6% a 1,7%. A POF 2002-2003 revelou que as famílias no primeiro décimo comprometiam 7,0 vezes a sua renda monetária na compra de medicamentos em relação às famílias no último décimo, enquanto a POF 2008-2009 mostrou que essa razão decresceu para 4,9 vezes.

A tabela 2 mostra a renda familiar monetária média mensal *per capita* e o gasto médio mensal *per capita* das famílias com saúde e com medicamentos, nas duas POFs

estudadas, para o total das famílias e segundo décimos de renda familiar mensal *per capita*. Ao se analisar a renda e o gasto *per capita*, nos diferentes grupos de renda, foi incorporado o peso do tamanho da família. Ressalta-se, novamente, que os valores das rendas e dos gastos estão apresentados na moeda corrente e, portanto, são comparáveis apenas entre os diferentes décimos de renda para um mesmo período.

TABELA 2

Renda familiar monetária média mensal *per capita* e gasto médio mensal *per capita* das famílias com saúde e com medicamentos, segundo décimos de renda familiar mensal *per capita* e total das famílias

(Em R\$ correntes)

Décimo	Renda média mensal familiar monetária <i>per capita</i>		Gasto médio <i>per capita</i> com saúde		Gasto médio <i>per capita</i> com medicamentos		Gasto médio <i>per capita</i> das famílias que tiveram gasto monetário com medicamentos	
	2002-2003	2008-2009	2002-2003	2008-2009	2002-2003	2008-2009	2002-2003	2008-2009
1	36,04	76,63	3,66	6,78	2,66	4,47	4,16	6,74
2	80,04	160,30	5,69	10,70	4,21	6,75	5,72	9,16
3	122,63	233,12	8,57	14,01	5,59	9,89	7,50	12,72
4	167,33	317,67	12,63	19,38	7,53	12,22	9,54	15,31
5	221,88	414,78	14,92	26,84	9,11	15,31	11,35	18,90
6	291,46	524,70	19,60	29,97	10,42	17,84	13,11	21,93
7	386,18	677,48	28,07	44,39	12,73	21,58	15,60	26,03
8	548,70	915,89	36,82	60,79	16,02	26,69	18,94	30,41
9	891,27	1.378,54	54,72	84,88	18,87	32,32	22,16	38,61
10	2.533,83	3.741,03	132,98	204,87	34,83	58,44	40,48	65,18
Total	428,60	694,57	26,30	41,78	10,65	17,91	13,75	22,56

Fonte: IBGE/POFs 2002-2003 e 2008-2009, microdados.

Elaboração dos autores.

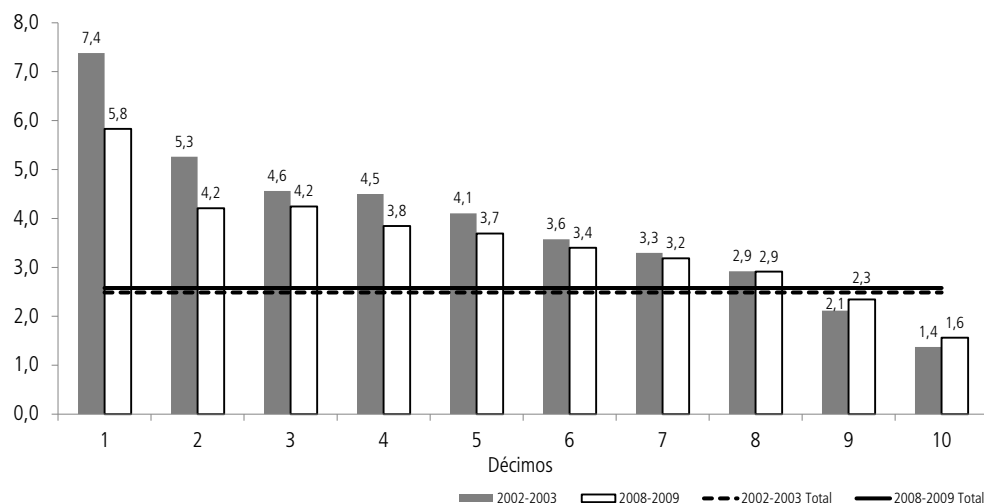
Em conformidade com os dados apresentados na tabela 1, ficam evidentes as diferenças entre os gastos com saúde e medicamentos das famílias com maior e menor renda. A POF 2008-2009 permite verificar que o gasto médio *per capita* com saúde foi quase trinta vezes maior nas famílias pertencentes ao último décimo, em comparação com aquelas pertencentes ao primeiro décimo. A razão alcançou treze vezes para o gasto com medicamentos. Essas diferenças são maiores do que aquelas observadas a partir dos dados apresentados na tabela 1, uma vez que a tabela 2 mostra valores *per capita*, incorporando, assim, o peso do tamanho das famílias. Enquanto as famílias de maior renda têm maior gasto e menos pessoas, as famílias de menor renda têm gasto menor e mais pessoas. Dessa forma, quando se comparam grupos extremos de renda, as diferenças para os gastos *per capita* são maiores, em comparação com os gastos familiares totais.

O gráfico 5 ilustra a evolução do percentual do gasto *per capita* médio das famílias brasileiras que foi comprometido com o gasto com medicamentos, considerando-se o total das famílias, aquelas que tiveram gastos e aquelas que não tiveram gastos com medicamentos, nas duas POFs estudadas.

GRÁFICO 5

Percentual da renda familiar monetária mensal *per capita* comprometida com o gasto monetário com medicamentos, segundo décimos de renda familiar mensal *per capita* e total das famílias

(Em %)



Fonte: IBGE/POFs 2002-2003 e 2008-2009, microdados.

Elaboração dos autores.

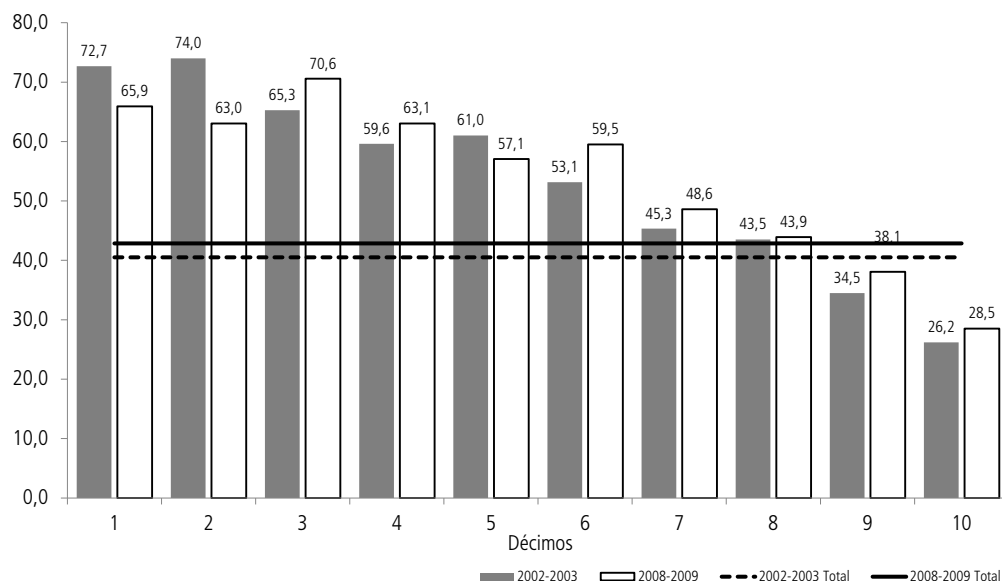
Para o total das famílias brasileiras, o percentual da renda comprometido com o gasto com medicamentos foi, respectivamente, 2,5% e 2,6%, nas POFs 2002-2003 e 2008-2009. Ou seja, para o total das famílias, houve pouca variação desse percentual, no período estudado. Contudo, quando se observa o mesmo percentual, segundo os grupos de renda, é possível identificar variações. No primeiro décimo de renda, o percentual correspondeu a 7,4% e 5,8% e no último décimo, equivaliu a 1,4% e 1,6%, nas POFs acima mencionadas, respectivamente. Assim, verifica-se que enquanto as famílias de menor renda passaram a comprometer menor parte de sua renda com medicamentos, entre as famílias de maior renda, houve discreto aumento nesse comprometimento.

Por outro lado, conforme é possível observar no gráfico 6, para o total das famílias, houve elevação da proporção do gasto com medicamentos em relação ao gasto com saúde, no período estudado.

GRÁFICO 6

Percentual do gasto com medicamentos em relação ao gasto com saúde, segundo décimos de renda familiar mensal *per capita* e total das famílias

(Em %)



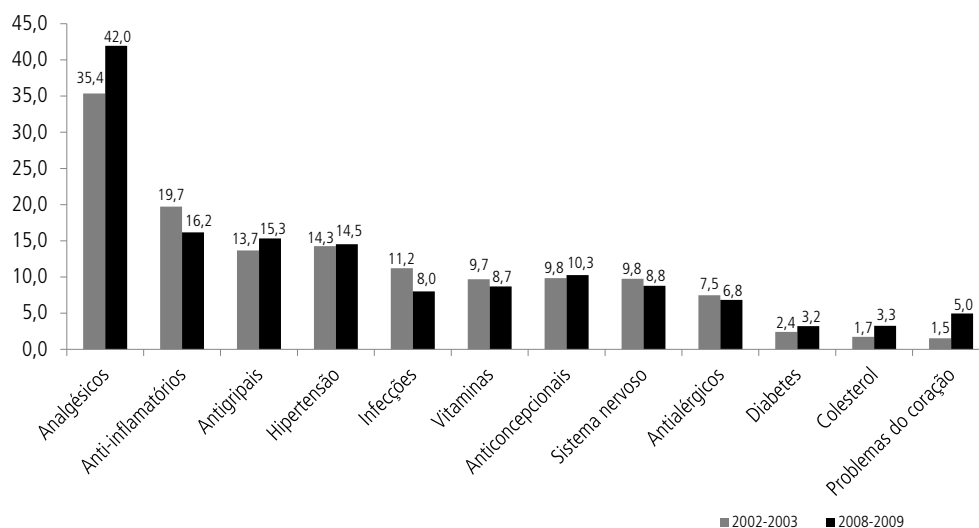
Para o total das famílias, o percentual do gasto com medicamentos em relação ao gasto com saúde apresentou discreta elevação. Essa proporção foi, respectivamente, 40,5% e 42,9%, nas POFs 2002-2003 e 2008-2009. No período estudado, entre as famílias pertencentes ao primeiro décimo, essa proporção reduziu-se de 72,7%, em 2002-2003, para 65,9%, em 2008-2009. Por sua vez, entre as famílias pertencentes ao último décimo de renda mensal familiar *per capita*, a proporção elevou-se de 26,8% para 28,5%.

Para compreender melhor as características do gasto das famílias com medicamentos, é interessante conhecer a proporção das famílias que tiveram gasto com medicamentos, segundo categoria de medicamento, conforme se pode observar no gráfico 7.

GRÁFICO 7

Percentual das famílias que tiveram gasto com medicamentos,¹ segundo categorias de medicamentos

(Em %)



Fonte: IBGE/POFs 2002-2003 e 2008-2009, microdados.

Elaboração dos autores.

Nota: ¹ Durante o período de referência para coleta de dados da respectiva POF, correspondente a 30 dias anteriores à entrevista, para os gastos com medicamentos.

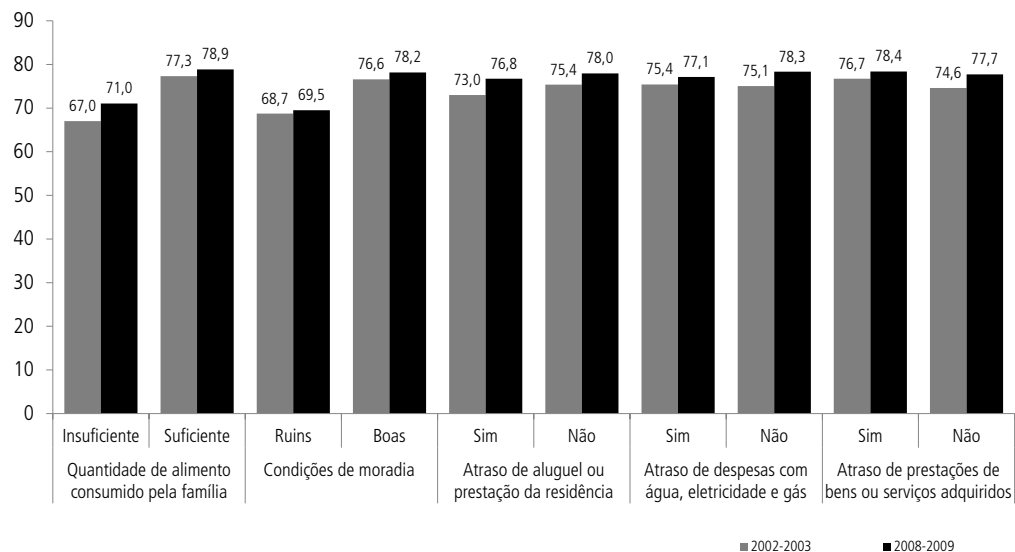
No período 2002-2009, houve aumento das proporções de famílias que tiveram gastos com analgésicos, antigripais, medicamentos para colesterol e problemas do coração. A proporção de famílias que tiveram gastos com analgésicos foi 35,4%, segundo a POF 2002-2003, enquanto a POF 2008-2009 revelou que quase a metade das famílias brasileiras (42,0%) teve gastos com essa categoria de medicamento, durante o período de referência para o estudo. As proporções de famílias que tiveram gastos com medicamentos para hipertensão, vitaminas, anticoncepcionais, antialérgicos e medicamentos para diabetes e sistema nervoso permaneceram relativamente estáveis. Houve redução das proporções de famílias que tiveram gastos com medicamentos para infecções e anti-inflamatórios.

Outra maneira de estudar as desigualdades nos gastos com medicamentos das famílias brasileiras é verificar a importância desses gastos, conforme suas condições de vida. O percentual de famílias que tiveram gasto com medicamentos, nas POFs 2002-2003 e 2008-2009, segundo a percepção das famílias sobre alguns aspectos das suas condições de vida, pode ser observado no gráfico 8.

GRÁFICO 8

Percentual das famílias que tiveram gasto monetário com medicamentos,¹ segundo suas percepções sobre condições de vida

(Em %)



Fonte: IBGE/POFs 2002-2003 e 2008-2009, microdados.

Elaboração dos autores.

Nota: ¹ Durante o período de referência para coleta de dados da respectiva POF, correspondente a 30 dias anteriores à entrevista, para os gastos com medicamentos.

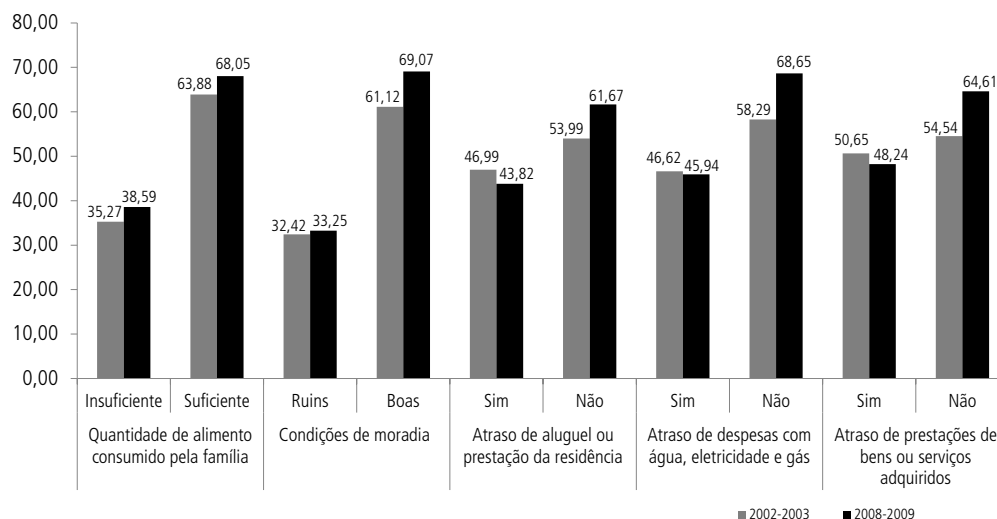
Em geral, o percentual de famílias que tiveram gasto com medicamentos foi semelhante entre aquelas que declararam ter condições de vida difíceis, segundo as variáveis estudadas, do que entre as demais. A suficiência na quantidade de alimento consumido pela família foi a variável que possibilitou maior discriminação do percentual de famílias que tiveram gastos com medicamentos, segundo a percepção das condições de vida (boas ou difíceis). Na POF 2008-2009, o percentual de famílias que tiveram gasto com medicamentos, entre as famílias que declararam não ter alimento em quantidade suficiente, foi 71%, enquanto esse percentual foi 79% entre as famílias que percebiam como sendo suficiente a quantidade de alimento. No mesmo período, 70% das famílias que declararam ter condições de vida ruins e 78% daquelas que referiram ter condições de vida boas, tiveram gastos com medicamentos. Para as categorias das variáveis relacionadas ao atraso de pagamentos, não houve diferença quanto ao percentual de famílias que tiveram gasto com medicamentos. Ou seja, mesmo quando atrasavam pagamentos importantes, como os relacionados a moradia, água e eletricidade, as famílias não deixavam de comprar medicamentos.

Complementarmente, no gráfico 9, é possível visualizar o gasto com medicamentos, em reais de janeiro de 2009, das famílias que tiveram gasto com esses produtos, segundo as condições de vida.

GRÁFICO 9

Gasto com medicamentos das famílias que tiveram gasto com esses produtos,¹ segundo as condições de vida

(Em R\$)²



Fonte: IBGE/POFs 2002-2003 e 2008-2009, microdados.

Elaboração dos autores.

Nota: ¹ Durante o período de referência para coleta de dados da respectiva POF, correspondente a 30 dias anteriores à entrevista, para os gastos com medicamentos.

² Valores corrigidos pelo IPCA/IBGE, tendo como base o mês de janeiro de 2009.

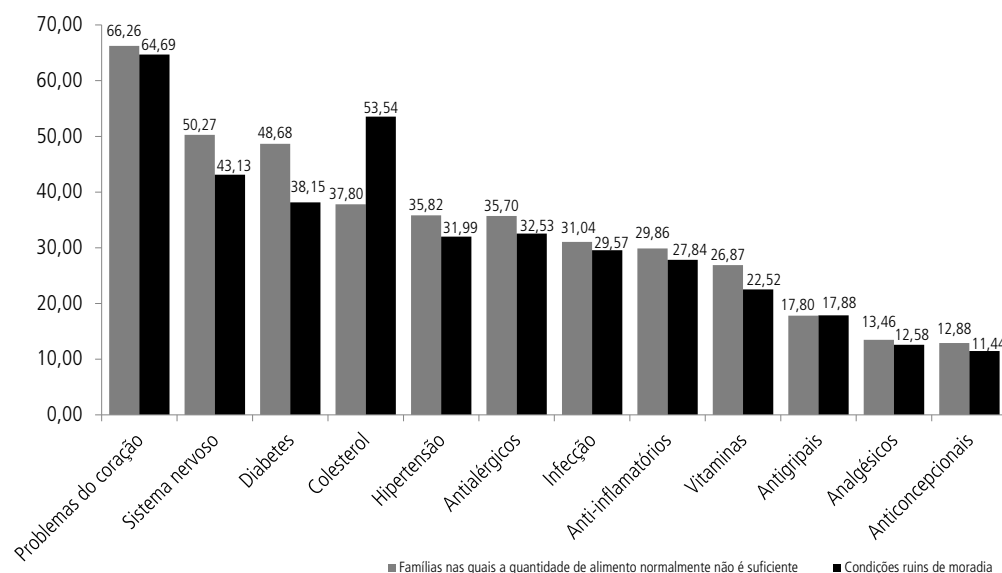
Considerando as famílias que tiveram gasto com medicamentos, este sempre foi maior entre as famílias com percepções mais positivas sobre suas condições de vida, segundo todas as variáveis relacionadas às condições de vida que foram estudadas. Por exemplo, segundo a POF 2008-2009, famílias que relataram que a quantidade de alimento consumido não era suficiente para atender suas necessidades tiveram gasto mensal equivalente a R\$ 38,59, dispêndio médio próximo daquelas famílias em condições ruins de moradia R\$ 33,25. No período 2002-2009, houve redução entre as médias de gastos com medicamentos das famílias com atraso no aluguel e prestações de bens, de R\$ 46,99 para R\$ 43,82, e de R\$ 50,65 para R\$ 48,24, respectivamente. No entanto, devido à pequena variação nas médias entre os anos é possível observar que esse gasto foi relativamente estável, no período analisado, tanto entre as famílias com condições de vida difíceis quanto entre as demais.

Entre as famílias com condições de vida difíceis, é interessante estudar quais categorias de medicamentos estão associadas a maiores valores de gasto na POF 2008-2009, conforme é possível observar no gráfico 10.

GRÁFICO 10

Gasto médio mensal com categorias de medicamentos das famílias com condições de vida difíceis, que tiveram registro de gasto com medicamentos na POF 2008-2009

(Em R\$ correntes)



Fonte: IBGE/POF e 2008-2009, microdados.

Elaboração dos autores.

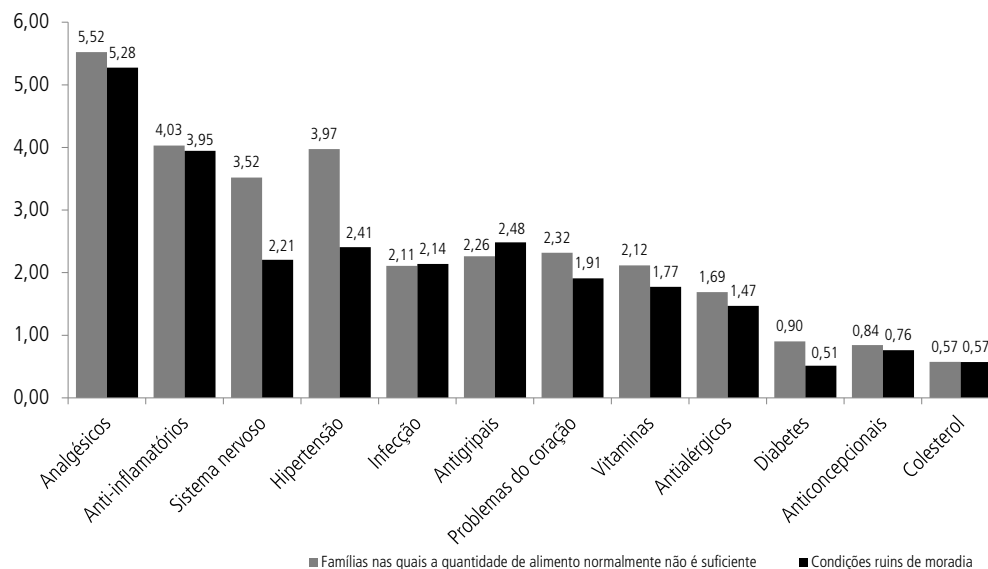
Segundo a POF 2008-2009, entre as famílias nas quais a quantidade de alimento não era suficiente, os maiores gastos médios foram com medicamentos para problemas do coração (R\$ 66,26), sistema nervoso (R\$ 50,27), diabetes (R\$ 48,68) e colesterol (R\$ 37,80). O gasto médio das famílias que percebiam sua condição de moradia como ruim foi maior com medicamentos para problemas do coração (R\$ 64,69), sistema nervoso (R\$ 43,13), diabetes (R\$ 38,15) e colesterol (R\$ 53,54).

No gráfico 11, é possível observar o gasto médio mensal das famílias com condições de vida difíceis, com as mesmas categorias de medicamentos, considerando o gasto médio de todas as famílias, incluindo aquelas que não tiveram gasto, ou seja, cujo gasto com essas categorias de medicamentos equivaleu a zero.

GRÁFICO 11

Gasto médio mensal com categorias de medicamentos das famílias com condições de vida difíceis na POF 2008-2009

(Em R\$ correntes)



Fonte: IBGE/POF 2008-2009, microdados.

Elaboração dos autores.

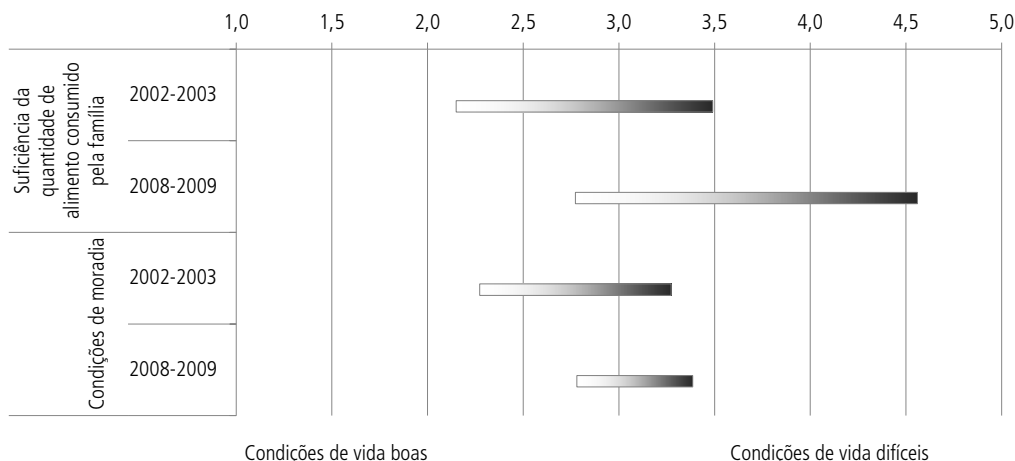
Quando se analisa o gasto médio, considerando também as famílias que tiveram gasto igual a zero, observa-se alteração da ordem de magnitude do gasto das famílias com condições de vida difíceis, segundo categorias de medicamento. Sob essa perspectiva, os analgésicos foram a categoria de medicamento que representou maior gasto médio para as famílias com condições de vida difíceis. Apesar de esses medicamentos representarem um valor menor de gasto para as famílias que gastaram, uma proporção maior de famílias teve gasto com esse tipo de medicamento. Assim, quando se analisa o gasto médio do total das famílias, a despesa com analgésicos se torna a mais relevante. Por sua vez, os medicamentos para colesterol e problemas do coração apesar de representarem um valor de gasto maior, uma menor proporção de famílias teve gasto com esses tipos de medicamentos. Portanto, o gasto com esses medicamentos se torna menos relevante, ao se analisar o gasto médio do total das famílias com condições de vida difíceis.

O peso do gasto com medicamentos na renda monetária das famílias, segundo suas condições de vida, está ilustrado no gráfico 12.

GRÁFICO 12

Percentual do gasto *per capita* com medicamentos na renda monetária *per capita* das famílias, segundo as condições de vida

(Em % do gasto com medicamentos na renda monetária)



Fonte: IBGE/POFs 2002-2003 e 2008-2009, microdados.
Elaboração dos autores.

No gráfico 12, o limite esquerdo das barras horizontais, em cinza claro, representa o percentual do gasto com medicamentos na renda monetária das famílias com boas condições de vida, segundo os aspectos estudados. Por sua vez, o limite direito das barras horizontais, em cinza escuro, representa o mesmo percentual na renda das famílias com condições de vida difíceis. O peso do gasto com medicamentos na renda das famílias é maior entre as famílias com condições de vida difíceis do que entre as demais. As famílias cuja quantidade de alimento nem sempre era suficiente comprometiam aproximadamente 3,5% e 4,5% de sua renda na aquisição de medicamentos, segundo as POFs de 2002-2003 e 2008-2009, respectivamente. Entretanto, as famílias cuja quantidade de alimento consumido sempre era suficiente comprometiam aproximadamente 2,1% e 2,8% de sua renda na compra de medicamentos, nas mesmas POFs, respectivamente. Esse mesmo comportamento, de maior comprometimento da renda na compra de medicamentos nas famílias com condições de vida difíceis, em comparação com as demais, se repetiu para as demais variáveis relacionadas às condições de vida que foram estudadas. Isto é consistente com as outras informações que apontaram a desigualdade no gasto com medicamentos reveladas anteriormente.

O mesmo padrão pode ser observado para o percentual de gasto com medicamentos na renda monetária das famílias segundo as condições de moradia. De uma maneira geral, observando-se as diferenças entre os percentuais do gasto com medicamentos

na renda monetária das famílias com condições de vida boas e difíceis, nas POFs 2002-2003 e 2008-2009, verifica-se que houve manutenção das desigualdades, com as famílias com condições de vida piores ainda comprometendo maior parte de sua renda na aquisição de medicamentos, em comparação com as famílias com condições de vida melhores. Além disso, também é possível verificar que, em 2008-2009, as famílias com condições de vida difíceis passaram a comprometer a maior parte de sua renda na aquisição de medicamentos, em comparação com 2002-2003.

Quando se observa a participação percentual de grupos de renda no total do gasto com itens selecionados, apresentada na tabela 3, é possível verificar a grande concentração dos gastos com saúde e medicamentos entre as famílias de maior renda e a estabilidade na estrutura de gasto, no período 2002-2009, com desproporção entre o gasto das famílias com maior e menor renda.

TABELA 3

Participação percentual do gasto com medicamentos e categorias de medicamento no total do gasto com estes itens, segundo grupos de renda

Rubricas de despesa	2002-2003				2008-2009			
	20% mais pobres	50% mais pobres	20% abaixo dos 10% mais ricos	10% mais ricos	20% mais pobres	50% mais pobres	20% abaixo dos 10% mais ricos	10% mais ricos
Saúde	5	19	29	36	6	20	29	35
Medicamentos	9	30	27	23	9	30	27	23
Diabetes	3	20	30	32	4	19	25	38
Hipertensão	4	24	30	26	4	22	30	26
Problemas do coração	4	21	31	26	5	24	27	25
Colesterol	2	13	30	41	4	16	31	35
Sistema nervoso	7	27	30	24	6	26	30	26
Anticoncepcionais	8	29	34	15	8	30	31	18
Infecções	6	19	22	43	14	41	24	14
Analgésicos	13	38	26	15	14	40	26	13
Anti-inflamatórios	11	38	24	17	8	35	25	20
Antigripais	11	36	25	17	9	37	25	16
Antialérgicos	16	42	24	12	12	39	24	16
Vitaminas	7	29	33	19	11	32	21	32
Grupos de renda	4	18	28	40	5	20	27	37

Fonte: IBGE/POFs 2002-2003 e 2008-2009, microdados.

Elaboração dos autores.

As famílias pertencentes ao primeiro e segundo décimos de renda (20% mais pobres) responderam por 8%-9% do total do gasto com medicamentos e 5% do gasto total com saúde. As famílias brasileiras pertencentes aos primeiros décimos de renda (50% mais pobres) tinham participação de 19%-20% do total do gasto com saúde da população e 30% do gasto com medicamentos. No entanto, as famílias pertencentes ao último décimo de renda (10% mais ricos) responderam por 35%-36% do gasto com saúde e 23% do total do gasto com medicamentos da população. Essa desigualdade nos gastos, evidenciada por meio da concentração das despesas entre as famílias de maior renda, apresentou estabilidade nas duas POFs estudadas. A distribuição dos gastos com medicamentos não pode ser equiparada à distribuição da proporção da renda comprometida com os gastos com medicamentos, apresentada no gráfico 5, por se tratarem de denominadores diferentes.

Quando esse comportamento é analisado, segundo tipos específicos de medicamentos, se repete em sua maioria o padrão de estabilidade da participação dos grupos de renda, com manutenção das desigualdades, conforme observado para o gasto com medicamentos. Para vitaminas, analgésicos e medicamentos para diabetes, verificou-se um aumento da participação do último décimo de renda no total do gasto das famílias brasileiras com esses medicamentos. Para os anti-infecciosos, observou-se um aumento da participação das famílias com menor renda (20% mais pobres e 50% mais pobres).

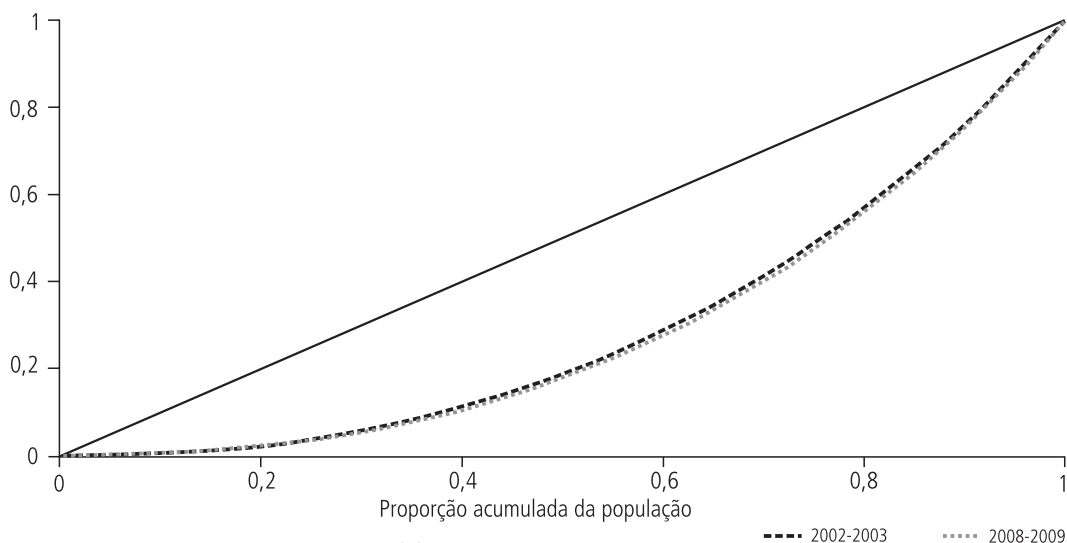
De forma a observar a concentração dos gastos entre as famílias, construiu-se a curva de Lorenz dos gastos com medicamentos, como pode ser observado no gráfico 13.

O valor do coeficiente de Gini em 2002-2003 foi 0,727 – intervalo de confiança (IC 95% 0,718; 0,736) e em 2008-2009 foi 0,709 (IC 95% 0,697; 0,720). Apesar do aumento na estimativa pontual do coeficiente, e do maior afastamento da curva em relação à linha da igualdade em 2008-2009, em comparação com 2002-2003, não é possível afirmar que a concentração dos gastos com medicamentos nas famílias com maior renda apresentou aumento, uma vez que os ICs do coeficiente de Gini se sobrepõem.

GRÁFICO 13

Curva de Lorenz dos gastos com medicamentos

Proporção acumulada do gasto com medicamentos



4 DISCUSSÃO

Este estudo, realizado com dados das duas últimas POFs feitas no Brasil (2002-2003 e 2008-2009), descreve a evolução dos gastos das famílias brasileiras com medicamentos e analisa as desigualdades socioeconômicas nesses gastos. Os principais achados são que as famílias com menor renda comprometem, proporcionalmente, uma maior parcela da renda familiar na aquisição de medicamentos do que as famílias mais ricas, apesar de as primeiras gastarem na aquisição desses bens, em termos absolutos, muito menos do que as segundas. Ao se analisar a evolução dos gastos com medicamentos, segundo estratos de renda das famílias, nas duas POFs estudadas, observou-se que a distribuição dos gastos continuou desigual, com concentração dos gastos entre as famílias mais ricas, e não se observou alteração na participação percentual do gasto com medicamentos segundo grupos de renda.

Destaca-se que o gasto com medicamentos é o principal componente do gasto com saúde, o que corrobora os achados de outros estudos (Silveira, Osório e Piola, 2006; Garcia *et al.*, 2013). Ademais, neste trabalho, verificou-se que houve discreta elevação no percentual do gasto com medicamentos em relação ao gasto com saúde,

de 40,5% para 42,9%, entre as POFs 2002-2003 e 2008-2009. Em outros países, os gastos com medicamentos também representaram um peso importante sobre a renda e a despesa das famílias. No Canadá, em 2002, o gasto com medicamento das famílias representou menos de 1% do orçamento das famílias e ocupou 16% das despesas com saúde. Apesar de ser um país com renda mais elevada, mesmo no Canadá, o preço alto dos medicamentos pode fazer com que famílias com dívidas descontinuem o tratamento ou até nem o comecem (Luffman, 2005). Na Índia, Bhojani *et al.* (2012) encontram que a maior parte de pagamentos catastróficos é devida aos gastos com medicamentos (66,3%). Outros estudos com pesquisas de orçamentos revelaram que, na Índia urbana, a maior parte do gasto com saúde foi com medicamentos: 81,6% em 1993-1994; 74,8% em 1999-2000; e 71,2% em 2004-2005 (Ghosh, 2011; Garg e Karan, 2009).

Os valores absolutos dos gastos com medicamentos das famílias brasileiras, acompanhando o gasto com saúde, apresentaram variação relativa positiva de 10%, da POF 2002-2003 para a POF 2008-2009. Segundo a última POF, o gasto médio das famílias brasileiras com medicamentos foi R\$ 59,02, cerca de 77% das famílias tiveram registro de gasto com medicamentos durante o período de referência para coleta de dados e, considerando apenas essas famílias, o gasto médio foi R\$ 76,31. Considerando-se o gasto *per capita*, as famílias brasileiras gastaram, em média, com medicamentos, R\$ 17,91. Entre as famílias pertencentes ao primeiro décimo de renda, esse gasto foi R\$ 4,47, enquanto entre as famílias pertencentes ao último décimo, foi R\$ 58,44. Ou seja, as famílias no último décimo de renda gastaram com medicamentos, em termos absolutos, treze vezes o valor gasto pelas famílias pertencentes ao primeiro décimo. A alta desigualdade na distribuição de renda, que ainda prevalece na sociedade brasileira, se manifesta, da mesma forma, na alta desigualdade do gasto das famílias com medicamentos.

Em termos relativos, verificou-se que as famílias do primeiro décimo ainda tinham, em 2008-2009, um comprometimento da sua renda com a compra de medicamentos equivalente a 3,6 vezes o comprometimento das famílias pertencentes ao último décimo. A boa notícia é que essa diferença relativa no comprometimento apresentou redução no período estudado, uma vez que correspondia a 5,3 na POF 2002-2003. Isso se deveu ao fato de que o percentual da renda das famílias de menor renda que é comprometido com a aquisição de medicamentos apresentou redução,

enquanto o percentual de comprometimento entre as famílias de maior renda apresentou estabilidade. Corroborando os achados de Diniz *et al.* (2007), observou-se que o comprometimento da renda familiar com medicamentos se reduziu mais que proporcionalmente para as famílias de menor renda do que para aquelas de maior renda, no período estudado.

Todavia, o padrão desigual de gasto com medicamentos das famílias brasileiras, quando ordenadas pela sua renda, não se alterou substancialmente nas últimas décadas. Diniz *et al.* (2007) constataram, a partir das informações das POFs 1987-1988, 1995-1996 e 2002-2003, tendência de manutenção e mesmo de aumento da diferença do gasto com medicamentos entre as famílias mais ricas e as mais pobres. A compra de medicamentos era o componente de maior peso no total dos gastos com saúde das famílias pobres, embora, em termos absolutos, seja muito menor que o gasto das famílias de maior renda.

Diniz *et al.* (2007) atribuíram a diminuição da participação dos gastos com saúde em relação ao gasto total das famílias, observada na POF 2002-2003, a uma cobertura maior dos serviços do SUS, especialmente entre as famílias de menor renda, e às políticas públicas de assistência farmacêutica. Entretanto, esses autores destacam que afirmações sobre o papel redistributivo do SUS não devem ser feitas de forma categórica, uma vez que diferentes fenômenos podem ocorrer simultaneamente. Sobre estes fenômenos, os autores destacam que, além da expansão da cobertura e do elenco dos programas de assistência farmacêutica do SUS, mudanças nos preços dos medicamentos também podem ter dado sua contribuição.

Por exemplo, os preços dos medicamentos consumidos pelas famílias de menor renda podem ter apresentado redução no mesmo período, com a introdução dos genéricos (Diniz *et al.* 2007, p. 151). Em estudo realizado por Miranda *et al.* (2009) verificou-se o preço e a disponibilidade de medicamentos genéricos, segundo o tipo de provedor (público e privado), nas cinco regiões do Brasil, utilizando a base de dados de um estudo nacional. Uma vez que os resultados não foram consistentes em todas as regiões, os autores concluíram que não se poderia afirmar que os genéricos estudados eram mais caros ou mais baratos que suas contrapartes, similares ou de marca, nas cinco regiões do país. Todavia, para o Brasil, os valores foram estatisticamente significativos,

mostrando média de preços maiores para os medicamentos de referência em relação aos similares.

Outra explicação que deve ser destacada é o aumento da renda das famílias, que foi notavelmente maior entre aquelas pertencentes aos primeiros décimos de renda em comparação com aquelas pertencentes aos últimos (De Souza e Osório, 2011). Com esse incremento maior entre as famílias de menor renda, é esperado que as despesas, como aquelas com medicamentos, passem a ter um peso menor sobre a renda dessas famílias.

Neste estudo, apesar de, em conformidade com os achados de Diniz *et al.* (2007), ter-se observado diminuição na parcela da renda das famílias brasileiras, que é comprometida com a aquisição de medicamentos, verificou-se um aumento da proporção do gasto com medicamentos em relação ao gasto total com saúde, bem como, quando se compararam as POFs 2002-2003 e 2008-2009, constatou-se um pequeno incremento do valor absoluto do gasto com medicamentos, já considerando os valores corrigidos, entre famílias pertencentes a todos os décimos de renda. Garcia *et al.* (2013), ao investigarem a evolução e composição dos gastos com saúde, considerando apenas as famílias brasileiras residentes em RMs, utilizando as POFs 1995-1996 e 2008-2009, verificaram que estes gastos apresentaram variação negativa de 8%. Tratamento dentário, consultas médicas e outros gastos com saúde foram componentes que contribuíram para a redução. Da mesma maneira que este estudo, que incluiu todas as famílias estudadas nas POFs, quando foram consideradas apenas aquelas residentes em RMs, o gasto com medicamentos apresentou aumento na participação em relação ao gasto total com saúde, de 30,3% para 35,2%, enquanto os planos de saúde apresentaram incremento maior ainda, de 29,0% para 44,0%. Corroborando os achados de Menezes *et al.* (2006), também se verificou que o gasto com medicamentos aumenta à medida que se eleva a renda das famílias.

Ficou evidente, neste estudo, que houve um aumento da proporção de famílias que tiveram gasto com determinadas categorias de medicamentos, principalmente analgésicos, antigripais, medicamentos para colesterol e problemas do coração. Destacou-se o fato de que, segundo a POF 2008-2009, 42% das famílias tiveram registro de gasto com analgésicos, no período de referência para coleta de dados da POF, que é de trinta dias para medicamentos. Assim, acredita-se que a proporção

de famílias que têm gastos com esse tipo de medicamento seja muito maior, caso os dados tivessem sido coletados durante um período mais longo. Todavia, permaneceram relativamente estáveis as proporções de famílias que tiveram gastos com medicamentos para hipertensão, vitaminas, anticoncepcionais, antialérgicos e medicamentos para diabetes e sistema nervoso.

Por sua vez, houve redução da proporção de famílias que tiveram gastos com anti-infecciosos e anti-inflamatórios. Estudo mais detalhado a respeito dos gastos com categorias de medicamentos foi realizado por Garcia *et al.* (2013). Uma hipótese é que a promoção do uso racional de medicamentos, que faz parte das diretrizes da PNM, contribuiu para esse achado. Entretanto, são recomendados estudos para investigar as causas desta redução. Com a proibição da venda de antibióticos sem prescrição, vinculando a dispensação à retenção de receita de controle especial, instituída por meio da Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº 44/2010, substituída pela RDC nº 20/2011, da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), espera-se que o percentual de famílias que gastam com esses medicamentos, bem como o volume do gasto, apresentem redução ainda maior.

É bastante possível que os programas de assistência farmacêutica básica do SUS tenham contribuído para o aumento do acesso a medicamentos na população brasileira. Aurea *et al.* (2011) estudaram os programas de assistência farmacêutica do governo federal e verificaram que, no período 2005-2008, os gastos com medicamentos aumentaram e que existem evidências preliminares de que as compras públicas se tornaram mais eficientes. Este estudo, realizado com dados do Sistema Integrado de Administração de Serviços Gerais (SIASG), revelou expressivo aumento da oferta de medicamentos pertencentes aos programas de assistência farmacêutica que estão sob a responsabilidade da esfera federal. Entre estes medicamentos estão as insulinas utilizadas no controle do diabetes, doença cuja prevalência é crescente na população brasileira (Santana e Garcia, 2012; Brasil, 2012).

Outra forma de financiamento público da assistência farmacêutica, que pode contribuir para o aumento do acesso a medicamentos, é o Programa Farmácia Popular do Brasil (PFPB). O programa foi criado pelo governo federal, reconhecendo a necessidade de ampliar o acesso aos medicamentos para as doenças mais comuns. Na forma como foi criado, em 2004, o PFPB contava com duas formas de atuação: a rede

própria, em parceria com estados, Distrito Federal, municípios e hospitais filantrópicos, e a rede conveniada, em parceria com farmácias e drogarias privadas, onde foi instituído o sistema de copagamento, conhecido como Aqui tem Farmácia Popular.⁵

Em 2006, foi efetivada a expansão do PFPB.⁶ No Aqui tem Farmácia Popular, o MS passou a pagar até 90% do valor de referência estabelecido ao produto, sendo obrigatório o pagamento, pelo usuário, da diferença entre o valor pago pelo ministério e o preço de venda. Os medicamentos e correlatos dispensados por meio do PFPB são previamente definidos pelo MS. O elenco de medicamentos da expansão do PFPB abrangeu aqueles para tratamento de hipertensão e diabetes e também contraceptivos.⁷

É possível que os programas de assistência farmacêutica do SUS tenham contribuído para a estabilidade nas proporções de famílias que tiveram gastos com medicamentos para hipertensão, anticoncepcionais e para diabetes. Contudo, não é possível saber qual estratégia contribuiu mais para isso, se a compra e a distribuição pública ou o subsídio ao preço. Todavia, acredita-se que o efeito do PFPB nos resultados deste estudo tenha sido reduzido, uma vez que no momento da coleta de dados da POF o acesso a medicamentos por meio deste programa ainda era limitado, uma vez que apenas em 2009 foram aprovadas normas operacionais relativas à expansão do PFPB – Aqui tem Farmácia Popular. Até 2006, o programa contava com 259 unidades próprias e 2.955 conveniadas. Em 2010, havia mais de quinhentas unidades próprias e aproximadamente 13 mil conveniadas (Temporão, 2010).

Em 2010, foi promovida a ampliação da cobertura do Aqui tem Farmácia Popular, com a disponibilização de medicamentos para o controle ou tratamento da asma, rinite, mal de Parkinson, osteoporose, glaucoma, e a ampliação do elenco de medicamentos para hipertensão arterial, além de fraldas geriátricas para incontinência.⁸ No mesmo ano, também foi incluído no programa o antiviral Oseltamivir, indicado para o tratamento

5. O Decreto nº 5.090, de 20 de maio de 2004, regulamentou a Lei nº 10.858, de 13 de abril de 2004, e instituiu o programa Farmácia Popular do Brasil.

6. Portaria nº 491, de 9 de março de 2006, do MS.

7. Portaria nº 3.089, de 16 de dezembro de 2009, do MS.

8. Portaria nº 3.219, de 20 de outubro de 2010, do MS.

da influenza A H1N1.⁹ Assim, é possível que investigações futuras elucidem o papel do Farmácia Popular sobre o acesso da população brasileira a medicamentos essenciais e sobre os gastos das famílias brasileiras com estes medicamentos.

Neste trabalho, foram considerados apenas os gastos monetários das famílias com medicamentos, com as restrições inerentes aos dados das POFs. Da mesma forma, consideraram-se apenas os rendimentos monetários. Rendimentos não monetários, os quais incluiriam doações e remédios fornecidos pelo SUS, não foram computados devido à baixa captação desta informação, tornando esta uma limitação do estudo. Assim, as desigualdades nos gastos com medicamentos podem ter sido superestimadas, uma vez que existem evidências de que as famílias de menor renda são as que mais utilizam o fornecimento público de medicamentos (Ipea, 2011). Além dessa limitação, a forma como são coletadas as informações sobre medicamentos não permite conhecer os medicamentos nem as formas farmacêuticas que foram compradas. Isso faz com que a classificação adotada neste artigo, derivada daquela determinada pelo IBGE, seja, em algumas situações, imprecisa, introduzindo uma segunda limitação ao estudo. Além disso, o rol de medicamentos é limitado, devido ao fato de alguns exigirem administração em ambiente hospitalar ou ambulatorial, não sendo, assim, contabilizados na rubrica despesas com medicamentos na POF. Outra limitação é que não é possível, pelo menos de maneira direta, fazer uma relação entre gasto com medicamentos e perfil demográfico, uma vez que as informações sobre gasto são referentes às unidades de consumo (famílias), e não aos indivíduos que consumiram os medicamentos comprados.

Outra limitação poderia estar relacionada à consideração apenas das famílias que tiveram registro de gasto, o que pode superestimar a proporção da renda comprometida com os gastos, especialmente quando os períodos de referência para coleta dos dados são curtos, como é o caso dos medicamentos. Com períodos de referência mais longos, uma proporção maior das famílias pode contribuir com as médias, todavia com essa estratégia se esperaria maior probabilidade de ocorrência de viés de recordatório. Quando se consideram todas as famílias, aquelas que tiveram e que não tiveram gastos, são encontradas proporções mais baixas de comprometimento da renda com o gasto em questão, o que é representativo de períodos de tempo mais longos (Barros e Bertoldi, 2008). Todavia, quando são consideradas apenas as famílias que tiveram

9. Portaria nº 367, de 22 de fevereiro de 2010, do MS.

gastos positivos, evita-se a diluição do peso do gasto causada pelas famílias com gasto zero (Andrade, Noronha e De Oliveira, 2006). Buscando reduzir estas limitações, optou-se aqui por apresentar as duas abordagens.

Apesar das limitações indicadas, ainda existem elementos para reforçar o papel dos programas de assistência farmacêutica do SUS. Considerando-se a média de toda população brasileira, o consumo *per capita* de medicamentos comprados no mercado privado apresentou diminuição de 11,54 para 9,24 unidades de medicamento, entre 1990 e 2009, uma redução de 19,9%. No período pós-estabilização monetária, com exceção do ano de 1995,¹⁰ o consumo médio *per capita* de medicamentos se reduziu sistematicamente até 2002. Mesmo com o crescimento *per capita* observado a partir de 2003, o consumo não recuperou os níveis observados no início dos anos 1990. É possível que o lançamento de medicamentos mais eficientes possa reduzir o consumo *per capita* de unidades de medicamento.¹¹ Entretanto, a tendência demográfica é de crescente envelhecimento da população brasileira, com maior ocorrência de doenças crônicas e degenerativas, o que induz o crescimento do consumo *per capita* de medicamentos, principalmente daqueles de uso contínuo, mesmo que exista a incorporação de medicamentos inovadores. A retração do consumo *per capita* de medicamentos comprados no mercado privado não impediu que a indústria farmacêutica elevasse, na maior parte do período analisado, sua receita em dólares. Isto foi obtido pela tendência do aumento dos preços médios dos medicamentos em moeda americana (Aurea *et al.*, 2011).

Dados da PNAD também fornecem evidências sobre a importância da assistência farmacêutica pública para a população brasileira de menor renda e também dão indicações da sua natureza progressiva: é a população de menor renda que faz mais uso do fornecimento público de medicamentos. Segundo a PNAD 2008, do total da população do primeiro décimo de renda domiciliar *per capita*, com prescrição de algum medicamento, 64,3% tiveram acesso parcial ou total a medicamentos gratuitos; e quase

10. Isso pode ser creditado em boa parte ao aumento quase imediato do poder de compra da população com o fim da inflação e à valorização do real frente ao dólar, que reduziu o preço dos farmoquímicos e dos medicamentos prontos cotados na moeda americana.

11. Não há evidências de que tenha ocorrido o lançamento de drogas inovadoras, com maior eficiência, em tal proporção que explique a redução do consumo *per capita* de medicamentos atendido pelo mercado privado brasileiro, embora esse ponto deva ser aprofundado. Para uma avaliação crítica da capacidade de lançamento de medicamentos inovadores pela indústria farmacêutica mundial, em uma linguagem acessível ao público leigo, ver Angell (2007, p. 69-90).

a metade da população desse estrato de renda recebeu também gratuitamente todos os medicamentos receitados (Ipea, 2011). Mesmo que o acesso gratuito nem sempre seja público, tudo sugere que o SUS tenha um papel preponderante no fornecimento gratuito de medicamentos, assim como se observa em relação a outros serviços de saúde consumidos pela população de menor renda (Silveira *et al.*, 2006a).

Quando se considera a população situada no último décimo de renda domiciliar *per capita*, somente 15,9% do total da população desse estrato de renda obtiveram os medicamentos prescritos por meio dos programas de assistência farmacêutica do SUS (Ipea, 2011). Contudo, apesar de sua natureza progressiva, a população de maior renda também pode se beneficiar desses programas, especialmente como forma de acesso a medicamentos de alto custo.

É importante ressaltar que os estudos de Contas Satélites mostram que o percentual do gasto total coberto pelo setor público ainda é muito pequeno em relação ao total do gasto. No período de 2007 a 2009, a despesa das famílias com medicamentos para uso humano correspondeu, em média, a 1,7% do Produto Interno Bruto (PIB), enquanto aquela do governo equivaleu a 0,2% do PIB. Todavia, há que se destacar que despesas de consumo final do governo com medicamentos para uso humano referem-se exclusivamente aos medicamentos distribuídos à população. Elas excluem os medicamentos administrados nas unidades públicas de saúde (como vacinas, e os medicamentos administrados em procedimentos de alto custo e internações), que são considerados de consumo intermediário. Também não estão incluídas as despesas do PFPB (IBGE, 2012).

No Brasil, permanecem desigualdades importantes no gasto com medicamentos. Revelou-se, de acordo com a POF 2008-2009, que as famílias de maior renda, pertencentes ao último décimo, gastaram, em termos absolutos, 6,5 vezes com medicamentos o valor gasto pelas famílias de menor renda, pertencentes ao primeiro décimo. Observa-se que as diferenças entre os gastos das famílias de menor e maior renda, segundo décimos de renda, corroboram os resultados do estudo de Menezes *et al.* (2006). Quando se observa o gasto das famílias brasileiras, segundo as condições de vida relatadas pela pessoa de referência da família para a POF, um elevado percentual de famílias cuja quantidade de alimento consumido não é suficiente para atender a suas necessidades, com condições de vida ruins, que atrasam prestações de serviços

ou despesas, relatou ter despesa com medicamentos. Apesar de o gasto médio com medicamentos ter sido consistentemente menor, em termos absolutos, entre as famílias com condições de vida consideradas difíceis, segundo as variáveis estudadas, para essas famílias esse gasto é relevante, tanto em termos absolutos quanto em termos relativos. As famílias com condições de vida difíceis ainda gastam proporcionalmente mais com medicamentos, em relação à sua renda familiar, do que as famílias com condições de vida consideradas boas. Isso reforça a importância dos programas de assistência farmacêutica do SUS.

O fato preocupante é que o peso do gasto com medicamentos na renda das famílias cujas condições de vida foram consideradas difíceis aumentou, entre as POFs 2002-2003 e 2008-2009. Contudo, esse achado deve ser interpretado com cautela. Essas variáveis se referem a outra dimensão, mais subjetiva, relacionada à percepção da pessoa de referência sobre as condições de vida da família, que é diferente da renda, apesar de manter certa relação com esta. Pessoa e Da Silveira (2010) verificaram, a partir da POF 2002-2003, que o poder de explicação da renda corrente e do consumo sobre o indicador de suficiência de renda é pequeno, apesar do efeito importante daquelas variáveis sobre o indicador. Esta constatação é consistente com evidências de que existem discrepâncias entre indicadores objetivos e subjetivos de qualidade de vida (Pessoa e Da Silveira, 2010). Além disso, as variáveis sobre as condições de vida são categóricas (condições de vida boas ou difíceis), o que não possibilita analisar diferenças em um maior número de grupos, como os décimos de renda permitem.

Uma das explicações para o aumento do peso do gasto com medicamentos na renda das famílias cujas condições de vida foram consideradas difíceis é o crescimento do consumo de medicamentos, relacionado ao aumento da proporção de idosos na população. Isso é corroborado pelo achado de que os medicamentos que representaram maior gasto para estas famílias foram aqueles envolvidos com o tratamento de doenças crônicas, como problemas do coração, diabetes e colesterol, cuja prevalência tende a aumentar com a idade (Lima-Costa, Matos e Camarano, 2006; Veras, 2009; Barros *et al.*, 2011; Lima-Costa *et al.*, 2011). É conhecido o fato de que a maior prevalência de doenças crônicas faz dos idosos grandes consumidores de medicamentos. Além disso, a idade mais avançada está associada a um maior consumo de medicamentos (Loyola Filho, Uchoa e Lima-Costa, 2006; Fleith *et al.*, 2008). Ainda, é possível que nem todas essas famílias estivessem cobertas, ainda que parcialmente, pelos programas de assistência farmacêutica

do SUS. Conforme discutido anteriormente, essa cobertura é mais elevada entre as famílias de menor renda e as famílias com condições de vida difíceis incluem aquelas com renda não tão baixa, mas que não é suficiente para atender a suas necessidades. Outra possível explicação é o aumento do preço médio dos medicamentos, também discutido anteriormente. Sendo os medicamentos bens essenciais, em algumas situações as famílias não podem prescindir de sua compra, independentemente do peso desse gasto em relação a sua renda, pois o acesso a determinado medicamento pode significar a sobrevivência ou não de um de seus membros.

Essas desigualdades ainda sugerem a maior probabilidade de dificuldades de adesão ao uso de medicamentos por parte da população dos estratos inferiores de renda, quando elas têm acesso a diagnóstico médico. Isto ocorre simplesmente em razão da ausência de capacidade de compra de medicamentos ou, mesmo, pela dificuldade de seguir a posologia recomendada pelo protocolo clínico do tratamento. O paciente pode não tomar a dose recomendada por falta de recursos para comprar o medicamento prescrito.

Outro aspecto importante e inovador analisado neste estudo é a estrutura do gasto com medicamentos segundo grupos de renda, investigada por meio da participação percentual desses grupos no total do gasto com itens selecionados.¹² Quanto a isto, vale a pena ressaltar que, enquanto as famílias pertencentes ao último décimo de renda (10% mais ricos) somavam 23% do total do gasto com medicamentos, metade das famílias brasileiras (50% mais pobres) somavam apenas 30% desse gasto. Esses valores são idênticos quando calculados a partir dos dados das POFs 2002-2003 e 2008-2009, evidenciando a manutenção da estrutura de gasto. O mesmo comportamento de manutenção das desigualdades foi verificado para a maior parte das categorias de medicamentos estudadas. Por um lado, estes são achados positivos, uma vez que as famílias com maior renda são aquelas que têm o maior gasto; todavia, por outro, a estrutura de gasto não se alterou, enquanto seria desejável que a participação das famílias com menor renda tivesse diminuído.

Em suma, apesar de ter sido constatado que as famílias de menor renda passaram a comprometer menor parte de sua renda na aquisição de medicamentos, foi observada estabilidade na estrutura dos gastos com medicamentos, uma vez que não se reduziu

12. Silveira, Osório e Piola (2006) fizeram isso para o gasto total em saúde utilizando a POF 1995-1996. A inovação que este artigo traz é a realização desta análise para medicamentos, utilizando uma POF com abrangência nacional.

a participação proporcional das famílias de menor renda na totalidade desses gastos, conforme era desejável. Além disso, os gastos com medicamentos ainda são o principal componente dos gastos com saúde entre as famílias de menor renda e representam um peso importante para as famílias com condições de vida consideradas difíceis.

A questão da desigualdade dos gastos com atenção à saúde, das famílias brasileiras, em particular com medicamentos, em que as mais pobres gastam proporcionalmente mais, revela as tensões da convivência entre o setor público e privado na provisão da assistência à saúde. Uma solução para reduzir essa desigualdade seria a limitação ou restrição à integralidade do SUS, que seria direcionado à oferta pública de medicamentos de menor custo, assim como a procedimentos e exames mais básicos. Isto buscaria garantir o atendimento da demanda por assistência à saúde das famílias mais pobres, de forma a garantir a maior equidade do SUS (Medici, 2011). Entretanto, esquece-se que o setor privado de assistência à saúde transfere seus gastos para o SUS, por diversos mecanismos como, por exemplo, não ofertando ou racionando medicamentos de alto custo, assim como procedimentos e exames de alta complexidade (Bahia, 2008; Bahia, Simmer e Oliveira, 2004).

Desta forma, a solução mais adequada não seria direcionar a oferta de medicamentos¹³ por parte dos programas de assistência farmacêutica do SUS, assim como os procedimentos médicos e exames ofertados pela rede pública, para as famílias mais pobres, uma vez que isso teria óbices inclusive em razão dos fenômenos da transição demográfica e epidemiológica que são observados na população brasileira, com o crescimento da população idosa e da relevância da morbimortalidade por doenças crônicas (Brito, 2008; Vasconcelos e Gomes, 2012). A questão que deve ser focada é desenhar e executar políticas públicas para oferta de bens e serviços na área da saúde que tenham capacidade de evitar que o SUS subsidie implicitamente o sistema privado. Isto requer maior conhecimento sobre o perfil e evolução dos gastos da saúde das famílias brasileiras, em particular, seu dispêndio com medicamentos, que é item de maior peso para as famílias mais pobres, entre os gastos com saúde.

13. Em relação à oferta de medicamentos pelos programas de assistência farmacêuticos de responsabilidade do MS, Aurea *et al.* (2011) encontram evidências de que esses programas expandiram a oferta de medicamentos com estabilidade de gastos públicos.

A partir dos resultados da POF e do fato de estudos realizados com a PNAD (Ipea, 2011) terem mostrado que metade da população brasileira recebeu gratuitamente os medicamentos receitados, há indicações de que os programas de assistência farmacêutica do SUS são a única forma de acesso a medicamentos de largas parcelas da população brasileira, principalmente aquela de menor renda. Dessa maneira, existe um grande potencial para que as políticas públicas de assistência farmacêutica tenham um impacto redistributivo importante, o que é reforçado pelos resultados deste estudo. Assim, a avaliação dos gastos com a assistência farmacêutica pública, sua evolução, composição e ganhos de eficiência, tornam-se informações essenciais para os gestores públicos da área de saúde. Complementarmente, é necessário avaliar seu impacto, tanto em termos de indicadores de saúde quanto em termos dos gastos das famílias com medicamentos.

Os resultados dos estudos avaliativos poderiam subsidiar a alocação mais eficiente dos recursos orçamentários, para garantir o acesso da população aos medicamentos necessários e no tempo certo, de forma a promover maior equidade no acesso e, conseqüentemente, a melhoria das condições de saúde da população brasileira.

As informações sobre gasto com serviços e bens de assistência à saúde obtidas a partir das POFs e seu aprimoramento pelo IBGE, como a inclusão de uma variável que identificasse a forma de obtenção pública, permitiram estudos futuros mais aprofundados sobre o acesso da população a bens e serviços de saúde. Uma direção promissora é avaliar os gastos das famílias com esses serviços, como, por exemplo, medicamentos, planos de saúde, consultas médicas e outros serviços de saúde, com indicadores epidemiológicos, assim como indicadores de condição socioeconômica das famílias. Análises baseadas no cruzamento desses dados podem gerar informações importantes para a formulação e gestão de saúde.

Sugere-se, também, a realização de estudos futuros que visem elucidar o papel do PFPB sobre o acesso da população brasileira a medicamentos essenciais e sobre os gastos das famílias brasileiras com estes medicamentos. Também é importante investigar a eficiência deste programa em comparação com a dos programas de assistência farmacêutica do SUS, para que se possa determinar qual é a estratégia mais adequada, se a compra e a distribuição pública ou o subsídio a preço.

Outra direção importante de pesquisa é analisar a interação entre a assistência à saúde na oferta pública do SUS com os serviços e bens ofertados pelo sistema privado. Poder-se-ia identificar uma “divisão de trabalho” entre esses dois sistemas? Como essa interação impacta no financiamento da assistência à saúde no Brasil, em particular no SUS? Em que medida pode haver complementaridade ou competição de recursos entre esses dois sistemas? Essa e outras questões merecem ser exploradas em pesquisas futuras.

REFERÊNCIAS

- ANDRADE, M. V.; LISBOA, M. B. Determinantes dos gastos pessoais privados com saúde no Brasil. In: SILVEIRA, F. G. *et al.* **Gasto e consumo das famílias brasileiras contemporâneas**. Brasília: Ipea, 2006. v. 1. p. 83-106.
- ANDRADE, M. V.; NORONHA, K. V. M. S.; DE OLIVEIRA, T. B. Determinantes dos gastos das famílias com saúde no Brasil. **Revista economia**, Brasília, v. 7, n. 3, p. 485-508, set./dez. 2006.
- ANGELL, M. **A verdade sobre os laboratórios farmacêuticos**. Rio de Janeiro: Record, 2007.
- ARRAIS, P. S. D. *et al.* Prevalência e fatores determinantes do consumo de medicamentos no município de Fortaleza, Ceará, Brasil. **Cad. saúde pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 6, p. 1.737-1.746, nov./dez. 2005.
- AUREA, A. P. *et al.* **Programas de assistência farmacêutica do governo federal: estrutura atual, evolução dos gastos com medicamentos e primeiras evidências de sua eficiência, 2005-2008**. Brasília: Ipea, 2011 (Texto para Discussão, n. 1.658). Disponível em: <http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/TDs/td_1658.pdf>. Acesso em: 16 jan. 2012.
- BAHIA, L. The contradictions between the universal Unified Health System and the transfer of public funds to private health plans and insurances. **Ciência e saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 5, p. 1.385-1.397, out. 2008.
- BAHIA, L.; SIMMER, E.; OLIVEIRA, D. C. de. Cobertura de planos privados de saúde e doenças crônicas: notas sobre utilização de procedimentos de alto custo. **Ciência & saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 4, p. 921-929, dez. 2004.
- BARROS, A. J. D.; BERTOLDI, A. D. Out-of-pocket health expenditure in a population covered by the family health program in Brazil. **International journal of epidemiology**, Oxford, n. 37, p. 758-765, 2008.

BARROS, M. B. de A. *et al.* Tendências das desigualdades sociais e demográficas na prevalência de doenças crônicas no Brasil, PNAD: 2003- 2008. **Ciência e saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 9, set. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011001000012&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 22 mar. 2013.

BHOJANI, U. *et al.* Out-of-pocket healthcare payments on chronic conditions impoverish urban poor in Bangalore, India. **BMC public health**, Londres, v. 12, n. 990, p. 13, 2012.

BRASIL. **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: Congresso Nacional, 1990.

_____. Ministério da Saúde (MS). **Portaria nº 3.916/GM, de 30 de outubro de 1998**. Aprova a Política Nacional de Medicamentos, cuja íntegra consta do anexo desta Portaria. Brasília, 1998.

_____. Ministério da Saúde (MS). **Resolução nº 338, de 6 de maio de 2004**. Aprova a Política Nacional de Assistência Farmacêutica. Brasília, 2004.

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Assistência farmacêutica no SUS/ Conselho Nacional de Secretários de Saúde**. Brasília: Conass, 2007. 186 p. (Coleção Progestores – para entender a gestão do SUS, n. 7).

_____. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **Vigitel Brasil 2011: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico**. Brasília, 2012.

BRITO, F. Transição demográfica e desigualdades sociais no Brasil. **Revista brasileira de estudos de população**, São Paulo, v. 25, n. 1, p. 5-26, jan./jun. 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbepop/v25n1/v25n1a02.pdf>>. Acesso em: 22 mar. 2013.

DE SOUZA, P. H. G. F.; OSÓRIO, R. G. **A redução das disparidades regionais e a queda da desigualdade nacional de renda (1981-2009)**. Brasília: Ipea, 2011 (Texto para Discussão, n. 1.648). Disponível em: <http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/TDs/td_1648.pdf>. Acesso em: 21 mar. 2013.

DINIZ, B. P. C. *et al.* Gasto das famílias com saúde no Brasil: evolução e debate sobre gasto catastrófico. In: SILVEIRA, F. G. *et al.* **Gasto e consumo das famílias brasileiras contemporâneas**. Brasília: Ipea, 2007. v. 2. p. 143-166.

FLEITH, V. D. *et al.* Perfil de utilização de medicamentos em usuários da rede básica de saúde de Lorena, SP. **Ciência e saúde coletiva**, v. 13, p. 755-762, 2008. Suplemento.

GARCIA, L. P. *et al.* Gastos com saúde das famílias brasileiras residentes em regiões metropolitanas: composição e evolução no período 1995-2009. **Ciência e saúde coletiva**,

v. 18, n. 1, p. 115-128, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232013000100013&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 22 mar. 2013.

GARG, C. C.; KARAN, A. K. Reducing out-of-pocket expenditures to reduce poverty: a disaggregated analysis at rural–urban and state level in India. **Health policy plan**, Oxford, v. 24, p. 116-128, 2009.

GHOSH, S. Catastrophic payments and impoverishment due to out-of-pocket health spending. **Economic and political weekly**, Mumbai, v. xlvi, n. 47, p. 63-70, 2011.

IBGE – INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Pesquisa de Orçamentos Familiares 2002-2003**: primeiros resultados, Brasil e grandes regiões. Rio de Janeiro, 2004.

_____. **Pesquisa de Orçamentos Familiares 2008-2009**: despesas, rendimentos e condições de vida. Rio de Janeiro, 2010a.

_____. **Notas técnicas**, 2010b.

_____. Coordenação de Contas Nacionais. **Conta-satélite de saúde**: Brasil: 2007-2009. Rio de Janeiro, 2012.

IPEA – INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA. Diretoria de Estudos e Políticas Sociais. **Políticas sociais**: acompanhamento e análise, Rio de Janeiro, n. 19, 2011.

LIMA-COSTA, M. F.; BARRETO, S. M.; GIATTI, L. Condições de saúde, capacidade funcional, uso de serviços de saúde e gastos com medicamentos da população idosa brasileira: um estudo descritivo baseado na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. **Cadernos de saúde pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, jun. 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2003000300006&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 20 nov. 2012.

LIMA-COSTA, M. F.; MATOS, D. L.; CAMARANO, A. A. Evolução das desigualdades sociais em saúde entre idosos e adultos brasileiros: um estudo baseado na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD 1998, 2003). **Ciência & saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 4, p. 941-950, dez. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232006000400016&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 22 mar. 2013.

LIMA-COSTA, M. F. *et al.* Tendências em dez anos das condições de saúde de idosos brasileiros: evidências da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (1998, 2003, 2008). **Ciência & saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 9, set. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011001000006&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 22 mar. 2013.

LOYOLA FILHO, A. I.; UCHOA, E.; LIMA-COSTA, M. F. Estudo epidemiológico de base populacional sobre uso de medicamentos e entre idosos na região metropolitana de Belo

Horizonte, Minas Gerais, Brasil. **Cadernos de saúde pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 12, p. 2.657-2.667, dez. 2006.

LOYOLA FILHO, A. I. *et al.* Estudo de base populacional sobre o consumo de medicamentos entre idosos: projeto Bambuí. **Cadernos de saúde pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, p. 545-553, abr. 2005.

LUFFMAN, J. Out-of-pocket spending on prescription drugs. **Perspectives on labour and income**, v. 6, n. 9, p. 5-13, set. 2005.

MÉDICI, A. Propostas para melhorar a cobertura, a eficiência e a qualidade no setor saúde. *In*: BACHA, E. L.; SCHWARTZMAN, S. (Org.). **Brasil: a nova agenda social**. Rio de Janeiro: LTC, 2011. p. 23-93.

MENEZES, T. *et al.* O gasto e a demanda das famílias em saúde: uma análise a partir da POF 2002-2003. *In*: SILVEIRA, F. G. *et al.* **Gasto e consumo das famílias brasileiras contemporâneas**. Brasília: Ipea, 2006. v. 1. p. 314-344.

MIRANDA, E. S. *et al.* Disponibilidade no setor público e preços no setor privado: um perfil de medicamentos genéricos em diferentes regiões do Brasil. **Cadernos de saúde pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 10, p. 2.147-2.158, out. 2009.

PANIZ, V. M. V. *et al.* Acesso a medicamentos de uso contínuo em adultos e idosos nas regiões Sul e Nordeste do Brasil. **Cadernos de saúde pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 2, p. 267-280, fev. 2008.

PESSOA, M. de S.; DA SILVEIRA, M. A. C. **Como as famílias brasileiras avaliam a suficiência de seus rendimentos segundo a POF 2002-2003** – implicações para um índice de qualidade de vida. Brasília: Ipea, 2010 (Texto para Discussão, n. 1.461). Disponível em: <http://www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=5006>. Acesso em: 21 mar. 2013.

PORTO S. M.; UGÁ M. A. D.; MOREIRA R. da S. Uma análise da utilização de serviços de saúde por sistema de financiamento: Brasil 1998-2008. **Ciência e saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 9, p. 3.795-3.806, 2011.

SANTANA, L. R. F.; GARCIA, L. Evolução da prevalência do diabetes e deste associado à hipertensão arterial no Brasil: análise da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios, 1998, 2003 e 2008. **Epidemiologia e serviços de saúde**, Brasília, v. 21, n.1, p. 7-19, jan./mar. 2012.

SCHNEIDER M. C. *et al.* Métodos de mensuração das desigualdades em saúde. **Revista panamericana de salud publica**, Washington, v. 12, n. 6, Dec. 2002. Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892002001200006&lng=en&nrm=iso&tlng=pt>.

SILVEIRA, F. G.; OSÓRIO, R. G.; PIOLA, S. F. Os gastos das famílias com saúde. **Ciência & saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 4, p. 719-731, 2002.

_____. Os gastos das famílias com saúde. In: SILVEIRA, F. G. *et al.* **Gasto e consumo das famílias brasileiras contemporâneas**. Brasília: Ipea, 2006. v. 1. p. 107-124.

SILVEIRA, F. G. *et al.* **Gasto e consumo das famílias brasileiras contemporâneas**. Brasília: Ipea, 2006a. v. 1. p. 107-124.

_____. **Gasto e consumo das famílias brasileiras contemporâneas**. Brasília: Ipea, 2006b. v. 2. p. 107-124.

SILVEIRA NETO, R. da M.; MENEZES, T. A. de. Nível e evolução da desigualdade dos gastos familiares no Brasil: uma análise para as regiões metropolitanas no período 1996 a 2003. **Estudos econômicos**, v. 40, n. 2, p. 341-372, jun. 2010.

TEMPORÃO, J. G. **Avanços na saúde 2003-2010**. 2010. p. 30. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Apresentacaov10_161010.pdf>.

TRAVASSOS, C. *et al.* Desigualdades geográficas e sociais na utilização de serviços de saúde no Brasil. **Ciência & saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 133-149, 2000. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232000000100012&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 20 nov. 2012.

VASCONCELOS, A. M. N.; GOMES, M. M. F. Transição demográfica: a experiência brasileira. **Epidemiologia e serviços de saúde**, Brasília, v. 21, n. 4, p. 539-548, 2012.

VERAS, R. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. **Revista de saúde pública**, São Paulo, v. 43, n. 3, jun. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102009000300020&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 22 mar. 2013.

BIBLIOGRAFIA COMPLEMENTAR

OPAS – ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DA SAÚDE. **Avaliação da assistência farmacêutica no Brasil**: estrutura, processo e resultado. Brasília: Opas/MS, 2005.

ANEXO A

TABELA A.1

Número de famílias que gastaram segundo categorias de medicamentos

Medicamento	Tamanho da amostra	
	2002-2003	2008-2009
Analgésicos	17.174	23.379
Anti-inflamatórios	9.582	8.629
Antigripais	6.635	8.417
Hipertensão	6.931	7.114
Anti-infecciosos	5.447	4.418
Vitaminas	4.705	5.035
Anticoncepcional	4.777	4.782
Sistema nervoso	4.740	4.427
Antialérgicos	3.627	3.375
Diabetes	1.165	1.559
Colesterol	839	1.367
Doenças do coração	738	2.410

Fonte: IBGE/POFs 2002-2003 e 2008-2009, microdados.

Elaboração dos autores.

EDITORIAL

Coordenação

Cláudio Passos de Oliveira

Supervisão

Andrea Bossle de Abreu

Revisão

Carlos Eduardo Gonçalves de Melo
Cristina Celia Alcantara Possidente
Edylene Daniel Severiano (estagiária)
Elisabete de Carvalho Soares
Lucia Duarte Moreira
Luciana Nogueira Duarte
Míriam Nunes da Fonseca

Editoração eletrônica

Roberto das Chagas Campos
Aeromilson Mesquita
Aline Cristine Torres da Silva Martins
Carlos Henrique Santos Vianna
Hayra Cardozo Manhães (estagiária)
Maria Hosana Carneiro Cunha

Capa

Luís Cláudio Cardoso da Silva

Projeto Gráfico

Renato Rodrigues Bueno

Livraria do Ipea

SBS – Quadra 1 – Bloco J – Ed. BNDES, Térreo.
70076-900 – Brasília – DF
Fone: (61) 3315-5336

Correio eletrônico: livraria@ipea.gov.br

Composto em Adobe Garamond Pro 12/16 (texto)
Frutiger 67 Bold Condensed (títulos, gráficos e tabelas)
Impresso em offset 90g/m²
Cartão supremo 250g/m² (capa)
Rio de Janeiro-RJ

Missão do Ipea

Produzir, articular e disseminar conhecimento para aperfeiçoar as políticas públicas e contribuir para o planejamento do desenvolvimento brasileiro.



ipea Instituto de Pesquisa
Econômica Aplicada

S2E

SECRETARIA DE
ASSUNTOS ESTRATÉGICOS
DA PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA

