

Acesso aos medicamentos para tratamento da doença de Alzheimer fornecidos pelo Sistema Único de Saúde em Minas Gerais, Brasil

Access to medicines for Alzheimer's disease provided by the Brazilian Unified National Health System in Minas Gerais State, Brazil

Acceso a los medicamentos para el tratamiento de la enfermedad de Alzheimer disponibles en el Sistema Único de Salud en Minas Gerais, Brasil

Celline Cardoso Almeida-Brasil¹
Juliana de Oliveira Costa¹
Viviane Celestino Ferreira dos Santos Aguiar¹
Daniela Pena Moreira¹
Edgar Nunes de Moraes¹
Francisco de Assis Acurcio¹
Augusto Afonso Guerra Júnior¹
Juliana Álvares¹

Resumo

Avaliou-se as barreiras de acesso ao tratamento da doença de Alzheimer com base nos processos administrativos de medicamentos inibidores da colinesterase (IChE), enviados à Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, Brasil, entre 2012 e 2013. Utilizando-se informações de 165 processos selecionados aleatoriamente, abordaram-se as dimensões de acesso: acessibilidade geográfica, acomodação, aceitabilidade, disponibilidade e capacidade aquisitiva. O trâmite administrativo para o fornecimento dos IChE levou em média 39 dias e foi influenciado por características do trajeto percorrido pelo usuário. A maioria dos prescritores cumpriu menos de 80% dos critérios exigidos pelo Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) da doença de Alzheimer. Como resultado, 38% dos processos não foram deferidos. A capacidade aquisitiva para o tratamento privado mensal com IChE foi de cerca de 21 dias de salário mínimo. Conclui-se que a burocracia do trâmite administrativo e a dificuldade de seguimento do PCDT pelos prescritores prejudicam o acesso ao tratamento da doença de Alzheimer e constituem uma grande carga para o orçamento dos pacientes.

Assistência Farmacêutica; Acesso aos Serviços de Saúde; Doença de Alzheimer; Inibidores da Colinesterase

¹ Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, Brasil.

Correspondência
C. C. Almeida-Brasil
Rua Carlos Sá 740, Belo Horizonte, MG
31550-200, Brasil.
celline.cardoso@gmail.com

Introdução

As síndromes demenciais constituem atualmente um grande problema de saúde pública¹. A prevalência da demência aumenta com o envelhecimento e varia de 1,5%, entre 60 e 64 anos, a cerca de 40% na faixa etária dos noventa anos².

A doença de Alzheimer é a principal causa de demência irreversível, sendo responsável por aproximadamente 60% dos casos³. Trata-se de um transtorno neurodegenerativo progressivo que resulta em comprometimento das atividades de vida diária (AVD), acompanhado de alterações comportamentais e de sintomas neuropsiquiátricos⁴. A triagem cognitiva é feita por meio de testes que examinam o comprometimento cognitivo (*Mini Exame do Estado Mental* – MEEM) e o nível de comprometimento da memória, juízo e resolução de problemas, atividades domésticas e cuidado pessoal, dentre outros (*Clinical Dementia Rating* – CDR)⁴.

O tratamento da doença de Alzheimer tem o objetivo de aliviar os sintomas e retardar a progressão da doença⁵. Dentre as opções terapêuticas propostas atualmente, os fármacos inibidores de colinesterase (IChE) são os mais comumente empregados por apresentarem melhores resultados no controle da doença nos níveis leve e moderado, que correspondem às classificações CDR1 e CDR2, respectivamente⁵.

No Sistema Único de Saúde (SUS), os medicamentos donepezila, galantamina e rivastigmina são disponibilizados gratuitamente aos usuários por meio do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF), e seu fornecimento está sujeito ao cumprimento dos critérios e normas estabelecidos pelo Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) da doença de Alzheimer⁶. O trâmite administrativo começa com o Laudo de Solicitação, Avaliação e Autorização de Medicamentos (LME), preenchido pelo prescritor. O paciente ou seu representante (e.g., familiar ou cuidador) deverá anexar ao LME os resultados de exames, prescrição médica e demais documentos pertinentes, constituindo o processo de solicitação, que deve ser entregue em uma das Gerências Regionais de Saúde (GRS) de Minas Gerais. Após o registro na GRS, o processo é encaminhado para a Secretaria de Estado de Saúde (SES/MG) para a avaliação deste por um analista, em conformidade com o PCDT. O analista emite pareceres técnicos para cada processo, deferindo ou não a solicitação. Os pacientes com processos deferidos recebem periodicamente o medicamento na farmácia da respectiva GRS, e os processos indeferidos ou devolvidos retornam também a estes órgãos, onde os usuários recebem a cópia

do parecer técnico com esclarecimentos ao paciente e/ou ao prescritor⁷.

A gratuidade do medicamento e a conformidade da solicitação frente ao PCDT, entretanto, não configuram o acesso, uma vez que as barreiras relacionadas envolvem dimensões, como: disponibilidade (isto é, volume de medicamentos ofertados e disponíveis de acordo com as necessidades do usuário); acessibilidade geográfica (relação entre a localização do serviço e a localização dos usuários); acomodação (como os serviços são fornecidos e organizados para atender aos usuários); capacidade aquisitiva (capacidade do usuário em arcar com os custos do tratamento); e aceitabilidade (atitudes de profissionais de saúde e usuários em relação às características e práticas do serviço)^{8,9}.

As barreiras de acesso aos medicamentos podem prejudicar a efetividade do tratamento devido à demora no início deste e concomitante progressão da doença – caso para o qual o uso de IChE é contraindicado⁶. No Brasil, poucos estudos avaliam as dimensões específicas do acesso aos medicamentos do CEAF disponíveis no SUS. Nesse contexto, o objetivo deste trabalho foi conhecer, com base nos processos de solicitação de IChE, o perfil epidemiológico dos pacientes portadores de doença de Alzheimer que requerem medicamentos ao CEAF em Minas Gerais e avaliar as barreiras de acesso ao tratamento diretamente relacionadas ao trâmite administrativo.

Métodos

Foi realizado um estudo transversal de processos de solicitação de medicamentos para a doença de Alzheimer, no âmbito do SUS em Minas Gerais, Brasil, no período de outubro de 2012 a julho de 2013. A seleção dos processos foi realizada aleatoriamente baseando-se no banco de processos digitalizados do Centro Colaborador do SUS (CCATES/UFGM). A amostra foi calculada em 165 processos, considerando-se o número total de processos digitalizados pelo CCATES (n = 1.260); prevalência de processos de Alzheimer não deferidos enviados à SES/MG em 2012 (12%); nível de significância (5%); efeito de desenho (1); e possíveis perdas por informações faltantes (12%). Foram coletados, também, dados do Sistema Integrado de Gerenciamento da Assistência Farmacêutica (SIGAF) de Minas Gerais. A coleta dos dados e a construção do banco foram realizadas após o treinamento da equipe, por meio de um formulário estruturado.

Para conhecer o perfil dos pacientes requerentes, realizou-se uma análise descritiva das seguintes características: sexo, idade, cor da pe-

le, escolaridade, profissão, estado civil, medicamentos utilizados, IChE solicitado, município da GRS e resultados nos testes MEEM e CDR. Os municípios das GRS foram classificados segundo macrorregião de saúde e os medicamentos utilizados foram ordenados segundo o sistema de classificação *Anatomical Therapeutic Chemical* (ATC) da Organização Mundial da Saúde¹⁰. O número do registro profissional dos prescritores foi coletado do LME e, por meio de consulta *online* na página de Internet do Conselho Regional de Medicina de Minas Gerais, as informações de especialidade e data do primeiro registro foram obtidas.

Para avaliar as barreiras de acesso relacionadas ao processo de solicitação dos IChE no CEAF, foram abordadas cinco dimensões. A acessibilidade geográfica, entendida como a relação geográfica entre as instituições físicas de saúde e o indivíduo, foi avaliada pela distância entre a GRS e os usuários. A acomodação, entendida como o modo como os serviços são fornecidos e organizados para atender aos usuários com conveniência, foi avaliada por meio da burocracia envolvida no trâmite administrativo. A aceitabilidade, entendida como a aceitação dos trabalhadores (isto é, profissionais de saúde) em relação às práticas do serviço para prestar assistência aos usuários, foi avaliada por intermédio do cumprimento do PCDT por parte dos prescritores. A disponibilidade, entendida como existência ou não do serviço prestado no momento em que é necessário, foi avaliada como a porcentagem de solicitações de medicamentos que foram atendidas. Por fim, a capacidade aquisitiva, entendida como a relação entre o custo de despesas com medicamentos e a capacidade de pagamento dos indivíduos, foi avaliada valendo-se do custo do medicamento para o paciente pela rede privada, caso o processo não seja deferido. Mais detalhes sobre como foi realizada a avaliação de cada uma das dimensões do estudo estão apresentados na Tabela 1.

A análise do trâmite administrativo do processo considerou três etapas para o deferimento final dos medicamentos IChE: (i) a 1ª etapa compreende desde o preenchimento do LME até a entrada do processo na GRS; (ii) a 2ª representa a permanência do processo na GRS até o seu envio à SES/MG; e (iii) a 3ª etapa inclui desde a chegada do processo na SES/MG até o seu retorno à GRS, com o respectivo parecer do analista deferindo-o ou não.

A matriz de análise e julgamento para avaliar a aceitação de prescritores ao PCDT de Alzheimer, apresentada na Tabela 2, foi construída com base nas informações preconizadas pelo PCDT. Os indicadores foram escolhidos baseando-se

nos critérios considerados pelo analista ao avaliar o processo de solicitação de IChE. O parâmetro de cada critério representa o que está normatizado no PCDT de Alzheimer utilizado pela SES/MG, que inclui critérios adicionais de avaliação em relação ao PCDT do Ministério da Saúde, com maior número de testes cognitivos¹¹. A fonte de verificação diz respeito ao lugar/documento do processo de solicitação onde os dados foram coletados para responder aos indicadores¹². Indicadores considerados como críticos para a decisão de deferimento (isto é, os critérios de inclusão e exclusão) receberam maior peso na pontuação.

Variáveis categóricas foram apresentadas por meio de distribuições de frequência, e variáveis contínuas pelas medidas descritivas (mínimo e máximo) e de tendência central (média), com o seu respectivo desvio padrão (DP). A comparação entre as variáveis categóricas foi realizada usando-se o teste do qui-quadrado, e as comparações de médias pelo teste t e ANOVA, verificando-se a suposição de igualdade de variâncias (homocedasticidade) pelo teste de Levene e, então, aplicando-se o teste de Tukey ou Games-Howell. Considerou-se significância a 5%. Todas as análises foram realizadas pelo programa SPSS versão 22 (IBM Corp., Armonk, Estados Unidos).

Os dados identificados de pacientes e prescritores foram mantidos em sigilo e os resultados foram expressos de forma a preservar a confidencialidade dos participantes. O projeto atendeu aos aspectos éticos sobre pesquisas envolvendo seres humanos, e foi aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade Federal de Minas Gerais sob parecer número 284.589.

Resultados

Características da população

Todos os processos selecionados no período estudado foram incluídos nas análises (n = 165). A maioria dos pacientes era do sexo feminino (62,4%), de cor branca (67,5%) e a idade variou de 51 a 92 anos, com média de 77,7 anos. Poucos processos continham informações sociodemográficas dos pacientes, como profissão (n = 34), estado civil (n = 54) e escolaridade (n = 114). Dos processos com informações sobre profissão, 47,1% reportaram a ocupação do paciente como “do lar” e 17,6% como “trabalhador braçal”. Quanto ao estado civil, a maioria dos requerentes era casada (70,4%). A média para escolaridade foi de 5,3 anos de estudos, variando de 0 a 13 anos.

Em relação às características clínicas, apenas 89 (53,9%) processos tinham informação sobre os

Tabela 1

Finalidades específicas e métodos utilizados segundo a dimensão abordada.

Dimensões de acesso	Finalidade	Dados coletados	Processamento e análise dos dados
Acessibilidade geográfica	Avaliar o trajeto percorrido pelos pacientes/cuidadores para obter medicamentos no SUS e sua influência no tempo gasto entre o preenchimento do LME e a entrada do processo na GRS (1ª etapa do trâmite)	<u>Processo de solicitação de IChE:</u> - Município de residência - Município da GRS - Data na qual o LME foi assinada - Data de registro na GRS <u>Consulta ao DER/MG:</u> - Existência de linhas de transporte intermunicipal - Situação de pavimentação das rodovias do estado	A distância entre os municípios foi calculada por meio do aplicativo Google Maps, sendo considerada como 0 Km se o paciente morasse no mesmo município da GRS. O tempo entre a data de assinatura do LME e a de registro do processo na GRS foi calculado em dias e sua média foi comparada em relação à distância entre os municípios e às características do trajeto percorrido
Acomodação	Avaliar o tempo médio gasto nas etapas do trâmite administrativo sob responsabilidade da GRS e SES/MG (2ª e 3ª etapas)	<u>Processo de solicitação de IChE:</u> - Data de registro na GRS - Município da GRS <u>SIGAF:</u> - Data de envio ao analista (SES/MG) - Data de retorno à GRS	Calculou-se a média do tempo gasto em cada etapa do trâmite administrativo e esta foi comparada entre a GRS de Belo Horizonte (mesmo município da SES/MG) e as demais GRS, e entre as macrorregiões de saúde das GRS
Aceitabilidade	Avaliar a concordância entre as informações fornecidas nos processos e aquelas preconizadas pelo PCDT	<u>Processo de solicitação de IChE:</u> - LME - Exames de vitamina B12 e creatinina - Critério de depressão DSM-IV - Testes cognitivos: MEEM, AVDs básicas, CDR, Lista de 10 palavras - Relatório médico	Para cada critério de cumprimento ao protocolo foram definidos indicadores, contidos numa matriz de análise e julgamento, aos quais foi atribuída uma pontuação máxima caso o procedimento fosse obedecido. A soma dessa pontuação (máximo de 15 pontos) forneceu um escore por prescritor e por processo. Realizou-se análise descritiva do escore e da não observância de cada procedimento, além de análise comparativa entre a média do escore e as macrorregiões de saúde das GRS
Disponibilidade	Analisar a disponibilidade dos medicamentos IChE para pacientes elegíveis	<u>Processo de solicitação de IChE:</u> - Parecer do analista	Realizou-se análise descritiva do resultado do parecer (deferido ou não). A prevalência de deferimento foi comparada entre as macrorregiões de saúde das GRS e entre prescritores com menos ou mais de 20 anos de profissão
Capacidade aquisitiva	Identificar o custo que o paciente/familiar teria ao fazer o tratamento pela rede privada	<u>Consulta à CMED:</u> - Preço máximo ao consumidor de cada IChE (medicamento referência) em março de 2013, considerando as doses máximas recomendadas pelo PCDT <u>Consulta ao Decreto nº 7.872, de 26 de dezembro de 2012:</u> - Valor diário do salário mínimo	A capacidade aquisitiva foi estimada como o número de dias de salário que um trabalhador com rendimento de um salário mínimo nacional necessita para adquirir o tratamento por um mês em uma farmácia privada. Assim, o preço máximo ao consumidor para um mês de tratamento foi dividido pelo valor diário do salário mínimo nacional vigente no período da coleta de dados (R\$ 22,60)

AVD: atividades de vida diária; CDR: *Clinical Dementia Rating*; CMED: Câmara de Regulação do Mercado de Medicamentos; DER/MG: Departamento de Estradas de Rodagem de Minas Gerais; DSM: *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais*; GRS: Gerência Regional de Saúde; IChE: inibidores da colinesterase; LME: Laudo de Solicitação, Avaliação e Autorização de Medicamentos; MEEM: *Mini Exame do Estado Mental*; PCDT: Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas; SES/MG: Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais; SIGAF: Sistema Integrado de Gerenciamento da Assistência Farmacêutica; SUS: Sistema Único de Saúde.

Tabela 2

Matriz de análise e julgamento para avaliar a aceitação de prescritores ao Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) para a doença de Alzheimer.

Descrição no PCDT	Indicador	Fonte de verificação	Parâmetro	Pontuação	Julgamento
Critério de inclusão	Diagnóstico diferencial: afastar demência por níveis baixos de vitamina B12	Exame de vitamina B12	Vitamina B12 > 150pg/mL	0 = B12 < 150pg/mL ou ausência do exame 2 = resultado dentro do parâmetro	
	Diagnóstico diferencial: afastar demência por presença de depressão	Critérios de depressão segundo o DSM-IV	DMS-IV < 5 pontos Olhar relatório médico para identificar se a depressão já está sendo tratada	0 = presença de depressão maior (> 5 pontos) não tratada ou ausência do teste 2 = ausência de depressão ou depressão sendo tratada	
	Forma de aplicação/ preenchimento do MEEM e pontuação obtida	Avaliação cognitiva (MEEM)	Pontuação entre 12 e 24 para pacientes com mais de 4 anos de escolaridade ou entre 8 e 21 para pacientes com até 4 anos de escolaridade	0 = preenchimento incorreto do teste ou pontuação fora do parâmetro 2 = pontuação dentro do parâmetro	
	Tipo de demência segundo classificação CDR	Avaliação cognitiva-funcional global (CDR)	CDR1 ou CDR2	0 = ausência do teste ou escolha de outra classificação que não CDR1 ou CDR2 2 = classificação como CDR1 ou CDR2	
Critério de exclusão	Diagnóstico diferencial: afastar demência por presença de insuficiência renal	Exame de creatinina	Clearance * > 60mL/minuto	0 = paciente com insuficiência renal 2 = paciente com níveis de creatinina dentro do parâmetro	Aceitação adequada: > 12 pontos (> 80%) Aceitação regular: de 9 a 12 pontos (60%-80%) Aceitação insuficiente: < 9 pontos (< 60%)
	Escolaridade	Avaliação cognitiva (MEEM)	Presença da informação	0 = informação ausente 1 = informação presente	
	Forma de aplicação/ preenchimento da lista de 10 palavras e pontuação obtida	Lista de 10 palavras	Presença de curva ascendente de aprendizado	0 = ausência do teste ou incongruência na aplicação 1 = pontuação indicando curva de aprendizado	
Requerido no PCDT da SES/MG	Dependência para AVD básicas	Avaliação funcional	Dependente para até 2 atividades básicas	0 = preenchimento incorreto do teste ou dependência para 3 ou mais AVD básicas 1 = dependência para até duas AVD básicas	
Regulação/ Controle/Avaliação pelo gestor	Medicamento e dose prescrita	LME	Donepezila: 5mg/dia ou 10mg/dia Galantamina: 8mg/dia, 16mg/dia ou 24mg/dia Rivastigmina: 3mg/dia, 6 mg/dia, 9mg/dia ou 12mg/dia	0 = medicamento ou dose não padronizados 1 = medicamento e dose de acordo com o PCDT	
	Presença de informação requerida no PCDT	Relatório médico	Relatório médico com apresentação da doença, evolução, sintomas neuropsiquiátricos e medicamentos utilizados	0 = ausência de relatório médico ou falta de alguma das informações requeridas pelo PCDT 1 = relatório médico com todas as informações requeridas	

AVD: atividades de vida diária; CDR: *Clinical Dementia Rating*; DSM: *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais*; LME: Laudo de Solicitação, Avaliação e Autorização de Medicamentos; MEEM: *Mini Exame do Estado Mental*; PCDT: Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas; SES/MG: Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais.

* Clearance = [(peso do paciente x (140 - idade do paciente))/76] x creatinina.

medicamentos utilizados pelos pacientes. Cada paciente utilizou de um a cinco medicamentos de 35 classes farmacológicas diferentes segundo o código ATC. Os medicamentos mais utilizados para o tratamento de comorbidades foram os antagonistas da angiotensina II (29,2%), antidepressivos (24,7%) e hipolipemiantes (15,7%).

Foram coletados dados referentes a dois testes requeridos pelo PCDT, o MEEM e o CDR. A pontuação do MEEM varia de 0 a 30 pontos, e um escore abaixo de 24 sugere comprometimento cognitivo para indivíduos com quatro ou mais anos de estudos, enquanto que para os indivíduos de baixa escolaridade o ponto de corte é de 21 pontos. Entretanto, observaram-se pontuações acima de 30 ($n = 2$) e preenchimento com números fracionados ($n = 1$). Após exclusão desses três processos, a pontuação média foi de 15,4 pontos, variando de 2 a 27 pontos. Quanto à classificação do CDR, 28,5% dos pacientes não foram avaliados pelo prescritor. Dos que foram avaliados, 49,2% foram classificados como CDR1, 45,8% como CDR2 e 5% como CDR3, sendo estes últimos processos indeferidos, uma vez que ser classificado como CDR3 constitui critério de exclusão para o uso de IChE⁶.

Os processos de solicitação de medicamentos para o tratamento de doença de Alzheimer foram recebidos de diversas GRS do Estado de Minas Gerais, sendo a região Centro (35,2%) a macrorregião que mais recebeu solicitação, com destaque para a GRS do Município de Belo Horizonte, seguida das regiões Sul (12,7%), Triângulo do Norte (10,3%), Leste (9,1%) e Sudeste (8,5%).

Dentre os medicamentos solicitados, a donepezila foi o fármaco mais prescrito pelos médicos (56,4%), seguida por rivastigmina (23%) e galantamina (20,6%).

Os 165 processos foram preenchidos por 125 médicos, com uma média de 1,3 processo por prescritor, sendo a maioria neurologista (50%), seguida por geriatras (33%). O tempo de profissão variou de 8 meses a 47 anos, com média de 15,2 anos ($DP = 9,8$).

Barreiras de acesso aos inibidores da colinesterase

No âmbito do processo de prescrição e solicitação de IChE, as dimensões que influenciam o acesso aos medicamentos estão descritas a seguir em ordem cronológica da cadeia de eventos que leva ao não deferimento do processo e possível procura do paciente pelo tratamento na rede privada, assumindo os custos.

• Acessibilidade geográfica

A maioria dos pacientes (54,5%) residia em município diferente daquele onde a GRS está localizada. A distância média entre o município de residência e o da GRS foi de 43,6km ($DP = 51,8$), variando de 0 a 212km. Baseando-se na consulta ao Departamento de Estradas de Rodagem de Minas Gerais (DER/MG)^{13,14}, observou-se que 7% dos trajetos têm algum trecho sem pavimentação e 19% não contam com linhas de transporte intermunicipal.

A distância, assim como a presença ou não de transporte público intermunicipal e as condições das rodovias entre o município de residência e a GRS, apresentaram influência no tempo gasto na 1ª etapa do trâmite administrativo (Tabela 3), postergando o acesso do paciente ao medicamento. O tempo médio desde a solicitação pelo prescritor até o registro do processo na GRS foi de 23,5 dias ($DP = 23,2$), variando de 0 a 103 dias. Esse tempo foi maior para pacientes que residiam em municípios diferentes daqueles da GRS, sendo que quanto maior a distância entre os dois municípios, maior o tempo médio gasto ($p = 0,011$). O tempo médio também foi maior para trajetos sem linhas de transporte intermunicipal ($p = 0,022$).

• Acomodação

Considerando somente as etapas sob a responsabilidade da GRS e SES/MG, ou seja, desde o registro do processo na GRS até o seu retorno com o parecer do analista, o tempo médio foi de 38,5 dias ($DP = 11,2$), variando de 20 a 87 dias. O tempo médio total foi significativamente maior para a GRS localizada no mesmo município da SES/MG (isto é, Belo Horizonte), quando comparada com GRS de outros municípios ($43,0 \pm 8,4$ vs. $36,0 \pm 11,9$ dias; $p < 0,001$). Entre as macrorregiões, a maior demora total ocorreu para Triângulo do Norte, com média de 51,2 dias ($DP = 17,7$), demonstrando diferença estatística em comparação com as macrorregiões Sudeste ($p = 0,023$) e Sul ($p = 0,027$) (Figura 1). Em seguida, a macrorregião Centro apresentou um tempo médio de 42,6 dias ($DP = 9,3$), sendo, também, estatisticamente maior que o tempo médio das macrorregiões Sudeste ($p < 0,001$) e Sul ($p = 0,001$) (Figura 1). O tempo gasto na 2ª etapa do trâmite, que abrange desde o registro do processo na GRS até o envio deste para a SES/MG, levou de quatro a 63 dias, com média de 17,6 dias ($DP = 9,1$), sendo estatisticamente menor para as macrorregiões Leste, Sudeste e Sul, quando comparadas às macrorregiões Centro e Triângulo do Norte (Figura 1). O tempo mé-

Tabela 3

Fatores que influenciam a acessibilidade geográfica ao tratamento da doença de Alzheimer pelo Sistema Único de Saúde em Minas Gerais, Brasil, mediante abertura de processo administrativo.

Fatores	Tempo gasto (dias) na 1ª etapa do trâmite	
	Média ± DP	Valor de p
Mesmo município de residência e GRS		
Sim (n = 75)	17,9±18,8	0,006
Não (n = 87)	27,2±23,6	
Distância (Km) entre o município de residência e o da GRS		
0-20 (n = 86)	18,6±18,6	0,011 *
21-80 (n = 37)	24,3±22,7	
> 80 (n = 39)	31,0±25,6	
Transporte intermunicipal **		
Sim (n = 70)	25,3±22,9	0,022
Não (n = 17)	41,1±32,4	
Condição da rodovia **		
Pavimentada (n = 81)	26,5±22,8	0,288
Trecho sem pavimentação (n = 6)	37,2±33,3	

DP: desvio padrão; GRS: Gerência Regional de Saúde.

* Diferença estatística entre o primeiro e terceiro grupos;

** No caso dos municípios de residência e GRS serem diferentes.

dio em que o processo permaneceu de posse da SES/MG (3ª etapa) foi de 20,8 dias (DP = 6,4) e variou de 10 a 58 dias, não demonstrando diferença entre as macrorregiões das GRS.

• Aceitabilidade

O escore total médio de cumprimento do protocolo nos 165 processos foi de 12,1 pontos (DP = 2,2), o que representa 80% de conformidade com os critérios do PCDT. A menor média do escore foi observada para a macrorregião Norte (8,7±1,2) (Tabela 4), havendo diferença estatisticamente significativa em relação às médias das macrorregiões Oeste (p = 0,045) e Centro Sul (p = 0,032). Boa parte dos prescritores (46%) apresentou uma aceitação adequada, 46% obtiveram aceitação regular e apenas 8% apresentaram aceitação insuficiente.

Dentre os critérios de inclusão do PCDT, o MEEM foi preenchido corretamente ou com a pontuação dentro dos parâmetros de inclusão em 73% dos processos, o CDR foi realizado e classificado dentro das normas do PCDT em 67%, e o diagnóstico diferencial foi realizado de modo correto em 72% dos processos. Os procedimentos requeridos somente no PCDT da SES/MG e que não constam explicitamente como obrigatórios no PCDT do Ministério da Saúde registraram baixa aceitação dos prescritores, sendo que

somente em 38% dos processos o teste de dez palavras do CERAD foi realizado corretamente, em 69% a escolaridade do paciente foi informada e em 78% dos processos o teste de AVDs básicas estava de acordo com os critérios de inclusão do PCDT (grande dependência nas AVDs básicas é indicativo de CDR3).

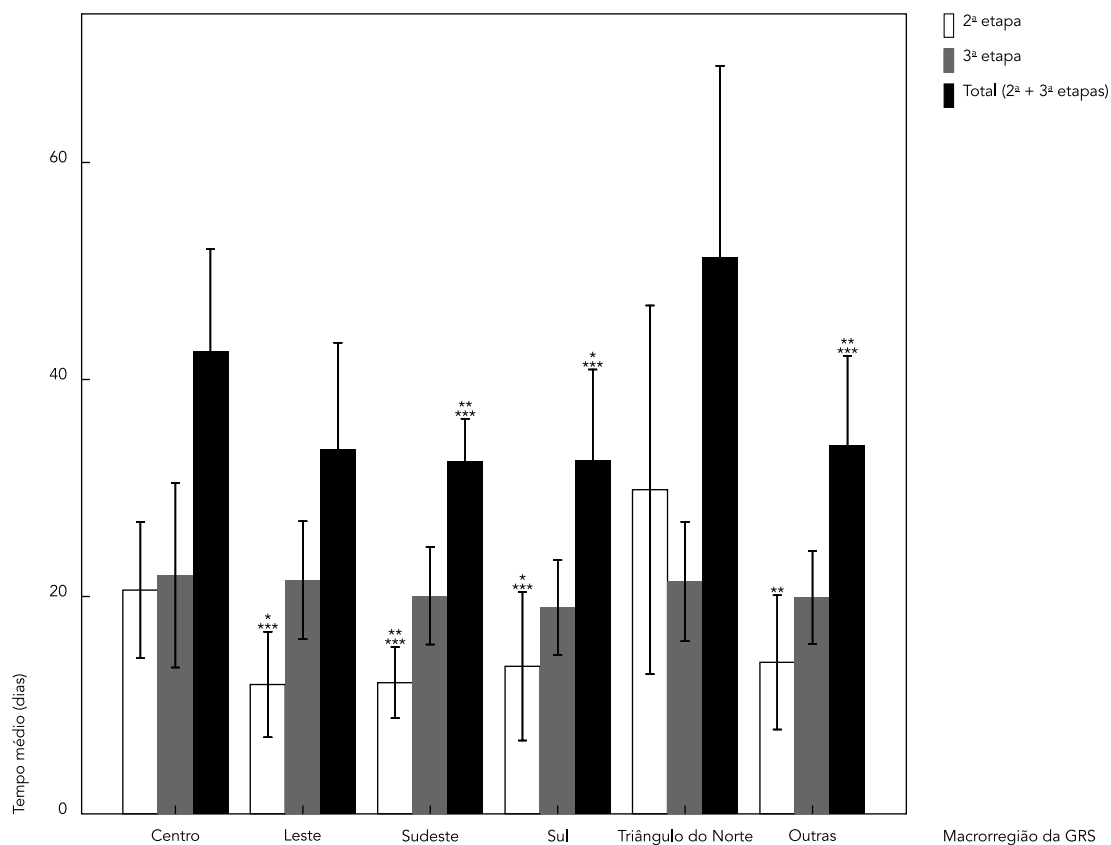
• Disponibilidade

A não observância do PCDT para a doença de Alzheimer levou a uma frequência de 38% de processos não deferidos, sendo que um deles foi indeferido por ter solicitado uma dose não padronizada e os outros foram devolvidos por preenchimento incorreto do processo. Cerca de 34% dos pacientes já utilizavam IChE antes da abertura do processo e, ainda assim, 48% destes processos foram devolvidos, todos por preenchimento incorreto de algum item. Dentre os processos enviados para reavaliação (n = 17), 65% foram devolvidos novamente, uma vez que os prescritores não compreenderam o motivo da primeira devolução e reenviaram o processo com pouca ou nenhuma modificação. Prescritores com menos de 20 anos de profissão tiveram mais processos deferidos do que aqueles com mais de 20 anos (69,6% vs. 44,9%; p = 0,003).

As GRS com maior frequência de processos não deferidos foram as da macrorregião Leste, e

Figura 1

Tempo médio gasto no trâmite administrativo de acordo com a macrorregião da Gerência Regional de Saúde (GRS).



Significância estatística: comparação com a macrorregião Centro (* $p < 0,01$; ** $p < 0,001$) e Triângulo do Norte (***) $p < 0,05$.

menores frequências foram observadas para as macrorregiões Nordeste e Centro Sul (Tabela 4).

• Capacidade aquisitiva

A indisponibilidade dos medicamentos no SUS por meio do não deferimento das solicitações pode ocasionar o custeio do tratamento do indivíduo por conta própria. Nesse caso, os IChE exigiriam cerca de 21 dias de salário para pagamento de um tratamento mensal: donepezila (22,3 dias), galantamina (21,4 dias) e rivastigmina (21,0 dias).

Discussão

Este estudo foi pioneiro em avaliar as cinco dimensões que influenciam o acesso a medicamentos que, no âmbito do SUS, são forneci-

dos somente mediante a abertura de processo administrativo. Os resultados apresentam uma visão geral dos processos de solicitação de anticolinesterásicos encaminhados à SES/MG no período entre outubro de 2012 e julho de 2013, assim como das características de pacientes com doença de Alzheimer que solicitaram esses medicamentos no SUS.

A maioria dos pacientes era do sexo feminino, com idades em torno de 77 anos e baixa escolaridade. Resultados semelhantes foram obtidos por outros estudos brasileiros e estrangeiros em pacientes com Alzheimer^{15,16,17}. Prevalece na literatura o entendimento de que a diferença entre os sexos se baseia no fato de que as mulheres apresentam uma sobrevivência geral maior do que os homens, e que a idade avançada representa o maior fator de risco para o desenvolvimento da doença de Alzheimer¹⁸. No entanto, alguns estudos recentes sugerem que essa maior incidência

Tabela 4

Barreiras de acesso aos inibidores da colinesterase (IChE) segundo macrorregião da Gerência Regional de Saúde (GRS).

Macrorregião da GRS	Barreiras de acesso		
	Acomodação Média de tempo (dias) gasto no trâmite (DP)	Aceitabilidade Média do escore de cumprimento do PCDT (DP)	Disponibilidade Número de processos não deferidos (%)
Centro (n = 58)	42,6 (9,4)	11,7 (2,6)	22 (37,9)
Centro Sul (n = 7)	37,3 (8,9)	13,6 (1,8)	1 (14,3)
Leste (n = 15)	33,6 (9,8)	11,6 (1,4)	10 (66,7)
Leste do Sul (n = 9)	30,2 (6,7)	12,3 (1,8)	2 (22,2)
Nordeste (n = 2)	28,0 (4,2)	12,5 (2,1)	0 (0,0)
Norte (n = 4)	31,7 (5,1)	8,7 (1,2)	2 (50,0)
Oeste (n = 9)	39,2 (11,0)	13,7 (1,1)	4 (44,4)
Sudeste (n = 14)	32,4 (4,0)	11,9 (2,2)	4 (28,6)
Sul (n = 21)	32,6 (8,3)	11,9 (2,5)	9 (42,9)
Triângulo do Norte (n = 17)	51,2 (17,7)	12,9 (1,3)	6 (35,3)
Triângulo do Sul (n = 9)	33,5 (7,3)	13,0 (2,4)	3 (33,3)

DP: desvio padrão; PCDT: Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas.

entre mulheres pode também ser explicada por variações biológicas e genéticas exclusivas deste gênero, além do nível e da qualidade educacional destinado às mulheres antigamente, fator importante no desenvolvimento de demência¹⁹.

A profissão está intimamente relacionada aos anos de estudos, uma vez que pessoas com baixa escolaridade tendem a conseguir trabalhos menos valorizados, em categorias mais desfavorecidas²⁰. Nesta pesquisa, apesar de não terem sido obtidas informações suficientes sobre a profissão dos pacientes, seis deles eram empregados em trabalho braçal e 16 em tarefas domésticas, ambas as profissões com pouco apoio social, pouco controle por parte do trabalhador e alta demanda de trabalho, fatores que podem estar relacionados com o aumento do risco de demência²¹.

O resultado obtido para o MEEM (15,4 pontos) foi abaixo da média observada em outros estudos brasileiros (cerca de 17 pontos)^{15,17,22}, apesar de a média de escolaridade verificada ter sido cerca de dois anos mais alta. Como a escolaridade influencia o desempenho do paciente no MEEM²³, esse resultado sugere que as informações ignoradas afetaram a interpretação da média de escolaridade encontrada neste estudo. Saber o nível escolar do paciente é de suma importância, uma vez que diminui a possibilidade de classificar erroneamente idosos que apresentam desempenho cognitivo compatível com a sua escolaridade como portadores de déficit cognitivo. Entretanto, 31% dos processos não continham essa informação.

Os medicamentos mais utilizados estão em concordância com aqueles mais prevalentes entre idosos e pacientes com Alzheimer, assim como as comorbidades hipertensão, depressão e diabetes^{24,25,26}. Quanto aos IChE solicitados, houve uma inversão do padrão brasileiro em 2008, descrito por Cintra et al.²⁷, no qual a rivastigmina foi o medicamento mais prescrito, possivelmente por ter sido o primeiro IChE a ser disponibilizado gratuitamente no Brasil. O padrão observado no presente trabalho, entretanto, é semelhante ao observado nos Estados Unidos, Canadá e Austrália^{28,29,30}. O PCDT não faz distinção de qual medicamento deve ser utilizado como primeira escolha, e o resultado pode refletir os diferentes perfis de intolerância ou contraindicações a um ou outro medicamento, bem como a preferência do prescritor⁶.

Dentre as dimensões que influenciam o acesso aos medicamentos está a acessibilidade geográfica, um fator particularmente importante a ser considerado na oferta de serviços de saúde, uma vez que é a primeira etapa para a obtenção de medicamentos pelo CEAF. A maioria dos pacientes solicitantes de IChE residia em municípios diferentes daqueles de sua GRS de referência. A distância entre o município da GRS e o município de residência afetou o tempo de deslocamento dos pacientes/cuidadores, possivelmente por dificuldades, tais como ausência de transporte público para o percurso necessário e custo, já que não é oferecida gratuidade de vale-transporte para este fim, deixando os pacientes/

cuidadores dependentes de outras pessoas para conduzi-los/custeá-los. Em um estudo realizado na Bahia, profissionais da saúde relataram que barreiras físicas e ausência de transporte coletivo contribuíam para o elevado tempo de deslocamento dos usuários até os serviços de atenção básica à saúde ³¹. A acessibilidade geográfica posterga o acesso ao tratamento e pode, também, excluir pacientes que não têm condições de percorrer o trajeto até a GRS. Estudos que avaliam a acessibilidade geográfica aos serviços de saúde, tal como no caso dos medicamentos do CEAF, são ferramentas essenciais para o planejamento de intervenções em prol da reorganização assistencial, que podem resultar em agilidade no acesso aos medicamentos, garantido assim, uma maior efetividade terapêutica.

É importante destacar que a demora nessa primeira etapa também pode ser por falta de informação de pacientes/cuidadores sobre quais os documentos e exames devem ser entregues, fazendo com que o paciente tenha de retornar à GRS em outro momento para entregar os documentos faltantes.

Observou-se que o tempo médio entre a abertura do processo na GRS e o retorno deste, já avaliado pelo analista, foi de mais de um mês (39 dias). A demora no processamento das solicitações foi maior na GRS de Belo Horizonte, provavelmente devido ao maior volume de solicitações recebidas (mais de um terço da demanda). O tempo médio gasto por cada macrorregião foi influenciado principalmente pela 2ª etapa, momento no qual o processo é registrado na GRS e encaminhado à SES/MG. Uma análise realizada com todas as solicitações de medicamentos pelo CEAF em Minas Gerais no ano de 2013 demonstrou que o tempo médio de processamento foi em torno de 58 dias ³². Ressalta-se, portanto, a importância do desenvolvimento de estratégias organizacionais que reduzam o tempo desse trâmite, tais como sistemas informatizados que permitam a digitalização dos requerimentos e a avaliação do cumprimento dos requisitos pelos analistas em tempo real. A implementação dessas ações poderia ser iniciada naqueles locais mais críticos, como identificado para as GRS das macrorregiões Triângulo do Norte e Centro.

Em relação à aceitabilidade, mais da metade dos prescritores cumpriu menos de 80% dos procedimentos exigidos no PCDT. Resultado semelhante foi encontrado por Vasconcelos ³³, no qual o grau de observância ao PCDT para o tratamento de anemia na insuficiência renal crônica foi abaixo de 80% para 62% dos prescritores. O seguimento foi menor nos critérios considerados como críticos para a obtenção do medicamento, como os testes cognitivos MEEM

e CDR, que eram sugestivos de demência grave, e o diagnóstico diferencial. Como consequência, 38% dos processos de solicitação de IChE não foram deferidos, sendo uma prevalência alarmante se comparada ao não deferimento de outros medicamentos solicitados junto ao CEAF como, por exemplo, imunossuppressores (0,7%) ³⁴. Em um estudo realizado no Rio Grande do Sul, observou-se que 62% dos processos de solicitação de IChE para a doença de Alzheimer não foram deferidos e que as principais razões foram a presença de outras demências não-Alzheimer e diagnóstico de demência grave ³⁵. Uma possível explicação para o não cumprimento dos critérios do protocolo observado no presente estudo é o fato de que o PCDT do Estado de Minas Gerais ¹¹ inclui critérios adicionais de avaliação em relação ao PCDT nacional, com o objetivo de aumentar a especificidade e melhorar a acurácia diagnóstica, a fim de diminuir os custos para o estado ao identificar erros diagnósticos ou grau avançado da doença de Alzheimer (CDR3) que sabidamente não se beneficia do tratamento. Os prescritores podem tanto desconhecer esse fato como apresentar dificuldades/resistência ao maior detalhamento do protocolo estadual. As principais barreiras de adesão aos protocolos clínicos pelos prescritores relatadas na literatura incluem falta de conhecimento ou familiaridade do médico com o protocolo, devido à baixa disseminação do mesmo, além de falta de tempo e não concordância com as recomendações do protocolo, em razão da falta de praticidade, elevada burocracia ou falta de confiança em quem desenvolveu o documento ³⁶.

Prescritores com menor tempo de profissão apresentaram maior obediência ao PCDT e tiveram mais solicitações atendidas, sendo este o mesmo resultado encontrado pelo estudo realizado no Rio Grande do Sul ³⁵. Trata-se de um achado pouco investigado na literatura, mas pode sugerir que médicos com maior tempo de prática tenham dificuldade para cumprir o protocolo devido a hábitos ou costumes, chamados por outros autores como “inércia da prática anterior” ³⁶, ou ainda, que profissionais mais jovens tenham maior acesso e credibilidade às evidências do PCDT. A diferença na frequência de deferimentos por macrorregião pode indicar a necessidade de capacitação médica focada no preenchimento do processo e aplicação correta dos testes cognitivos nas regiões onde o deferimento foi menor.

Nenhum indeferimento ocorreu por não se tratar de doença de Alzheimer. No entanto, alguns pacientes (n = 23) não eram elegíveis ao tratamento, segundo o PCDT, por apresentarem testes cognitivos sugestivos de demência avançada

da. Isso indica que 24% dos pacientes eram elegíveis e não receberam o medicamento solicitado por erro no preenchimento do PCDT. Já a alta prevalência de pacientes que não eram elegíveis sugere um possível atraso no diagnóstico, o que comprometeu a possibilidade de tratamento nas fases iniciais da doença, na qual os medicamentos apresentam maior eficácia³⁷.

Para utilizar os medicamentos para Alzheimer por meio da rede privada, seriam necessários por volta de 21 dias de salário (ou aposentadoria) de pessoas que recebem um salário mínimo mensal. Portanto, o não acesso gratuito para pacientes elegíveis a receber o tratamento pelo SUS e que não tiveram a solicitação atendida por erros cometidos no preenchimento do processo, pode levar ao comprometimento da renda familiar ou aumentar as chances de abandono do tratamento, uma vez que os dias de salário necessários para arcar com o custo dos IChE na rede privada são próximos ao total de dias úteis no mês e, no Brasil, 30% da população vivem com um ou menos salário mínimo/mês³⁸. Um estudo multicêntrico realizado em 2007, investigou a capacidade aquisitiva para o tratamento de Alzheimer em 21 países e observou que o Brasil estava entre os cinco onde os medicamentos eram mais caros³⁹. Medicamentos considerados como acessíveis para pagamento são aqueles que consomem um dia ou menos do salário do trabalhador⁴⁰, indicando que nenhum remédio para o tratamento de Alzheimer seria acessível.

As dificuldades de acesso a esses medicamentos podem contribuir para o aumento da demanda judicial. Um estudo realizado em 2008 em Minas Gerais, observou que 24,3% dos medicamentos solicitados judicialmente faziam parte da lista do CEAF⁴¹ e, de acordo com o Conselho Nacional de Secretários de Saúde, uma das principais razões de existirem ações judiciais de medicamentos do Componente é o não cumprimento de critérios de protocolos clínicos⁴².

Este trabalho avaliou as barreiras de acesso ao tratamento da doença de Alzheimer apenas do ponto de vista do trâmite envolvido na solicitação dos medicamentos por meio do CEAF, desconsiderando outros fatores que poderiam afetar o acesso, como, por exemplo, disponibilidade dos medicamentos na farmácia da GRS, percepções de pacientes e profissionais de saúde sobre o processo de obtenção gratuita dos remédios, e abordagem de pacientes que adquirem os medicamentos por recursos próprios. Outra limitação deste estudo foi a ocorrência de muitas informações ignoradas que poderiam ser úteis para as análises realizadas, além da suposição de que todas as informações disponíveis nos processos eram confiáveis. Ressalta-se a necessi-

dade de se investigar esta temática com base na realidade dos usuários e profissionais de saúde.

Apesar dessas limitações, o estudo identificou relevantes aspectos que influenciam no acesso aos medicamentos para o tratamento da doença de Alzheimer, destacando a lacuna entre o desenvolvimento e disseminação dos PCDT e a implementação destes na prática profissional. Além disso, uma avaliação análoga a esta pode ser ampliada para o âmbito nacional, uma vez que a realidade e as necessidades entre os estados do Brasil são muito semelhantes.

Os resultados sugerem implicações para intervenções com o intuito de melhorar o acesso de pacientes com Alzheimer ao tratamento gratuito. Destaca-se a importância de se identificar os fatores que limitam ou restringem a completa adesão do profissional de saúde ao PCDT, para então investir em intervenções que potencialmente alterem a prática destes profissionais, especialmente a dos médicos em relação à prescrição e ao seguimento do PCDT. Aliado a isso, seria necessário revisar os PCDT de Alzheimer, de forma a deixá-los mais claros e mais acessíveis aos prescritores. Ressalta-se, também, a importância da divulgação de informações relativas ao processo de obtenção gratuita de IChE para cuidadores e familiares de pacientes com Alzheimer. É fundamental, ainda, um maior controle sobre o trâmite administrativo para que este seja mais rápido e menos burocrático. Além de melhorar o acesso aos medicamentos de alto custo, essas medidas também são importantes para reduzir as despesas do Estado com esses remédios, que incluem gastos no trâmite de reavaliação de processos e no tratamento ineficaz da doença de Alzheimer.

Conclusão

O acesso aos medicamentos para tratamento da doença de Alzheimer pelo SUS envolve procedimentos administrativos complexos e custosos. Dentre as barreiras de acesso identificadas neste estudo destaca-se a demora e a burocracia do trâmite administrativo, a dificuldade de seguimento ao PCDT pelos prescritores e a grande prevalência de processos não deferidos, o que dificulta o acesso ao tratamento de Alzheimer, além de constituir uma grande carga para o financiamento do sistema público de saúde e o gasto do salário de pacientes e suas famílias. Dado que a principal razão de não deferimento foi a falta de conhecimento do PCDT por parte dos médicos, ressalta-se a necessidade de se promover ações de educação para prescritores no intuito de aumentar o acesso ao uso de IChE nas fases iniciais da doença.

Colaboradores

C. C. Almeida-Brasil contribuiu na coleta, análise e interpretação dos dados, redação do artigo, aprovação final da versão a ser publicada, além de acompanhar todas as etapas do trabalho na garantia da exatidão e integridade de qualquer parte da obra. J. O. Costa contribuiu na análise e interpretação dos dados, redação do artigo, revisão crítica relevante do conteúdo e aprovação final da versão a ser publicada. V. C. F. S. Aguiar contribuiu na interpretação dos dados, redação do artigo e aprovação final da versão a ser publicada. D. P. Moreira contribuiu na coleta e análise dos dados, redação do artigo e aprovação final da versão a ser publicada. E. N. Moraes contribuiu na interpretação dos dados, revisão crítica relevante do conteúdo e aprovação final da versão a ser publicada. F. A. Acurcio contribuiu na concepção do projeto, revisão crítica relevante do conteúdo e aprovação final da versão a ser publicada. A. A. Guerra Júnior contribuiu na concepção do projeto, revisão crítica relevante do conteúdo e aprovação final da versão a ser publicada. J. Álvares contribuiu na concepção do projeto, revisão crítica relevante do conteúdo e aprovação final da versão a ser publicada.

Agradecimentos

Aos membros do Centro Colaborador do SUS para Avaliação de Tecnologias e Excelência em Saúde e aos membros da Secretaria do Estado de Saúde de Minas Gerais, pela disponibilização dos dados, e ao Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde do Ministério da Saúde pelo apoio. F. A. Acurcio é bolsista de produtividade do CNPq e do Programa Pesquisador Mineiro da FAPEMIG. À Organização Pan-Americana da Saúde (BR/LOA/1400015) e Pró-reitoria de Pesquisa da UFMG (01/2013), pelo financiamento.

Referências

1. Aprahamian I, Martinelli JE, Yassuda MS. Doença de Alzheimer: revisão da epidemiologia e diagnóstico. *Rev Bras Clín Méd* 2009; 7:27-35.
2. Nitrini R, Bottino CM, Albala C, Custodio Capuñay NS, Ketzoian C, Llibre Rodriguez JJ, et al. Prevalence of dementia in Latin America: a collaborative study of population-based cohorts. *Int Psychogeriatr* 2009; 21:622-30.
3. Petersen R. Guia da Clínica Mayo sobre o mal de Alzheimer. Rio de Janeiro: Anima; 2006.
4. Moraes EM, Moraes FL. Incapacidade cognitiva: abordagem diagnóstica e terapêutica das demências no idoso. Belo Horizonte: Folium; 2010.
5. Lima DA. Tratamento farmacológico da doença de Alzheimer. *Revista Hospital Universitário Pedro Ernesto* 2008; 7:78-87.
6. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.298, de 21 de novembro de 2013. Aprova o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Doença de Alzheimer. *Diário Oficial da União* 2013; 22 nov.
7. Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. Fornecimento de medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (alto custo). <https://www.mg.gov.br/governomg/portal/v/governomg/cidadao/saude/5602-medicamentos/67367-fornecimento-de-medicamentos-do-componente-especializado-da-assistencia-farmacutica-alto-custo/0/5140> (acessado em 21/Jan/2014).
8. Guerra Jr. AA, Acurcio FA. Acesso aos medicamentos no Brasil. In: Acurcio FA, organizador. *Medicamentos e assistência farmacêutica*. Belo Horizonte: Coopmed; 2003. p. 115-7.
9. Penchansky R, Thomas JW. The concept of access: definition and relationship to consumer satisfaction. *Med Care* 1981; 19:127-40.
10. WHO Collaborating Centre for Drug Statistics Methodology. Guidelines for ATC classification and DDD assignment 2012. http://www.whocc.no/filearchive/publications/1_2013guidelines.pdf (acessado em 12/Set/2014).
11. Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. Portaria nº 491, de 23 de setembro de 2010. Protocolo para diagnóstico e tratamento da Doença de Alzheimer (Centro de Referência do Idoso). http://bvms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2010/prt0491_23_09_2010.html (acessado em 18/Nov/2014).
12. Alves CKA, Natal S, Felisberto E, Samico I. Interpretação e análise das informações: o uso de matrizes, critérios, indicadores e padrões. In: Samico I, Felisberto E, Figueiró AN, Frias PG, organizadores. *Avaliação em saúde: bases conceituais e operacionais*. Rio de Janeiro: MedBook; 2010. p. 89-107.
13. Departamento do Estado de Rodagem de Minas Gerais. Rede rodoviária. <http://www.der.mg.gov.br/saiba-sobre/rede-rodoviaria> (acessado em 10/Nov/2014).
14. Departamento do Estado de Rodagem de Minas Gerais. Transporte Intermunicipal. <http://www.der.mg.gov.br/saiba-sobre/transporte-intermunicipal> (acessado em 10/Nov/2014).

15. Dias FLC, Silva RMFL, Moraes EM, Caramelli P. Perfil clínico e autonômico de pacientes com doença de Alzheimer e demência mista. *Rev Assoc Med Bras* 2013; 59:435-41.
16. Dong Y, Gan DZ, Tay SZ, Koay WI, Collinson SL, Hlal S, et al. Patterns of neuropsychological impairment in Alzheimer's disease and mixed dementia. *J Neurol Sci* 2013; 333:5-8.
17. Gil-Neciga E, Gobartt AL. Treatment pattern of Alzheimer's disease with cholinesterase inhibitors (TRAIN study). *Rev Neurol* 2008; 46:461-4.
18. Barranco-Quintana JL, Allam MF, Del Castillo AS, Navajas RFC. Risk factors for Alzheimer's Disease. *Rev Neurol* 2005; 40:613-8.
19. Alzheimer's Association. 2015 Alzheimer's disease facts and figures. *Alzheimers Dement* 2015; 11:332-84.
20. Borges LO, Pinheiro JQ. Estratégias de coleta de dados com trabalhadores de baixa escolaridade. *Estud Psicol* 2002; 7:53-63.
21. Andel R, Crowe M, Hahn EA, Mortimer JA, Pedersen NL, Fratiglioni L, et al. Work-related stress may increase the risk of vascular dementia. *J Am Geriatr Soc* 2012; 60:60-7.
22. Oliveira KCV, Barros ALS, Souza GFM. Miniexame do estado mental (MEEM) e Clinical Dementia Ratio CDR em idosos com doença de Alzheimer. *Rev Neurocienc* 2008; 16:101-6.
23. Diniz BSO, Volpe FM, Tavares AR. Nível educacional e idade no desempenho no Miniexame do Estado Mental em idosos residentes na comunidade. *Rev Psiquiatr Clín* 2007; 34:13-7.
24. Loyola Filho AI, Uchoa E, Lima-Costa MF. Estudo epidemiológico de base populacional sobre uso de medicamentos entre idosos na Região Metropolitana de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. *Cad Saúde Pública* 2006; 22:2657-67.
25. Leoutsakos JMS, Han D, Mielke MM, Forrester SN, Tschanz JT, Corcoran CD, et al. Effects of general medical health on Alzheimer progression: the Cache County Dementia Progression Study. *Int Psychogeriatr* 2012; 24:1561-70.
26. Molinuevo JL, Casado-Naranjo I. Clinical profile of Alzheimer's disease: is the age of the patient a decisive factor? Results of the INFLUENCE Study. *J Alzheimers Dis* 2014; 39:227-32.
27. Cintra MTG, Belém D, Moraes FL, Moraes EN. Avaliação do programa público brasileiro de tratamento da doença de Alzheimer, no ano de 2008. *Revista Geriatria & Gerontologia* 2013; 7:14-9.
28. Herrmann N, Gill SS, Bell CM, Anderson GM, Bronskill SE, Shulman KI, et al. A population-based study of cholinesterase inhibitor use for dementia. *J Am Geriatr Soc* 2007; 55:1517-23.
29. Mucha L, Shaohung S, Cuffel B, McRae T, Mark TL, Del Valle M. Comparison of cholinesterase inhibitor utilization patterns and associated health care costs in Alzheimer's disease. *J Manag Care Pharm* 2008; 14:451-61.
30. Zilkens RR, Dukea J, Hornerc B, Semmensa JB, Bruce DG. Australian population trends and disparities in cholinesteraseinhibitor use, 2003 to 2010. *Alzheimers Dement* 2014; 10:310-8.
31. Silva Jr. ES, Medina MG, Aquino R, Fonseca ACE, Vilasbôas ALQ. Acessibilidade geográfica à atenção primária à saúde em distrito sanitário do Município de Salvador, Bahia. *Rev Bras Saúde Matern Infant* 2010; 10 Suppl 1:S49-60.
32. Gomes RM, Lemos LLP, Costa JO, Silva GD, Acúrcio FA, Guerra Jr. AA. Overview of the Specialized Component of Pharmaceutical Assistance in Minas Gerais: flux and time of processing of requests. In: II Simpósio Internacional de Farmacoeconomia no SUS: disseminação da ATS para a tomada de decisão. São Paulo: Doctor Press Editora Científica; 2015. p. 20.
33. Vasconcelos DMM. Adesão dos profissionais de saúde aos protocolos em assistência farmacêutica – medicamentos excepcionais [Dissertação de Mestrado]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz; 2009.
34. Almeida DES, Ceccato MGB, Guerra Jr. AA, Acúrcio FA. Avaliação normativa do processo de prescrição e dispensação de imunossupressores para pacientes transplantados renais no Estado de Minas Gerais, Brasil, 2008. *Epidemiol Serv Saúde* 2013; 4:651-60.
35. Picon PD, Camozzato AL, Lapporte EA, Camozzato AL, Lapporte EA, Picon RV, et al. Increasing rational use of cholinesterase inhibitors for Alzheimer's disease in Brazil: public health strategy combining guideline with peer-review of prescriptions. *Int J Technol Assess Health Care* 2010; 26:205-10.
36. Cabana MD, Rand CS, Powe NR, Wu AW, Wilson MD, Abboud PAC, et al. Why don't physicians follow clinical practice guidelines? *JAMA* 1999; 282:1458-65.
37. National Institute for Health and Clinical Excellence. Donepezil, galantamine, rivastigmine and memantine for the treatment of Alzheimer's disease. <http://www.guidance.nice.org.uk/ta217> (acessado em 09/Fev/2015).
38. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo demográfico 2010: trabalho e rendimento. http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/trabalho_e_rendimento/default_.pdf.shtm (acessado em 09/Fev/2015).
39. Suh GH, Wimo A, Gauthier S, O'Connor D, Ikeda M, Homma A, et al. International price comparisons of Alzheimer's drugs: a way to close the affordability gap. *Int Psychogeriatr* 2009; 21:1116-26.
40. Gelder S, Ewen M, Noguchi N, Laing R. Price, availability and affordability: an international comparison of chronic disease medicines. <http://www.who.int/medicines/publications/PriceAvailAffordability.pdf> (acessado em 09/Fev/2015).
41. Machado MAA, Acúrcio FA, Brandão CMR, Faleiros DA, Guerra Jr. AA, Cherchiglia ML, et al. Judicialização do acesso a medicamentos no Estado de Minas Gerais, Brasil. *Rev Saúde Pública* 2011; 45:590-8.
42. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Assistência farmacêutica: medicamentos de dispensação em caráter excepcional. Brasília: Conselho Nacional de Secretários de Saúde; 2004.

Abstract

This study evaluated barriers to access to treatment for Alzheimer's disease based on administrative cases involving cholinesterase inhibitors (ChEIs) and submitted to the Minas Gerais State Health Secretariat in Brazil in 2012 and 2013. Drawing on data from 165 randomly selected cases, the study addressed the following dimensions of access: geographic accessibility, accommodation, acceptability, availability, and affordability. The administrative processing to supply ChEIs took an average of 39 days and was influenced by characteristics of the path taken by the user. The majority of the prescribers met less than 80% of the required criteria in the Clinical Protocol and Therapeutic Guidelines (CPTG) for Alzheimer's disease. As a result, 38% of requests for medication were denied. Private treatment with ChEIs cost the equivalent of 21 days of the monthly minimum wage. In conclusion, bureaucratic administrative procedures and prescribers' difficulty in following the CPTG hindered access to treatment of Alzheimer's disease and imposed a heavy burden on patients' pockets.

Pharmaceutical Services; Health Services Accessibility; Alzheimer Disease; Cholinesterase Inhibitors

Resumen

Se evaluaron las barreras de acceso al tratamiento de la enfermedad de Alzheimer a partir de los procesos administrativos de medicamentos inhibidores de la colinesterasis (IChE), enviados a la Secretaría de Estado de Salud de Minas Gerais, Brasil, entre 2012 y 2013. Utilizando información de 165 procesos seleccionados aleatoriamente, se abordaron las dimensiones de acceso: accesibilidad geográfica, comodidad, aceptabilidad, disponibilidad y capacidad adquisitiva. El trámite administrativo para la provisión de los IChE llevó un promedio de 39 días y fue influenciado por características del trayecto recorrido por el usuario. La mayoría de los prescriptores cumplió menos de 80% de los criterios exigidos por el Protocolo Clínico y Directrices Terapéuticas (PCDT) de la enfermedad de Alzheimer. Como resultado, un 38% de los procesos no fueron concedidos. La capacidad adquisitiva para el tratamiento privado mensual con IChE fue de cerca de 21 días de salario mínimo. Se concluyó que la burocracia del trámite administrativo y la dificultad de seguimiento del PCDT por los prescriptores perjudican el acceso al tratamiento de la enfermedad de Alzheimer y constituye una gran carga económica para el bolsillo de los pacientes.

Servicios Farmacéuticos; Accesibilidad a los Servicios de Salud; Enfermedad de Alzheimer; Inhibidores de la Colinesterasa

Recebido em 14/Abr/2015
Versão final rerepresentada em 22/Set/2015
Aprovado em 18/Fev/2016