



## **Farmacoterapia de reabilitação e o impacto da vulnerabilidade social no acesso a medicamentos**

Rehabilitation pharmacotherapy and the impact of social vulnerability on access to medications

Farmacoterapia de rehabilitación y el impacto de la vulnerabilidad social en el acceso a los medicamentos

Alliny do Nascimento Martins<sup>1,2</sup>, Eric Ferreira Santana<sup>3</sup>, Kamila Soares Lopes<sup>1</sup>, Jamila Trevizan Teixeira<sup>1</sup>, Sara Lopes Mansur Almeida<sup>1</sup>, Débora Santos Lula Barros<sup>3</sup>, Alessandra de Jesus da Rocha Monteiro<sup>1</sup>, Débora Ferreira Reis<sup>1</sup>, Filipe Carvalho Matheus<sup>2</sup>, Emília Vitória da Silva<sup>3</sup>.

### **RESUMO**

**Objetivo:** Analisar a vulnerabilidade social de pacientes internados em uma unidade de reabilitação hospitalar e seu acesso a medicamentos pelo Sistema Único de Saúde (SUS) do Distrito Federal (DF). **Métodos:** Estudo observacional, descritivo, transversal, utilizando dados retrospectivos de 99 pacientes internados entre janeiro e dezembro de 2022. Foram analisadas variáveis sociodemográficas, clínicas e a presença de medicamentos prescritos nas listas de medicamentos essenciais da Organização Mundial da Saúde (OMS), Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) e Lista de Medicamentos Essenciais do Distrito Federal (REME-DF). **Resultados:** Dos medicamentos, 93 (76,2%) foram incluídos na REME-DF, 71 (58,2%) na RENAME e 63 (51,6%) na lista da OMS. A vulnerabilidade social foi observada em 63% dos pacientes. **Conclusão:** A REME-DF abrange a maioria dos medicamentos essenciais para a reabilitação, alinhada à Política Nacional de Assistência Farmacêutica (PNAF). No entanto, a organização dos serviços de saúde no DF deve ser reestruturada para superar as barreiras enfrentadas pelas pessoas com deficiência no acesso a medicamentos.

**Palavras-chave:** Deficiência, Medicamentos essenciais, Reabilitação neurológica, Vulnerabilidade social.

### **ABSTRACT**

**Objective:** To analyze the social vulnerability of patients admitted to a hospital rehabilitation unit and their access to medications through the Unified Health System (SUS) of the Federal District (DF). **Methods:** This was an observational, descriptive, cross-sectional study using retrospective data of 99 patients hospitalized between January and December 2022. Sociodemographic and clinical variables and the presence of prescribed medications in the essential medicine lists of the World Health Organization (WHO), National List

<sup>1</sup> Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. Brasília - DF.

<sup>2</sup> Departamento de Ciências Farmacêuticas / Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis - SC.

<sup>3</sup> Universidade de Brasília. Brasília - DF.

**Financiamento:** Este trabalho foi apoiado pela Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), Código de Financiamento 001.

SUBMETIDO EM: 1/2025

ACEITO EM: 1/2025

PUBLICADO EM: 1/2025

of Essential Medicines (RENAME), and the Essential Medicines List of the Federal District (REME-DF) were analyzed. **Results:** Of the medications, 93 (76.2%) were included in the REME-DF, 71 (58.2%) in the RENAME, and 63 (51.6%) in the WHO list. Social vulnerability was observed in 63% of patients. **Conclusion:** The REME-DF covers the most essential medications for rehabilitation, aligned with the National Pharmaceutical Assistance Policy (PNAF). However, the organization of health services in the DF should be restructured to overcome the barriers faced by people with disabilities in accessing medications.

**Keywords:** Disability, Drug essential, Neurological rehabilitation, Social vulnerability.

---

## RESUMEN

**Objetivo:** Analizar la vulnerabilidad social de los pacientes ingresados en una unidad hospitalaria de rehabilitación y su acceso a los medicamentos a través del Sistema Único de Salud (SUS) del Distrito Federal (DF). **Métodos:** Estudio observacional, descriptivo y transversal utilizando datos retrospectivos de 99 pacientes hospitalizados entre enero y diciembre de 2022. Se analizaron variables sociodemográficas y clínicas, así como la presencia de medicamentos recetados en las listas de medicamentos esenciales de la Organización Mundial de la Salud (OMS), la Lista Nacional de Medicamentos Esenciales (RENAME) y la Lista de Medicamentos Esenciales del Distrito Federal (REME-DF). **Resultados:** De los medicamentos analizados, 93 (76,2%) estaban incluidos en la REME-DF, 71 (58,2%) en la RENAME y 63 (51,6%) en la lista de la OMS. Se observó vulnerabilidad social en el 63% de los pacientes. **Conclusión:** La REME-DF abarca la mayoría de los medicamentos esenciales para la rehabilitación, alineada con la Política Nacional de Asistencia Farmacéutica (PNAF). Sin embargo, la organización de los servicios de salud en el DF debe reestructurarse para superar las barreras que enfrentan las personas con discapacidades en el acceso a los medicamentos.

**Palabras clave:** Discapacidad, Medicamentos esenciales, Rehabilitación neurológica, Vulnerabilidad social.

---

## INTRODUÇÃO

Nos últimos anos, a demanda por serviços de reabilitação cresceu significativamente, impulsionada pelo aumento da expectativa de vida e prevalência de doenças crônicas não transmissíveis (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2017). No Brasil, o Sistema Único de Saúde (SUS) tem buscado estruturar e ampliar o acesso a esses serviços por meio de iniciativas como a Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência e a implantação de Centros Especializados em Reabilitação (CER) (VALENTIM RS, et al., 2021). No entanto, os desafios vão além da estrutura física do cuidado e incluem questões relacionadas ao acesso a medicamentos, principalmente entre os mais vulneráveis. Esses grupos muitas vezes precisam contar com recursos pessoais para obter medicamentos essenciais, o que pode afetar negativamente a renda familiar e comprometer sua saúde e bem-estar (OLIVEIRA LCF, et al., 2019).

Nesse contexto, a Política Nacional de Assistência Farmacéutica (PNAF), que garante o acesso universal e integral aos medicamentos no âmbito do SUS, desempenha um papel fundamental na promoção da equidade em saúde. Define diretrizes para a seleção, planejamento, aquisição, armazenamento, distribuição, dispensação e uso racional de medicamentos, para garantir o acesso adequado aos medicamentos essenciais (BRASIL, 2004). O acesso a medicamentos é fundamental para alcançar a cobertura universal de saúde (CUS), que está incluída nos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) das Nações Unidas (NAÇÕES UNIDAS BRASIL, 2015).

Desde a década de 1970, a Organização Mundial da Saúde (OMS) incentiva a adoção de listas nacionais de medicamentos essenciais (LMEs) para promover o acesso a medicamentos. No Brasil, a Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME), criada em 1975, é um importante guia para o uso de medicamentos e insumos no SUS (VIEIRA FS, 2010). No entanto, a autonomia de estados e municípios para elaborar suas próprias listas de medicamentos pode levar a variações regionais, comprometendo o acesso uniforme em todo o país (VIEIRA FS, 2010).

Além das barreiras logísticas, os determinantes sociais da saúde (DSS) influenciam significativamente o acesso a serviços de reabilitação e tecnologias de saúde (WALLACE LMK, et al., 2014), afetando aproximadamente 30–55% dos resultados de saúde (WORLD HEALTH ORGANIZATION, [s.d.]).

As pessoas com deficiência enfrentam desafios adicionais devido ao aumento da vulnerabilidade social nos serviços de emprego, educação e reabilitação. Esses fatores agravam as dificuldades existentes, necessitando da implementação de políticas públicas mais efetivas que promovam a inclusão e forneçam suporte adequado a essas populações (FIORATI RC e ELUI VMC, 2015).

Garantir o acesso aos cuidados de saúde é um processo complexo composto por múltiplas dimensões, como acessibilidade, aceitação de serviços, disponibilidade, capacidade financeira e alinhamento com as necessidades dos pacientes. Vários estudos destacaram que esses aspectos devem estar em harmonia com as habilidades individuais, incluindo letramento em saúde, crenças culturais, condições de vida e apoio social, para garantir um acesso verdadeiramente efetivo e inclusivo (LEVESQUE J-F, et al., 2013; PENCHANSKY R e THOMAS JW, 1981). Por exemplo, a ausência de representação da reabilitação nos comitês responsáveis pela LME nacional limita a integração dessas necessidades nas políticas de saúde (CONRADIE T, et al., 2022).

Até onde sabemos, há uma lacuna na literatura avaliando os medicamentos prescritos para condições neurológicas e sua inclusão em listas de medicamentos essenciais (EZZIANE Z, 2014; NASCIMENTO RCRM, et al., 2017; ROCHA WH, et al., 2021) como as da OMS, RENAME e Lista de Medicamentos do Distrito Federal (REME-DF). Ao contrário de pesquisas anteriores (EZZIANE Z, 2014; NASCIMENTO RCRM, et al., 2017; ROCHA WH, et al., 2021), que se concentram principalmente no acesso geral a medicamentos, este estudo aborda especificamente o alinhamento dessas listas com as necessidades terapêuticas da reabilitação neurológica.

Diante desse cenário, o presente estudo teve como objetivo analisar as vulnerabilidades sociais e econômicas de pacientes internados em uma unidade especializada em reabilitação no Distrito Federal (DF) do Brasil. Além disso, pretendeu-se explorar a farmacoterapia prescrita a essa população durante a alta hospitalar e investigar a disponibilidade e o acesso aos medicamentos fornecidos pelo SUS no DF. Adicionalmente, o estudo destaca as barreiras enfrentadas por pacientes em situação de vulnerabilidade social no acesso a esses tratamentos no DF, fornecendo *insights* críticos para a revisão de listas de medicamentos essenciais e aprimoramento de políticas públicas para atender às necessidades específicas dessa população.

## MÉTODOS

Trata-se de um estudo descritivo, transversal e retrospectivo, que utilizou dados de pacientes internados na unidade de reabilitação e cuidados prolongados em um hospital do DF, Brasil. Os dados foram obtidos por meio do sistema informatizado da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (SES-DF), o Sistema Integrado de Saúde – SIS TrakCare®.

A amostra incluiu pacientes com idade igual ou superior a 18 anos, admitidos entre janeiro e dezembro de 2022 com perda da função motora e/ou comprometimento dos nervos cranianos (afetando a fala e a deglutição) devido a lesões neurológicas e com alta. Pacientes com dados incompletos ou dificuldades de comunicação foram excluídos.

As variáveis coletadas incluíram idade, sexo, escolaridade, local de residência, faixa de renda, benefícios assistenciais, rede de apoio social, vulnerabilidade social, tipo de lesão e causa da lesão. As informações sobre os medicamentos incluíram a quantidade e o nome dos medicamentos prescritos na alta de acordo com a Denominação Comum Brasileira (DCB), código e classificação do *Anatomical Therapeutic Chemical* (ATC) (NORWEGIAN INSTITUTE OF PUBLIC HEALTH, 2024), grupo farmacológico, uso prévio e presença nas LMEs da OMS (“EMLs around the world”, [s.d.]), da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) (BRASIL, 2022) e da Lista de Medicamentos Essenciais do DF (REME-DF) (DISTRITO FEDERAL, 2024a).

A vulnerabilidade social foi mensurada sob as perspectivas social e econômica, considerando variáveis como faixa de renda, benefícios assistenciais e redes de apoio social. A análise utilizou uma classificação

desenvolvida pela equipe hospitalar com base na Política Nacional de Assistência Social (2005) e nas teorias de Robert Castel (1997). Nessa classificação, a vulnerabilidade social é estratificada em três níveis de complexidade: baixa (indivíduos com renda própria e vínculos familiares e/ou comunitários preservados, caracterizando a zona de integração), média (indivíduos com renda própria, mas comprometida e vínculos familiares e/ou comunitários fragilizados, zona de vulnerabilidade) e alta (indivíduos sem renda e com vínculos familiares rompidos, zona de desfiliação).

Os dados foram coletados por quatro pesquisadores e revisados por outros dois para minimizar a perda de informações e evitar erros de captura de dados. Este procedimento permite a verificação cruzada e garante maior precisão e confiabilidade dos resultados. Os dados foram analisados por meio do Excel® e do *Amazing Statistics Program de Jeffreys* (JASP)®. As descrições dos dados sociodemográficos, clínicos e de uso de medicamentos foram obtidas por meio de distribuição de frequência e medidas de tendência central e dispersão.

Os medicamentos foram correlacionados com as indicações terapêuticas primárias, considerando-se: (1) classificação ATC (NORWEGIAN INSTITUTE OF PUBLIC HEALTH, 2024); (2) indicações da OMS para o tratamento de condições neurológicas (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2023); (3) indicações terapêuticas dos protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas do Ministério da Saúde (BRASIL, 2021); (4) indicações terapêuticas nos protocolos clínicos da SES-DF (DISTRITO FEDERAL, 2024); e (5) indicações pelas Diretrizes Brasileiras de Reabilitação de AVC (MINELLI C, et al., 2022a, 2022b).

Este estudo faz parte do projeto "Padrões de prescrição e características sociodemográficas de pacientes atendidos em uma Unidade de Referência em Reabilitação, no Distrito Federal", aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Faculdade Ceilândia da Universidade de Brasília (CEP-FCE), sob o CAAE nº 71118923.3.0000.8093, parecer nº 6.253.569 e pelo CEP da Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde (FEPECS/SES/DF), sob CAAE nº 71118923.3.3001.5553, parecer nº 6.322.702.

## RESULTADOS

Foram analisados 99 prontuários. O tempo médio de internação hospitalar foi de  $87,5 \pm 50,3$  dias, com mediana (intervalo interquartil, IIQ 25%-75%) de 87,0 (54,5–114,5) dias. A idade dos pacientes variou de 18 a 90 anos, com mediana (IIQ25%-75%) de 48 (35–56) anos. As características sociodemográficas e clínicas dos pacientes são apresentadas na **Tabela 1**.

**Tabela 1** - Caracterização dos pacientes internados entre janeiro e dezembro de 2022 na Unidade de Reabilitação e Cuidados Prolongados que receberam alta hospitalar (n=99)

Variáveis	n	%
<b>Sexo</b>		
Masculino	71	71,7
<b>Nível de escolaridade</b>		
Ensino fundamental completo	9	9,1
Ensino fundamental incompleto	33	33,3
Ensino médio completo	23	23,3
Ensino médio incompleto	11	11,2
Ensino superior completo	13	13,1
Ensino superior incompleto	5	5
Sem escolaridade	5	5
<b>Local de residência</b>		

Variáveis	n	%
Outro estado	19	19,2
Distrito Federal	80	80,8
<b>Faixa de renda</b>		
Sem renda	17	17,1
Até 1 salário mínimo	30	30,3
Acima de 1 a 2 salários mínimos	24	24,3
Acima de 2 a 3 salários mínimos	15	15,2
Acima de 3 a 4 salários mínimos	1	1
Sem dados	12	12,1
<b>Benefícios socioassistenciais</b>		
Sem benefícios assistenciais e/ou previdenciários	55	55,5
<b>Rede de apoio social</b>		
Forte	79	79,8
Fragilizada	13	13,2
Nenhuma	2	2
Sem dados	5	5
<b>Vulnerabilidade social</b>		
Baixa complexidade	30	30,3
Média Complexidade	37	37,4
Alta complexidade	26	26,3
Sem dados	6	6
<b>Tipo de lesão</b>		
Lesão traumática da medula espinhal	40	40,4
Lesão medular não traumática	9	9
Lesão cerebral traumática	11	11,1
Lesão cerebral não traumática	21	21,3
Lesão periférica	16	16,2
Outro	2	2
<b>Causa da lesão</b>		
Acidente vascular cerebral	20	20,2
Infeção	15	15,1
Queda de altura	14	14,1
Acidente automobilístico	14	14,1
Perfuração por arma de fogo	11	11,2
Outro	25	25,3

**Legenda:** n, % = frequência absoluta e relativa.

**Fonte:** Martins AN, et al., 2025.

Um total de 867 medicamentos foram prescritos na alta ao longo de 2022, com uma média de  $8,59 \pm 3,06$  medicamentos por paciente. A **Tabela 1** do **Arquivo Suplementar** descreve a prevalência de prescrição de cada medicamento e sua presença nas LMEs da OMS, RENAME e REME-DF.

Para avaliar a cobertura do tratamento de condições neurológicas como acidente vascular cerebral (AVC), traumatismo craniocéfálico (TCE) e lesão medular (LM) no DF, foram analisados documentos publicados pela OMS, Ministério da Saúde (MS) e SES-DF. Os medicamentos mais utilizados e seu acesso no DF são apresentados na **Tabela 2**.

**Tabela 2** - Medicamentos usados com mais frequência para tratar condições neurológicas.

Condição clínica	Medicamento	Acesso ao medicamento no Distrito Federal
<b>Dor central</b>	Amitriptilina <sup>a,b,e</sup>	S
	Nortriptilina <sup>e</sup>	S
	Fluvoxamina <sup>a</sup>	N
	Duloxetina <sup>b</sup>	N
	Lamotrigina <sup>a</sup>	S
	Pregabalina <sup>a</sup>	N
	Gabapentina <sup>a,e</sup>	S
<b>Dor nociceptiva</b>	Anti-inflamatórios não esteroidais (AINEs) <sup>c,d</sup>	S
	Ibuprofeno <sup>b,e</sup> , Naproxeno <sup>e</sup>	S
	Analgésicos não-opioides: Paracetamol <sup>b,e</sup> , Dipirona <sup>e</sup>	S
	Corticosteróides intra-articular <sup>b</sup>	S
	Codeína <sup>e</sup>	S
	Morfina <sup>e</sup>	S
	Metadona <sup>e</sup>	S
<b>Transtornos de humor e comportamento</b>	Nortriptilina <sup>a</sup>	S
	Trazodona <sup>a</sup>	N
	Citalopram <sup>a,h</sup>	S
	Fluoxetina <sup>a</sup>	S
	Reboxetina <sup>a</sup>	N
	Antipsicóticos de segunda geração <sup>c</sup>	S
<b>Distúrbios do sono</b>	Trazodona <sup>a</sup>	N
	Zolpidem <sup>c</sup>	N
	Zopiclona <sup>c</sup>	N
<b>Epilepsia</b>	Levetiracetam <sup>a,f</sup>	S
	Lamotrigina <sup>a,f</sup>	S
	Carbamazepina <sup>a,f</sup>	S
<b>Distúrbios da comunicação: afasia, disartria e apraxia da fala</b>	Donepezila <sup>a</sup>	N
	Memantina <sup>a</sup>	N
<b>Espasticidade e espasmos</b>	Toxina botulínica <sup>a,b,c,d,g</sup>	S
	Fenol <sup>d</sup>	N
	Baclofeno <sup>a,b,c,d</sup>	S
	Dantroleno <sup>c</sup>	S
	Tizanidina <sup>a,b,c,d</sup>	N
	Benzodiazepínicos orais <sup>a,d</sup>	S
<b>Reabilitação motora de membros superiores</b>	Cebrolisina <sup>a</sup>	N

Condição clínica	Medicamento	Acesso ao medicamento no Distrito Federal
Cognição	Citalopram <sup>a</sup>	S
	Donepezila <sup>a</sup>	N
	Galantamina <sup>a</sup>	N
	Amantadina <sup>c</sup>	N
Disfunção intestinal	Laxantes <sup>b,c,d</sup>	S
Disfunção urinária	Anticolinérgicos <sup>b,d</sup>	S
	Toxina Botulínica <sup>d</sup>	S
	Bloqueadores alfa-1 adrenérgicos <sup>d</sup>	S
Disautonomia e hipotensão ortostática	Midodrina <sup>c,d</sup>	N
	Fludrocortisona <sup>c</sup>	N
Disfunção sexual	Inibidores da fosfodiesterase 5 (iF5) <sup>d</sup>	S
Disreflexia autonômica	Trinitrato de glicerina <sup>d</sup>	S
	Captopril <sup>d</sup>	S
	Nifedipino <sup>d</sup>	S

**Legenda:** S = sim, N = não

<sup>a</sup>Diretrizes Brasileiras para Reabilitação do AVC, Parte I<sup>18</sup>e Parte II<sup>19</sup>

<sup>b</sup>Pacote de Intervenções para Reabilitação para Acidente Vascular Cerebral (AVC)<sup>36</sup>

<sup>c</sup>Pacote de Intervenções para Reabilitação para Traumatismo Crânio Encefálico (TCE)<sup>36</sup>

<sup>d</sup>Pacote de Intervenções para Reabilitação para Lesão Medular (LM)<sup>36</sup>

<sup>e</sup>Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT/MS) - Dor Crônica<sup>5</sup>

<sup>f</sup>Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT/MS) – Epilepsia<sup>5</sup>

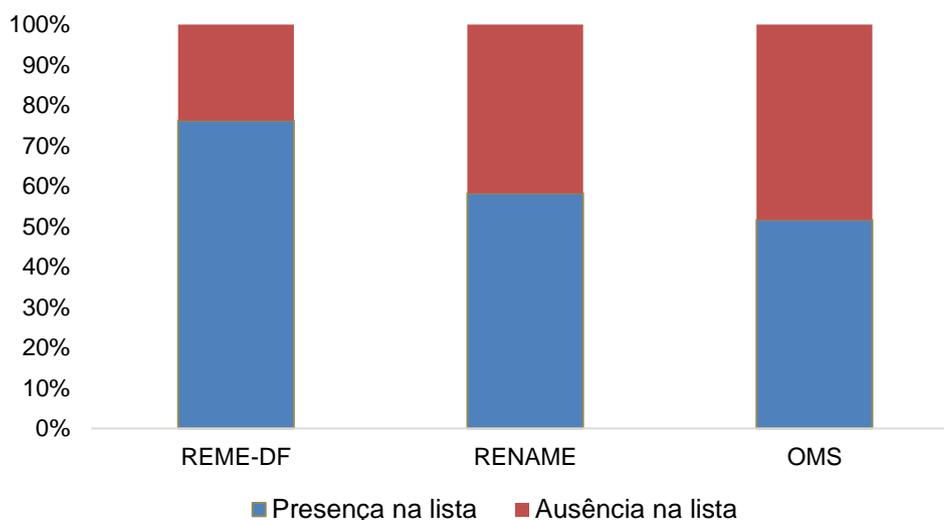
<sup>g</sup>Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT/MS) – Espasticidade<sup>5</sup>

<sup>h</sup>Protocolos de Atenção à Saúde da SES/DF - Antidepressivos em Idosos<sup>11</sup>

**Fonte:** Martins AN, et al., 2025.

A **Figura 1** mostra a cobertura dos medicamentos prescritos, tanto em condições neurológicas quanto secundárias, nas LMEs.

**Figura 1** - Presença dos medicamentos prescritos nas listas de medicamentos essenciais (n=122)



**Legenda:** OMS, Organização Mundial da Saúde; RENAME, Relação Nacional de Medicamentos Essenciais; REME-DF, Relação de Medicamentos Essenciais do Distrito Federal. **Fonte:** Martins AN, et al., 2025.

## DISCUSSÃO

Os achados revelaram que dos 122 medicamentos prescritos na alta hospitalar, 93 foram incluídos na REME/DF (**Figura 1**), refletindo um esforço significativo da SES-DF por meio do Comitê Central de Farmácia e Terapêutica (CCFT) para garantir uma LME abrangente. Isso demonstra o compromisso do DF em fornecer uma ampla LME para a população, promovendo a continuidade do tratamento. No entanto, 27 medicamentos não constavam em nenhuma das listas (OMS, RENAME ou REME/DF), o que pode ter comprometido o tratamento de alguns pacientes (**Arquivo Suplementar - Tabela 1**). Estudo realizado por Magarinos-Torres R, et al. (2014), destacou a baixa adesão dos médicos do SUS às LMEs, levando os pacientes a adquirirem medicamentos com recursos próprios, aumentando sua vulnerabilidade econômica. Embora as LMEs sejam familiares aos médicos, elas são frequentemente vistas como barreiras burocráticas com pouco valor prático para prescrições baseadas em evidências.

Embora alguns medicamentos prescritos neste estudo não estejam nas LMEs, outros como duloxetine, macrogol + bicarbonato de sódio + cloreto, pregabalina, tizanidina, trazodona, zolpidem, aripiprazol e solifenacina são recomendados pelas diretrizes terapêuticas (**Tabela 2**). Além disso, apenas 6,8% dos medicamentos prescritos durante a internação (59 de 867 prescrições de alta) eram novos para os pacientes (**Arquivo Suplementar - Tabela 2**). No entanto, o SUS no DF fornece alguns medicamentos para condições neurológicas que não estão listadas nas listas da OMS e da RENAME, como oxibutinina, baclofeno, bisacodil e ciclobenzaprina, sendo que o bisacodil está disponível apenas em ambientes hospitalares (**Arquivo Suplementar - Tabela 1**).

Alguns dos medicamentos amplamente recomendados (**Tabela 2**) não estão disponíveis para a população pelo SUS. Por exemplo, donepezil, memantina e amantadina, que são indicados para tratamento cognitivo após lesão cerebral, são fornecidos pelo SUS nesse distrito apenas para doenças específicas, como Alzheimer e Parkinson; portanto, não são acessíveis a pacientes em reabilitação neurológica. Da mesma forma, a fludrocortisona, recomendada para o tratamento da disautonomia, é disponibilizada apenas para insuficiência adrenal e hiperplasia adrenal congênita, impedindo o acesso de outros pacientes pelo SUS. Outros medicamentos, como o citalopram, são disponibilizados apenas a indivíduos com mais de 60 anos de idade, pois sua inclusão na REME/DF é limitada ao tratamento da depressão em idosos, impedindo o acesso de pacientes mais jovens. Além disso, a nifedipina está disponível apenas em ambientes hospitalares. Essas lacunas sugerem a necessidade de revisão da LME no DF para melhor atender às necessidades da população em reabilitação.

Apesar dos avanços no acesso a medicamentos essenciais no DF, os pacientes enfrentam desafios significativos para garantir a continuidade do tratamento, principalmente devido à complexidade do processo de dispensação de medicamentos. A exigência de extensa documentação e exames clínicos adicionais para acesso a medicamentos de média complexidade e Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF) dificulta o processo para pacientes com baixa escolaridade e comprometimento cognitivo, tornando a obtenção de medicamentos um desafio logístico e burocrático (ROVER MRM, et al., 2016).

Outro obstáculo enfrentado pelos pacientes em reabilitação é a variação no local de acesso aos medicamentos, que depende do nível de atenção em que ocorre cada dispensação, indicado na REME-DF. Atualmente, todas as regiões administrativas do DF possuem farmácias localizadas em Unidades Básicas de Saúde que realizam dispensação do elenco pactuado para atenção básica. No entanto, alguns medicamentos prescritos não estão disponíveis em todas as regiões de saúde; por exemplo, o baclofeno está disponível apenas em farmácias de média complexidade. Medicamentos do componente especializado estão dispostos em apenas três locais do DF. Essa situação reflete dificuldades de acesso devido a fatores geográficos, tanto da localização das pessoas em relação às unidades de atendimento quanto da qualidade e disponibilidade do transporte público, especialmente para aqueles com recursos financeiros limitados e a necessidade de visitar vários estabelecimentos de saúde para obter os medicamentos necessários (TOMASIELLO DB, et al., 2023). Para aqueles que residem em áreas rurais ou remotas, esse desafio é ainda maior, agravando a vulnerabilidade social e econômica, conforme descrito por Fiorati RC e Elui VMC (2015), e Bertoldi AD, et al. (2021). Além disso, a ausência de farmacêuticos em algumas Unidades Básicas de Saúde agrava essa

situação, pois impede a dispensação de medicamentos de controle especial, exigindo que os pacientes procurem outros estabelecimentos, o que, por sua vez, aumenta as dificuldades de acesso e tratamento.

Um desafio adicional surge para os pacientes residentes fora do DF, conforme identificado neste estudo (19,2%). Esse desafio está relacionado à falta de uniformidade nas LMEs entre os estados, pois a lista do DF pode não incluir os mesmos medicamentos de outras localidades. Isso pode causar confusão, comprometer a continuidade do tratamento e impactar negativamente os cuidados de saúde (VIEIRA FS, 2010)

Outro ponto de destaque é a polifarmácia, com média de  $8,59 \pm 3,06$  medicamentos prescritos por paciente, o que aumenta o risco de interações medicamentosas adversas – uma preocupação crescente na prática clínica, especialmente em pacientes com múltiplas comorbidades. De acordo com a OMS, a polifarmácia em pacientes em reabilitação neurológica pode levar a consequências negativas significativas (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2006)

Viver com condições neurológicas frequentemente implica lidar com sintomas físicos debilitantes, como fadiga e dor, além de déficits cognitivos e emocionais que comprometem a autonomia e a qualidade de vida (AUDULV Å, et al., 2021). Essas dificuldades são exacerbadas pela necessidade de gerenciar múltiplos medicamentos, o que aumenta os riscos de efeitos colaterais e interações adversas. Nesse cenário, torna-se essencial uma supervisão médica cuidadosa e uma abordagem personalizada para o manejo das condições de saúde desses pacientes.

O papel dos cuidadores, geralmente familiares, é crucial nesse contexto. Eles assumem tarefas complexas, que incluem o gerenciamento de sintomas físicos e psicológicos, o suporte social e financeiro, e, frequentemente, a participação em discussões sobre o planejamento antecipado de cuidados. Essas responsabilidades, muitas vezes de longo prazo, não apenas alteram a dinâmica de vida dos cuidadores, mas também impõem uma carga emocional, física e financeira significativa (SCHULMAN-GREEN D, et al., 2021).

Os dados demográficos dos pacientes reforçaram a influência dos DSS na capacidade de acesso a medicamentos (FIORATI RC e ELUI VMC, 2015). Aproximadamente 33% dos pacientes tinham ensino fundamental incompleto, 30% tinham até um salário mínimo e 17% não tinham renda. Essa situação reflete as limitações econômicas e educacionais que dificultam a compreensão das instruções de saúde e agravam as barreiras de acesso aos tratamentos prescritos. Além disso, a vulnerabilidade social foi evidente, com 37% dos pacientes apresentando média complexidade e 26% alta complexidade, evidenciando desafios no manejo das condições de saúde. As redes de apoio social foram outro fator, sendo que 79% tinham uma rede de apoio forte e 13% tinham uma rede de apoio fraca, comprometendo sua capacidade de acesso efetivo aos serviços de saúde e medicamentos. Para 2% dos pacientes sem rede de apoio, o acesso ao tratamento é ainda mais difícil, dados os desafios enfrentados no gerenciamento de suas condições de saúde.

O suporte oferecido pelos cuidadores vai além das demandas físicas, abrangendo o gerenciamento de múltiplos aspectos da saúde e a implementação de estratégias que buscam melhorar a qualidade de vida dos pacientes. No entanto, a sobrecarga enfrentada por esses cuidadores é uma realidade constante, evidenciando a necessidade de intervenções que fortaleçam tanto as redes de apoio formal quanto as informais, promovendo um cuidado mais sustentável e eficaz (RANSMAYR G, 2021).

O acesso a serviços de saúde, incluindo medicamentos, para pessoas com deficiência é influenciado por vários fatores. As barreiras enfrentadas pelos indivíduos que necessitam de reabilitação, especialmente em países de baixa e média renda, são bem conhecidas. As principais barreiras incluem a falha na comunicação entre profissionais e pacientes/cuidadores, limitações financeiras, questões atitudinais/comportamentais, escassa prestação de serviços e barreiras organizacionais e de transporte (BERTOLDI AD, et al., 2021; CLEMENTE KAP, et al., 2022; DRAINONI M-L, et al., 2006; ROVER MRM, et al., 2016; SMITH WT, et al., 2011).

Diante dessas adversidades, é essencial revisar as políticas de acesso a medicamentos no contexto da reabilitação, com particular atenção à vulnerabilidade. Em consonância com estudos anteriores (BERTOLDI AD, et al., 2021; CLEMENTE KAP, et al., 2022; DRAINONI M-L, et al., 2006; ROVER MRM, et

al., 2016; SMITH WT, et al., 2011), este estudo destaca a relevância de uma abordagem abrangente nas decisões políticas e na adaptação dos sistemas de saúde para superar as barreiras enfrentadas por pessoas com deficiência.

Os profissionais de saúde, incluindo farmacêuticos que trabalham diretamente com pacientes em reabilitação e reconhecem a importância dos medicamentos não incluídos nas LMEs em sua região, devem colaborar no desenvolvimento de protocolos clínicos que incorporem os medicamentos necessários para essa população. Essa observação é consistente com as conclusões de Conradie T, et al. (2022), que também enfatizaram o papel crítico de tal colaboração na melhoria do acesso e na otimização dos resultados clínicos em ambientes de reabilitação.

Embora este estudo tenha se limitado a um único hospital e um número restrito de observações, todos os registros de pacientes admitidos durante o período analisado foram utilizados, conferindo validade interna aos resultados. Futuras pesquisas devem expandir essa abordagem para estudos multicêntricos, a fim de avaliar disparidades regionais no acesso a medicamentos e investigar a eficácia das listas de medicamentos essenciais em diferentes contextos. Estudos futuros também devem examinar o impacto da inclusão de novos medicamentos recomendados pelo Pacote de Intervenção de Reabilitação da OMS, o que pode o que pode aprimorar a cobertura terapêutica para condições neurológicas específicas e fortalecer as políticas públicas para atender melhor às necessidades desta população.

## CONCLUSÃO

No contexto da reabilitação neurológica, a inclusão da maioria dos medicamentos na REME/DF reflete o compromisso do DF com a PNAF, que visa garantir o acesso aos medicamentos essenciais e promover a equidade no âmbito do SUS. No entanto, este estudo destaca desafios persistentes no acesso a medicamentos, particularmente para pessoas com deficiência, e ressalta a necessidade de reorganizar os serviços de saúde e melhorar as estratégias de inclusão para atender adequadamente às necessidades dessa população. Além disso, identificou a importância de expandir as listas de medicamentos essenciais para incluir tratamentos focados na reabilitação de condições neurológicas, como AVC, TCE e LME.

## AGRADECIMENTOS E FINANCIAMENTO

Agradecemos a toda a equipe do hospital e aos pacientes que participaram do estudo. Este trabalho foi apoiado pela Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), Código de Financiamento 001.

---

## REFERÊNCIAS

1. AUDULV Â, et al. Managing everyday life: Self-management strategies people use to live well with neurological conditions. *Patient Education and Counseling*, 2021; 104(2): 413–421.
2. BERTOLDI AD, et al. Fontes de acesso e utilização de medicamentos na zona rural de Pelotas, Rio Grande do Sul, em 2016: estudo transversal de base populacional. *Epidemiol. Serv. Saude*, 2021; 30(1).
3. BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n. 338, de 06 de maio de 2004. Aprova a Política Nacional de Assistência Farmacêutica. *Diário Oficial da União, Brasília, DF*, 20 maio 2004. Seção 1, p.52.
4. BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Secretaria Nacional de Assistência Social. Política Nacional de Assistência Social – PNAS/2004; Norma Operacional Básica – NOB/Suas. Brasília, 2005. Disponível em: [https://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/assistencia\\_social/Normativas/PNAS2004.pdf](https://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/assistencia_social/Normativas/PNAS2004.pdf). Acessado em: 20 de dezembro de 2024.
5. BRASIL. Ministério da Saúde. Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas - PCDT. Ministério da Saúde, 2021. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/pcdt>. Acessado em: 29 de dezembro de 2024.

6. BRASIL. Ministério da Saúde. Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME). Ministério da Saúde, 2022. Ministério da Saúde, 2022. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/sectics/rename>. Acessado em: 29 de dezembro de 2024.
7. CASTEL R. A dinâmica dos processos de marginalização: da vulnerabilidade à “desfiliação”. Ufba.br, 1997.
8. CLEMENTE KAP, et al. Barreiras ao acesso das pessoas com deficiência aos serviços de saúde: uma revisão de escopo. *Revista de Saúde Pública*, 2022; 56: 64.
9. CONRADIE T, et al. Rehabilitation and primary care treatment guidelines, South Africa. 2022.
10. DISTRITO FEDERAL. Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. Relação de Medicamentos do Distrito Federal (REME-DF). 2024a.
11. DISTRITO FEDERAL. Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. Protocolo - SES. Secretaria de Saúde do Distrito Federal. Secretaria de Saúde do Distrito Federal, 2024b. Disponível em: <https://www.saude.df.gov.br/protocolo-ses>. Acessado em: 29 de dezembro de 2024
12. DRAINONI ML, et al. Cross-Disability Experiences of Barriers to Health-Care Access. *Journal of Disability Policy Studies*, 2006; 17(2): 101–115.
13. EMLs around the world. Essentialmeds.org, [s.d.]. Disponível em: <https://global.essentialmeds.org/dashboard/medicines>. Acessado em: 29 de dezembro de 2024
14. EZZIANE Z. Essential drugs production in Brazil, Russia, India, China and South Africa (BRICS): opportunities and challenges. *International Journal of Health Policy and Management*, 2014; 3(7): 365–370.
15. FIORATI RC e ELUI VMC. Social determinants of health, inequality and social inclusion among people with disabilities. *Rev. Lat. Am. Enfermagem*, 2015; 23(2): 329–336.
16. LEVESQUE JF, et al. Patient-centred access to health care: conceptualising access at the interface of health systems and populations. *Int. J. Equity Health*, 2013; 12: 18.
17. MAGARINOS-TORRES R, et al. Adesão às listas de medicamentos essenciais por médicos brasileiros em atuação no sistema único de saúde. *Rev. Bras. Educ. Med.*, 2014; 38(3): 323–330.
18. MINELLI C, et al. Brazilian Academy of Neurology practice guidelines for stroke rehabilitation: part I. *Arquivos de Neuro-Psiquiatria*, 2022a; 80(6): 634–652.
19. MINELLI C, et al. Brazilian practice guidelines for stroke rehabilitation: Part II. *Arquivos de Neuro-Psiquiatria*, 2022b; 80(07): 741–758.
20. NAÇÕES UNIDAS BRASIL. Transformando nosso mundo: A Agenda 2030 para o desenvolvimento sustentável. 2015. Disponível em: <https://brasil.un.org/pt-br/sdgs/3>. Acessado em: 29 de dezembro de 2024.
21. NASCIMENTO RCRM, et al. Availability of essential medicines in primary health care of the Brazilian Unified Health System. *Revista de Saúde Pública*, 2017; 51: 10.
22. NORWEGIAN INSTITUTE OF PUBLIC HEALTH. WHO Collaborating Center for Drug Statistics Methodology. Index ATCDDD-ATC/DDD. Fhi.no/Norwegian Institute of Public Health, 2024. Disponível em: [https://atcddd.fhi.no/atc\\_ddd\\_index/](https://atcddd.fhi.no/atc_ddd_index/). Acessado em: 29 de dezembro de 2024.
23. OLIVEIRA LCF, et al. O acesso a medicamentos em sistemas universais de saúde – perspectivas e desafios. *Saúde em Debate*, 2019; 43(spe5): 286–298.
24. PENCHANSKY R e THOMAS JW. The concept of access: definition and relationship to consumer satisfaction. *Med. Care*, 1981; 19(2): 127–140.
25. RANSMAYR G. Challenges of caregiving to neurological patients. *Wiener Medizinische Wochenschrift*, 2021; 171(11–12): 282–288.
26. ROCHA WH, et al. Influence of pharmaceutical services organization on the availability of essential medicines in a public health system. *Journal of Comparative Effectiveness Research*, 2021; 10(6): 519–532.
27. ROVER MRM, et al. Acceso a medicamentos de alto precio en Brasil: la perspectiva de médicos, farmacéuticos y usuarios. *Gaceta Sanitaria*, 2016; 30(2): 110–116.
28. SCHULMAN-GREEN D, et al. Family Caregiver Support of Patient Self-Management During Chronic, Life-Limiting Illness: A Qualitative Metasynthesis. *Journal of Family Nursing*, 2021; 27(1): 55–72.
29. SMITH WT, et al. Disability in Cultural Competency Pharmacy Education. *American Journal of Pharmaceutical Education*, 2011; 75(2): 26.
30. TOMASIELLO DB, et al. TD 2832 - Desigualdades raciais e de renda no acesso à saúde nas cidades brasileiras. *Texto para Discussão*, 2023; 1–38.
31. VALENTIM RS, et al. Construção e validação de modelo lógico para Centros Especializados em Reabilitação. *Revista de Saúde Pública*, 2021; 55: 54.
32. VIEIRA FS. Assistência Farmacêutica no sistema público de saúde no Brasil. *Rev Panam Salud Publica*, 2010.

33. WALLACE LMK, et al. Social vulnerability as a predictor of mortality and disability: cross-country differences in the survey of health, aging, and retirement in Europe (SHARE). *Aging Clin. Exp. Res.*, 2014; 27(3): 365–372.
34. WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Neurological disorders: public health challenges*. World Health Organization, 2006.
35. WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Rehabilitation 2030: A call for action*. Who.int, 7 fev. 2017. Disponível em: <https://www.who.int/publications/m/item/rehabilitation-2030-a-call-for-action>. Acessado em: 29 de dezembro de 2024.
36. WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Package of interventions for rehabilitation: module 3: neurological conditions*. 2023.
37. WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Social determinants of health*. Who.int, [s.d.]. Disponível em: [https://www.who.int/health-topics/social-determinants-of-health#tab=tab\\_1](https://www.who.int/health-topics/social-determinants-of-health#tab=tab_1). Acessado em: 29 de dezembro de 2024.