

**UNIVERSIDADE DO VALE DO RIO DOS SINOS – UNISINOS
UNIDADE ACADÊMICA DE PESQUISA E PÓS – GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS – GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
NÍVEL MESTRADO**

ISABEL CAROLINA COELHO FLORES CECHIN

**ACESSO A MEDICAMENTOS PRESCRITOS NA ÚLTIMA CONSULTA MÉDICA
EM POPULAÇÃO ASSISTIDA POR DIFERENTES MODELOS DE ATENÇÃO
BÁSICA NAS REGIÕES SUL E NORDESTE DO BRASIL**

São Leopoldo

2013

ISABEL CAROLINA COELHO FLORES CECHIN

**ACESSO A MEDICAMENTOS PRESCRITOS NA ÚLTIMA CONSULTA MÉDICA
EM POPULAÇÃO ASSISTIDA POR DIFERENTES MODELOS DE ATENÇÃO
BÁSICA NAS REGIÕES SUL E NORDESTE DO BRASIL**

Dissertação apresentada como requisito parcial para
obtenção do título de Mestre, pelo Programa de Pós-
Graduação em Saúde Coletiva da Universidade do
Vale do Rio dos Sinos - UNISINOS

Orientador: Prof. Dra. Vera Maria Vieira Paniz

São Leopoldo

2013

C391a Cechin, Isabel Carolina Coelho Flores

Acesso a medicamentos prescritos na última consulta médica em população assistida por diferentes modelos de atenção básica nas regiões sul e nordeste do Brasil / Isabel Carolina Coelho Flores Cechin. – 2013.

107 f. : il. ; 30cm.

Dissertação (mestrado em Saúde Coletiva) -- Universidade do Vale do Rio dos Sinos, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, São Leopoldo, RS, 2013.

Orientadora: Profa. Dra. Vera Maria Vieira Paniz.

1. Saúde coletiva. 2. Medicamento. 3. Política de medicamento. 4. Assistência farmacêutica. 5. Atenção básica. 6. Medicamento - Acesso I. Título. II. Paniz, Vera Maria Vieira.

CDU 614

ISABEL CAROLINA COELHO FLORES CECHIN

**ACESSO A MEDICAMENTOS PRESCRITOS NA ÚLTIMA CONSULTA MÉDICA
EM POPULAÇÃO ASSISTIDA POR DIFERENTES MODELOS DE ATENÇÃO
BÁSICA NAS REGIÕES SUL E NORDESTE DO BRASIL**

Dissertação apresentada como requisito parcial para
obtenção do título de Mestre, pelo Programa de Pós-
Graduação em Saúde Coletiva da Universidade do
Vale do Rio dos Sinos - UNISINOS

São Leopoldo, 04 de setembro de 2013.

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Maria Leticia Rodrigues Ikeda
Hospital Sanatório Partenon

(Avaliador Externo)

Profa. Dra. Nêmora Tregnago Barcellos
Universidade do Vale do Rio dos Sinos – UNISINOS

(Avaliador Interno)

Prof. Dra. Vera Maria Vieira Paniz
Universidade do Vale do Rio dos Sinos – UNISINOS

(Orientadora)

RESUMO

Trata-se de estudo transversal no âmbito do Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família, 2005, com o objetivo de avaliar a prevalência de acesso total e gratuito a medicamentos prescritos na última consulta médica e estimar o quanto esse acesso pode ter melhorado com a inclusão dos medicamentos em políticas e programas vigentes. A amostra incluiu 4060 adultos residentes na área das Unidades Básicas de Saúde de 41 municípios do Sul e Nordeste do Brasil. O acesso foi maior no Sul (83,2%) que no Nordeste (71,0%) e o acesso gratuito foi semelhante (36,0%) com maior participação do PSF em relação ao modelo tradicional especialmente no Nordeste. Cerca de 60% dos medicamentos prescritos e 50% dos presentes na Relação de Medicamentos Essenciais (RENAME) foram pagos. Nenhuma variação foi observada na proporção de medicamentos presentes na RENAME vigente e acesso. Contudo, 40% dos medicamentos que foram pagos podem atualmente ser obtidos por meio do Programa Farmácia Populares. Este programa parece surgir como uma nova forma de garantir o acesso a medicamentos prescritos no sistema de saúde.

Palavras-chave: Uso de medicamentos; Prescrição de Medicamentos; Acesso aos Serviços de Saúde; Assistência Farmacêutica; Farmacoepidemiologia.

APRESENTAÇÃO

A presente dissertação de mestrado é composta por três partes: Projeto de Pesquisa, Relatório de Pesquisa, Relatório de Pesquisa e Artigo Científico, conforme estabelecido pelo Regimento Interno do Programa de Pós- Graduação em Saúde Coletiva da Universidade do Vale do rio dos Sinos, aprovado em setembro de 2007.

1 - O **Projeto de Pesquisa**, intitulado "**Acesso a medicamentos prescritos na última consulta médica em população assistida por diferentes modelos de atenção básica nas regiões Sul e Nordeste do Brasil**", contempla o planejamento da produção científica, em especial a revisão de literatura e o delineamento do estudo. Foi defendido em 02 de julho de 2012, sendo a banca avaliadora constituída pela Profa. Dra. Vera Maria Vieira Paniz (Orientadora), pela Profa. Aline Lins Camargo e pela Profa. Dra. Nêmora Tregnago Barcellos.

2- O **Relatório de Pesquisa** descreve as atividades desenvolvidas a partir do proposto pelo Projeto de Pesquisa para se obter as informações necessárias á construção do Artigo Científico.

3 – O **Artigo Científico** são apresentados os resultados originais da pesquisa realizada, procurando contemplar os requisitos exigidos para a publicação em periódico científico especializado.

AGRADECIMENTOS

A todos os professores do PPG, o meu agradecimento pelos ensinamentos oportunizados.

Aos colegas do mestrado, com quem dividi um tempo da minha vida, obrigada pela oportunidade de convívio e aprendizado. Vocês me ajudaram a acreditar que este momento seria possível. Sentirei saudades.

Aos meus amigos, muito obrigada, pelo carinho, suporte, estímulo e orações.

À minha querida família, primos pelo suporte emocional diante das dificuldades, sensibilidade, carinho, generosidade, otimismo, paciência, amor, presença da forma que podiam.

À minha orientadora Professora Doutora Vera Maria Vieira Paniz, por toda a sua atenção, sabedoria, contribuição e ensinamento.

A todos aqueles que de alguma maneira participaram desta minha caminhada e participarão da construção deste trabalho.

SUMÁRIO

PROJETO DE PESQUISA.....	8
RELATÓRIO DE PESQUISA.....	91
ARTIGO CIENTÍFICO.....	99

PROJETO DE PESQUISA

UNIVERSIDADE DO VALE DO RIO DOS SINOS - UNISINOS

MESTRADO EM SAÚDE COLETIVA

ISABEL CAROLINA COELHO FLORES CECHIN

**ACESSO A MEDICAMENTOS PRESCRITOS NA ÚLTIMA CONSULTA MÉDICA
EM POPULAÇÃO ASSISTIDA POR DIFERENTES MODELOS DE ATENÇÃO
BÁSICA NAS REGIÕES SUL E NORDESTE DO BRASIL**

São Leopoldo

2012

SIGLAS E ABREVIATURAS

AB – Atenção Básica

APS – Atenção Primária à Saúde

AF – Assistência Farmacêutica

ANVISA - Agencia Nacional de Vigilância Sanitária

CIB – Comissão Intergestores Bipartite

CIT - Comissão Intergestores Tripartite

CNS – Conselho Nacional de Saúde

DCB – Denominação Comum Brasileira

DCI – Denominação Comum Internacional

ELB – Estudo de Linha de Base

ESF - Estratégia Saúde da Família

GM - Gabinete do Ministro

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

MS – Ministério da Saúde

OMS – Organização Mundial da Saúde (WHO – World Health Organization)

OPAS – Organização Pan-Americana de Saúde (Paho-Pan American Health Organization)

PNAD – Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios

PNAF – Política Nacional de Assistência Farmacêutica

PNDS – Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde

PNM – Política Nacional de Medicamentos

PROESF – Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família

PSF - Programa de Saúde da Família

REMUME – Relação Municipal de Medicamentos Essenciais

RENAME – Relação Nacional de Medicamentos Essenciais

SUS – Sistema Único de Saúde

UBS – Unidade Básica de Saúde

DEFINIÇÃO DE TERMOS

Acesso a medicamento: entende-se por acesso a medicamento, a obtenção com ou sem pagamento direto, pelo usuário, do medicamento prescrito (LEYVA-FLORES, 1998).

Acesso: e um fator mediador entre a capacidade de produzir e oferecer serviços (ou produtos) e a produção e consumo real de tais serviços (BRASIL, 2005). Acesso a medicamentos se refere à disponibilidade dos medicamentos e a capacidade financeira para sua obtenção de forma equitativa (WHO, 2003).

Adesão do paciente ao tratamento farmacológico (compliance): nível de aceitação, cooperação e cumprimento das instruções por parte do paciente em relação ao tratamento médico recebido (FERRAES, 2002; WHO, 2004a).

Atenção Primária à Saúde (APS): também denominada **cuidados primários de saúde** (em Portugal) e **atenção básica** (Brasil) foi definida pela OMS em 1978 como: Atenção essencial à saúde baseada em tecnologia e métodos práticos, cientificamente comprovados e socialmente aceitáveis, tornados universalmente acessíveis a indivíduos e famílias na comunidade por meios aceitáveis para eles e a um custo que tanto a comunidade como o país possa arcar em cada estágio de seu desenvolvimento, um espírito de autoconfiança e autodeterminação. É parte integral do sistema de saúde do país, do qual é função central, sendo o enfoque principal do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. É o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, levando a atenção à saúde o mais próximo possível do local onde as pessoas vivem e trabalham, constituindo o primeiro elemento de um processo de atenção continuada à saúde (ALMA-ATA, 1978).

Aquisição: consiste num conjunto de procedimentos pelos quais se efetiva o processo de compra dos medicamentos estabelecidos pela programação, com o objetivo de suprir as unidades de saúde em quantidade, qualidade e menor custo/efetividade, visando manter a regularidade e funcionamento do sistema (BRASIL, 2001).

Armazenamento: conjunto de procedimentos técnicos e administrativos que envolvem as atividades de recepção/recebimento de medicamentos; estocagem e guarda de medicamentos; conservação de medicamentos; controle de estoque (BRASIL, 2001).

Assistência Farmacêutica: grupo de atividades relacionadas com o medicamento, destinadas a apoiar as ações de saúde demandadas por uma comunidade. Envolve o abastecimento de medicamentos em todas e em cada uma das suas etapas constitutivas, a conservação e o controle de qualidade, a segurança e a eficácia terapêutica dos medicamentos, o acompanhamento e a avaliação da utilização, a obtenção e a difusão de informação sobre medicamentos e a educação permanente dos profissionais de saúde, do paciente e da comunidade para assegurar o uso racional de medicamentos (Portaria GM 3916/98 – PNM) (BRASIL,1988); Resolução do Conselho Nacional de Saúde 338/2004 – PNAF). (BRASIL,2004).

Atenção Básica de Saúde: constitui o primeiro nível da atenção à saúde no SUS, compreendendo um conjunto de ações de caráter individual e coletivo, que englobam a promoção da saúde, a prevenção de agravos, o tratamento, a reabilitação e manutenção da saúde (BRASIL, 2004).

Automedicação: uso de medicamentos sem a prescrição, orientação e ou o acompanhamento do medico ou dentista (BRASIL, 2001).

Denominação Comum Brasileira (DCB): denominação do fármaco ou principio farmacologicamente ativo aprovada pelo órgão federal responsável pela vigilância sanitária (BRASIL,1999; 2001).

Denominação Comum Internacional (DCI): denominação do fármaco ou principio farmacologicamente ativo recomendada pela Organização Mundial de Saúde (BRASIL, 1999; 2003).

Dispensação: e o ato profissional farmacêutico de proporcionar um ou mais medicamentos a um paciente, em resposta a apresentação de uma receita elaborada por um profissional

autorizado. Nesse ato, o farmacêutico informa e orienta o paciente sobre o uso adequado do medicamento (BRASIL, 2001).

Distribuição: atividade que consiste no suprimento de medicamentos as unidades de saúde, em quantidade, qualidade e tempo oportuno, para posterior dispensação a população usuária (BRASIL, 2001).

Fármaco: substância química que e o principio ativo do medicamento (BRASIL, 2001).

Medicamento de uso contínuo: são aqueles empregados no tratamento de doenças crônicas e ou degenerativas, utilizados continuamente (BRASIL, 2001).

Medicamento genérico: medicamento similar a um produto de referencia ou inovador, que se pretende ser com este intercambiável, geralmente produzido apos a expiração ou renuncia da proteção patentaria ou de outros direitos de exclusividade, comprovada a sua eficácia, segurança e qualidade, e designado pela DCB ou, na sua ausência, pela DCI (BRASIL, 1999).

Medicamento: produto farmacêutico, tecnicamente obtido ou elaborado, com finalidade profilática, curativa, paliativa ou para fins de diagnostico (BRASIL,2001). São preparações farmacêuticas produzidas por indústrias e farmácias de manipulação autorizadas, obedecendo a critérios técnicos e legais (BRASIL,2001).

Medicamentos destinados a AB: são os produtos necessários à prestação do elenco de ações e procedimentos compreendidos na AB de saúde (BRASIL,2001).

Medicamentos essenciais: são definidos como aqueles de importância vital que devem estar disponíveis a todo o momento no sistema de saúde, em quantidade adequada, na forma e dosagem apropriada, com qualidade assegurada e informação adequada, a um custo acessível para o individuo e para a comunidade (WHO, 2004a; b).

Medicamentos excepcionais (alto custo): medicamentos geralmente de custo elevado, destinados a patologias especificas, na maioria das vezes utilizados por períodos prolongados recomendados para pacientes transplantados, insuficiência renal crônica, esclerose múltipla, hepatite viral crônica B e C, fibrose cística, osteoporose e outras (BRASIL, 2001).

Distribuição: atividade que consiste no suprimento de medicamentos as unidades de saúde, em quantidade, qualidade e tempo oportuno, para posterior dispensação a população usuária (BRASIL, 2001).

Fármaco: substância química que e o principio ativo do medicamento (BRASIL, 2001).

Medicamento de uso contínuo: são aqueles empregados no tratamento de doenças crônicas e ou degenerativas, utilizados continuamente (BRASIL, 2001).

Medicamento genérico: medicamento similar a um produto de referencia ou inovador, que se pretende ser com este intercambiável, geralmente produzido apos a expiração ou renuncia da proteção patentaria ou de outros direitos de exclusividade, comprovada a sua eficácia, segurança e qualidade, e designado pela DCB ou, na sua ausência, pela DCI (BRASIL, 1999).

Medicamento: produto farmacêutico, tecnicamente obtido ou elaborado, com finalidade profilática, curativa, paliativa ou para fins de diagnostico (BRASIL,2001). São preparações farmacêuticas produzidas por indústrias e farmácias de manipulação autorizadas, obedecendo a critérios técnicos e legais (BRASIL,2001).

Medicamentos destinados a AB: são os produtos necessários à prestação do elenco de ações e procedimentos compreendidos na AB de saúde (BRASIL,2001).

Medicamentos essenciais: são definidos como aqueles de importância vital que devem estar disponíveis a todo o momento no sistema de saúde, em quantidade adequada, na forma e dosagem apropriada, com qualidade assegurada e informação adequada, a um custo acessível para o individuo e para a comunidade (WHO, 2004a; b).

Medicamentos excepcionais (alto custo): medicamentos geralmente de custo elevado, destinados a patologias especificas, na maioria das vezes utilizados por períodos prolongados recomendados para pacientes transplantados, insuficiência renal crônica, esclerose múltipla, hepatite viral crônica B e C, fibrose cística, osteoporose e outras (BRASIL, 2001).

Política Nacional de Assistência Farmacêutica (PNAF): aprovada em 2004, esta política é norteadora para a formulação de políticas setoriais, entre as quais, destacam-se as políticas de medicamentos, de ciência e tecnologia, de desenvolvimento industrial e de formação de recursos humanos, entre outras, garantindo a intersetorialidade inerente ao sistema de saúde do país (SUS) e cuja implantação envolve tanto o setor público quanto o privado de atenção à saúde (BRASIL, 2004).

Prescrição: de acordo com a PNM (BRASIL, 1998), a prescrição é o ato de definir o medicamento a ser consumido pelo paciente, com a respectiva dosagem e duração do tratamento; esse ato é expresso mediante a elaboração de uma receita médica (BRASIL, 2001).

Programação: consiste em estimar quantidades de medicamentos a serem adquiridas, para atender determinada demanda de serviços, em um período definido de tempo, possuindo influência direta sobre o abastecimento e o acesso ao medicamento (BRASIL, 2001).

Resolutividade: capacidade do serviço de solucionar os problemas que lhe são apresentados (HALAL, 1994).

Seleção: é um processo de escolha de medicamentos eficazes e seguros, imprescindíveis ao atendimento das necessidades de uma dada população, tendo como base as doenças prevalentes, com a finalidade de garantir uma terapêutica medicamentosa de qualidade nos diversos níveis de atenção à saúde (BRASIL, 2001).

Uso racional: é o processo que compreende a prescrição apropriada; a disponibilidade oportuna e a preços acessíveis; a dispensação em condições adequadas; e o consumo nas doses indicadas, nos intervalos definidos e no período de tempo indicado de medicamentos eficazes, seguros e de qualidade (BRASIL, 2001).

LISTA DE ANEXOS

Pág.

ANEXO A – Instrumento utilizado na avaliação do acesso a medicamentos receitados na última consulta médica.	89
--	-----------

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	17
1.1 IMPORTÂNCIA DO ACESSO A MEDICAMENTOS.....	17
1.2 POLÍTICA NACIONAL DE MEDICAMENTOS	18
1.3 RELAÇÃO NACIONAL DE MEDICAMENTOS ESSENCIAIS,.....	18
1.4 POLÍTICA DE MEDICAMENTOS GENÉRICOS.....	19
1.5 POLÍTICA NACIONAL ASSISTÊNCIA FARMACEUTICA.....	20
1.6 ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA NA ATENÇÃO BÁSICA.....	22
1.6.1 Antecedentes da Assistência Farmacêutica na Atenção Básica.....	22
1.6.2 Financiamento da Assistência Farmacêutica.....	22
1.7 PROGRAMAS DE SAÚDE E ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA.....	26
1.7.1 Programa Saúde da Família – PSF.....	27
1.7.2 Programa Farmácia Popular do Brasil.....	28
1.8 GASTOS COM MEDICAMENTOS.....	29
1.9 REVISÃO LITERATURA.....	30
2. JUSTIFICATIVA	56
3. OBJETIVO	61
3.1 Objetivo Geral.....	55
3.2 Objetivos Específicos.....	56
4. HIPÓTESES	66

5. METODOLOGIA	67
5.1 Delineamento.....	68
5.2 População alvo e amostra.....	68
5.3 Tamanho da amostra.....	68
5.4 Amostragem.....	69
5.4.1 Amostra da Unidade Básica de Saúde.....	69
5.4.2 Amostra da população das áreas de abrangência das UBS.....	71
5.5 Instrumentos.....	72
5.6 Variáveis coletadas.....	73
5.7 Seleção e treinamentos dos supervisores.....	74
5.8 Estudo piloto.....	75
5.9 Logística.....	75
5.10 Processamento dos dados.....	76
5.11 Análise de dados.....	76
5.12 Controle de qualidade.....	78
5.13 Aspectos éticos.....	80
5.14 Divulgação dos resultados.....	80
6. CRONOGRAMA	88
7. FINANCIAMENTO	89
8. ORÇAMENTO	90
9. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	91

1. INTRODUÇÃO

1.1 IMPORTÂNCIA DO ACESSO A MEDICAMENTOS

A Declaração de Alma-Ata afirma enfaticamente que a saúde é um direito humano fundamental, que para ser atendido requer a ação de muitos outros setores sociais e econômicos, além do setor saúde. Os cuidados primários de saúde são cuidados essenciais baseados em métodos e tecnologias práticas, cientificamente bem fundamentadas e socialmente aceitáveis, colocadas ao alcance universal de indivíduos e famílias da comunidade, mediante sua plena participação e a um custo que a comunidade e o país possam manter em cada fase de seu desenvolvimento. (ALMA-ATA, 1978).

Desde o início do século XX, o Brasil vem passando por mudanças no modelo de assistência à saúde na tentativa de atender as necessidades da população (COLOMBO, 2004). A partir da Constituição Brasileira de 1988, a competência para cuidar da saúde deixa de ser hegemônica da União e começam a acontecer as grandes mudanças estruturais na área da saúde. Dessa forma, passam a se definir melhor as competências e, particularmente, inicia-se o processo de descentralização (MARIN, 2003).

O Sistema Único de Saúde (SUS), estabelecido pela Constituição Federal de 1988 (BRASIL, 1988) e regulamentado pelas Leis nº 8080/90 (BRASIL, 1990a) e 8142/90 (BRASIL, 1990b), agrega todos os serviços públicos mantidos pelos governos municipais, estaduais e federal, bem como os serviços privados contratados e ou conveniados. O SUS prevê o acesso universal e equitativo às ações e serviços de saúde, com regionalização e hierarquização; descentralização com direção única em cada esfera de governo; e atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais.

Dentre os níveis de organização, a Atenção Básica (AB) compreende um conjunto de ações de alta cobertura populacional e de grande importância, executadas pelos serviços de saúde, que têm por características: atender os problemas de saúde mais prevalentes de dada população; promover, proteger e recuperar a saúde do indivíduo e da coletividade; atuar nos âmbitos ambulatorial e domiciliar (BRASIL, 2001).

Dentro desse contexto, emerge a importância da Assistência Farmacêutica Básica, entendida como um conjunto de atividades relacionadas ao acesso e ao uso racional de medicamentos, destinado a complementar e apoiar as ações da Atenção Básica à saúde (BRASIL,2001).

O medicamento é o recurso terapêutico, quando bem utilizado, de maior relação custo-efetividade (BRASIL,2005), sendo os medicamentos essenciais uma das ferramentas necessárias para melhorar e manter a saúde (WHO, 2004c).

Desde o início dos anos 80, o conceito de medicamentos essenciais tem influenciado decisões nas políticas de saúde nacionais e internacionais, entretanto para muitas pessoas no mundo todo, os medicamentos estão ainda inacessíveis, indisponíveis e algumas vezes são inseguros e inapropriadamente usados (WHO, 2004c).

O acesso aos medicamentos envolve uma complexa rede de atores, públicos e privados, que desempenham diferentes papéis em função do contexto econômico, político e social dos diversos países (BRASIL, 2005).

A situação mundial do acesso a medicamentos essenciais é ainda considerada crítica. Embora o acesso à atenção à saúde seja um direito humano fundamental, no qual está incluído o acesso a medicamentos essenciais, a Organização Mundial de Saúde (OMS) estima que cerca de dois bilhões de pessoas (1/3 da população mundial) não tem acesso regular a esses medicamentos (WHO, 2004d).

Uma das recomendações da OMS para a área de medicamentos é “que em todas as partes, as pessoas tenham *acesso* aos medicamentos essenciais que necessitam, que seja promovido o *acesso equitativo e sustentável* aos medicamentos essenciais, particularmente para os indigentes e os menos favorecidos” (WHO, 2004d).

Segundo o documento (WHO, 2004d) que apresenta a estratégia da OMS para o período 2004-2007, a resposta aos desafios no campo dos medicamentos para o século XXI, deve ser dada por meio de quatro objetivos principais: (a) melhorar o acesso a medicamentos essenciais; (b) fortalecer as políticas nacionais de medicamentos; (c) melhorar a qualidade e segurança dos medicamentos; e (d) promover seu uso racional. Esse documento enfatiza a importância de “*assegurar a implementação e o monitoramento das políticas nacionais de medicamentos*”.

Em 2009 foi publicado um novo documento pela OMS que estabelece novas estratégias para o período de 2008-2013, o qual estabelece uma lista de 30 medicamentos essenciais selecionados como marcadores e para que esta meta seja atendida deveríamos alcançar 80% de acesso a medicamentos em todos os setores (WHO, 2009).

1.2 POLÍTICA NACIONAL DE MEDICAMENTOS

A Política Nacional de Medicamentos (PNM) aprovada pela Portaria n.º 3.916, de 30 de outubro de 1998, como parte essencial da Política Nacional de Saúde, constitui um dos elementos fundamentais para a efetiva implementação de ações capazes de promover a melhoria das condições da assistência à saúde da população. A Lei n.º 8.080/90, em seu artigo 6.º, estabelece como campo de atuação do SUS a “formulação da política de medicamentos (...) de interesse para a saúde (...)” (BRASIL, 2001).

A PNM tornou pública a importância dos medicamentos na resolutividade das ações de saúde, indicando rumos e linhas estratégicas e definindo prioridades no que concerne aos medicamentos objetivos assegurar os compromissos de governo e outras instâncias; garantir o acesso a medicamentos essenciais, principalmente para o atendimento de agravos prioritários de saúde da população; garantir a qualidade, eficácia e segurança dos medicamentos; e promover o uso racional dos medicamentos. É fundamentada na descentralização da gestão, na promoção do uso racional dos medicamentos e na otimização e eficácia do gerenciamento da assistência farmacêutica (BRASIL, 2001).

A PNM estabelece diretrizes e prioridades que resultaram em importantes avanços na regulamentação sanitária, no gerenciamento de medicamentos e na organização e gestão da Assistência Farmacêutica no SUS, tendo como finalidades principais: garantia da necessária segurança, da eficácia e da qualidade dos medicamentos; promoção do uso racional dos medicamentos e o acesso da população àqueles medicamentos considerados essenciais.

A PNM apresenta um conjunto de diretrizes para alcançar os objetivos propostos, quais sejam:

- » Adoção da Relação de Medicamentos Essenciais;
- » Regulamentação sanitária de medicamentos;
- » Reorientação da Assistência Farmacêutica;
- » Promoção do uso racional de medicamentos;
- » Desenvolvimento científico e tecnológico;
- » Promoção da produção de medicamentos;
- » Garantia da segurança, eficácia e qualidade dos medicamentos;
- » Desenvolvimento e capacitação de recursos humanos.

Destas diretrizes, foram consideradas como prioridades a revisão permanente da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME), a reorientação da Assistência Farmacêutica, a promoção do uso racional de medicamentos e a organização das atividades de Vigilância Sanitária de medicamentos para regular esta área. A implementação dessas diretrizes demandam ações que vêm sendo desenvolvidas ao longo dos anos (BRASIL, 2012).

1.3 RELAÇÃO NACIONAL DE MEDICAMENTOS ESSENCIAIS – RENAME

O Brasil elabora listas de medicamentos considerados essenciais desde 1964. A padronização atualizada e sob a denominação de Relação Nacional de Medicamentos Essenciais - RENAME foi originalmente instituída através da Portaria MPAS nº 233, de 08/07/75, atendendo a princípios estabelecidos pela OMS (WHO, 2000).

A RENAME é baseada na Lista Modelo da OMS, a qual está apoiada no conceito que define medicamentos essenciais como àqueles que “*satisfazem as necessidades de saúde prioritárias da população os quais devem estar acessíveis em todos os momentos, na dose apropriada, a todos os segmentos da sociedade*”(WHO,2002). Integram o elenco dos medicamentos essenciais àqueles produtos considerados básicos e indispensáveis para atender a maioria dos

problemas de saúde da população. São selecionados de acordo com a sua relevância pública, provas quanto à eficácia e à segurança e estudos comparados de custo-efetividade (BRASIL, 2001).

Esses produtos devem estar continuamente disponíveis aos segmentos da sociedade que deles necessitem, nas formas farmacêuticas apropriadas, e compõem uma relação nacional de referência que servirá de base para o direcionamento da produção.

A consolidação do processo de revisão permanente da RENAME, instrumento básico de racionalização no âmbito do SUS, com atualização contínua, representa medida indispensável, haja vista que a seleção baseia-se nas prioridades nacionais de saúde, bem como na segurança, na eficácia terapêutica comprovada, na qualidade e na disponibilidade dos produtos (BRASIL, 2001).

O Ministério da Saúde estabelece mecanismos que permitam a contínua atualização da RENAME, imprescindível instrumento de ação do SUS, na medida em que contempla um elenco de produtos necessários ao tratamento e controle da maioria das patologias prevalentes no País (BRASIL, 2001).

No processo de atualização contínua da RENAME, deverá ser dada ênfase ao conjunto dos medicamentos voltados para a assistência ambulatorial ajustado, no nível local, consoante às patologias e agravos à saúde mais relevantes e prevalentes, respeitadas as diferenças regionais do País, compreendida também, como um dos mecanismos favorecedores da redução de preços dos medicamentos, a RENAME será sistemática e amplamente divulgada (BRASIL, 1998).

Conforme estabelecido pela Resolução nº 10 de 17 de janeiro de 2012, que estabelece as diretrizes nacionais da RENAME no âmbito do SUS, os medicamentos essenciais são aqueles definidos pelo SUS para garantir o acesso do usuário ao tratamento medicamentoso. O Ministério da Saúde consolidará e publicará as atualizações da RENAME a cada 2 (dois) anos no âmbito do SUS (BRASIL, 2012).

A Portaria nº 533, de 28 de março de 2012, estabelece o elenco de medicamentos e insumos da RENAME no âmbito do SUS, conforme a seguinte estrutura: Relação Nacional de Medicamentos do Componente Básico da Assistência Farmacêutica; Relação Nacional de Medicamentos do Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica; Relação Nacional de Medicamentos do

Componente Especializado da Assistência Farmacêutica; Relação Nacional de Insumos e Relação Nacional de Medicamentos de Uso Hospitalar (BRASIL, 2012).

Nesta portaria fica também estabelecido nova forma de construção da Relação de Medicamentos Essenciais no Brasil, no artigo 3º estabelece que “a incorporação, exclusão e alteração de medicamentos e insumos na RENAME serão realizadas pelo MS, assessorados pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (CONITEC)”, diferente do que havia sido instituído a partir de 2005, onde havia uma Comissão Técnica e Multidisciplinar de Atualização da RENAME (COMARE).

1.4 POLÍTICA DE MEDICAMENTOS GENÉRICOS

Medicamentos genéricos são aqueles que, ao expirar a patente de marca de um produto, são comercializados sem nome de marca, de acordo com a denominação oficial (no Brasil, Denominação Comum Brasileira ou DCB) (BRASIL, 2001).

Os medicamentos genéricos tiveram no final da década de 90 e no início deste século um lugar de destaque no campo das políticas públicas no Brasil.

A Lei nº 9787/99 altera a Lei nº 6.360/76 e estabelece o “medicamento genérico”, dispondo sobre a utilização de nomes genéricos em produtos farmacêuticos e dando outras providências (BRASIL, 1999). A política de genéricos além de empreender esforços para melhoria do acesso, também se faz necessária à adoção de medidas para racionalização e otimização dos recursos financeiros, evitando desperdícios, promovendo a racionalização no uso dos medicamentos, melhorando o acompanhamento do paciente e estimulando a adesão ao tratamento.

1.5 POLÍTICA NACIONAL ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

Em 2003, um amplo debate sobre a Assistência Farmacêutica foi realizado com a sociedade na I Conferência Nacional de Medicamentos e, com base nas propostas nela emanadas, o Conselho Nacional de Saúde (CNS) aprovou e publicou a Resolução CNS nº 338, de 6 de maio de 2004, que estabelece a Política Nacional

de Assistência Farmacêutica (PNAF), definindo-a como: Um conjunto de ações voltadas à promoção, proteção e recuperação da saúde, tanto individual como coletiva, tendo o medicamento como insumo essencial e visando o acesso e seu uso racional. Este conjunto envolve a pesquisa, o desenvolvimento e a produção de medicamentos e insumos, bem como a sua seleção, programação, aquisição, distribuição, dispensação, garantia da qualidade dos produtos e serviços, acompanhamento e avaliação de sua utilização, na perspectiva da obtenção de resultados concretos e da melhoria da qualidade de vida da população (BRASIL, 2004).

A reorientação da Assistência Farmacêutica, pautada no atendimento de necessidades e prioridades locais, tem como objetivo o desenvolvimento de atividades relacionadas à promoção do acesso da população aos medicamentos essenciais e não deve se restringir à aquisição e à distribuição de medicamentos (BRASIL, 2000; 2001). Ela deve ser considerada como uma das atividades prioritárias da assistência à saúde, em face da sua transversalidade com as demais ações e programas de saúde.

A Assistência Farmacêutica no SUS engloba, portanto, as etapas de seleção, programação, aquisição, armazenamento, distribuição e dispensação, o que deverá favorecer a permanente disponibilidade dos produtos segundo as reais necessidades de cada população, tendo como base as doenças prevalentes (BRASIL, 2000).

Mais recentemente, os Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão foram instituídos por meio da Portaria GM/MS n. 399, de 22 de fevereiro de 2006. No Pacto de Gestão, definiu-se que o financiamento referente à AF é de responsabilidade dos três gestores do SUS, devendo agregar a aquisição de medicamentos e insumos e a organização das ações de Assistência Farmacêutica necessárias, de acordo com a organização dos serviços de saúde. A Portaria GM/MS n° 204, de 29 de janeiro de 2007, regulamentou a forma de transferência dos recursos financeiros federais, estabelecendo, entre outros, o bloco de financiamento da Assistência Farmacêutica, constituído por três componentes: o componente básico, o componente estratégico e o componente especializado (BRASIL, 2012).

Assegurar o acesso a medicamentos é uma das questões cruciais no SUS, constituindo-se no eixo norteador das políticas públicas estabelecidas na área da AF, considerando que estes insumos são uma intervenção terapêutica muito utilizada, impactando diretamente sobre a resolubilidade das ações de saúde (BRASIL,2012).

1.6 ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA NA ATENÇÃO BÁSICA

A Assistência Farmacêutica (AF) reúne um conjunto de ações voltadas à promoção, proteção e recuperação da saúde, por meio da promoção do acesso aos medicamentos e uso racional. No MS, tais ações consistem em promover a pesquisa, o desenvolvimento e a produção de medicamentos e insumos, bem como sua seleção, programação, aquisição, distribuição e avaliação de sua utilização, na perspectiva da obtenção de resultados concretos e da melhoria da qualidade de vida da população (BRASIL, 2011).

Nos últimos anos, a atenção básica à saúde vem assumindo papel relevante no processo de construção do SUS no Brasil, como coordenadora do cuidado no seu território. Nesse contexto, é necessário que as ações desenvolvidas na Assistência Farmacêutica, que devem integrar as ações de atenção à saúde, acompanhem esse processo, capacitando-se para atender as novas demandas que essa realidade impõe.

1.6.1 Antecedentes da Assistência Farmacêutica na Atenção Básica

A Central de Medicamentos (Ceme), criada em 25 de junho de 1971 pelo Decreto nº 68.806 e ligada diretamente à Presidência da República, era o órgão federal responsável pela Assistência Farmacêutica incluindo a aquisição e distribuição de medicamentos no país, de forma centralizada.

Em 1987 foi instituída a Farmácia Básica, proposta pelo Governo Federal com o intuito de racionalizar o fornecimento de medicamentos para a atenção primária. Previa módulos padrão de medicamentos, de modo a atender as necessidades de uma população de três mil habitantes. Eram constituídas por 48 medicamentos, todos constantes da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais

(RENAME) vigente à época e destinava-se a atender as doenças prevalentes mais comuns, em especial no nível ambulatorial (BRASIL,2011).

Com a desativação ocorrida em 1997, após inúmeros problemas, iniciou-se um amplo processo de discussão com todos os setores nacionais interessados e, de forma crescente, foram sendo definidas as responsabilidades pela gestão e financiamento da assistência farmacêutica nas três esferas do SUS (WHO, 2003).

Neste processo de discussões foram identificados e analisados os principais problemas do setor farmacêutico nacional, culminando com a publicação da Portaria nº 3.916, de 30 de outubro de 1998, que aprovou a PNM, integrada à Política Nacional de Saúde (PNS).

A interrupção no fornecimento de medicamentos do Programa Farmácia Básica, a publicação da Política Nacional de Medicamentos e os diversos debates ocorridos na época, levaram o Governo Federal à elaboração de uma nova proposta para a área, que resultou na publicação da Portaria GM/MS n. 176, de 8 de março de 1999. Este foi o passo inicial no sentido de efetivar a descentralização da Assistência Farmacêutica na Atenção Básica no SUS (BRASIL, 1999).

1.6.2 Financiamento da Assistência Farmacêutica

Com a implantação da Portaria nº 176, que estabelece critérios e requisitos para a qualificação dos municípios e estados, estabelecendo um financiamento específico denominado Incentivo à Assistência Farmacêutica Básica (IAFB), teve a primeira regulamentação específica para traçar diretrizes na área de Assistência Farmacêutica na Atenção Básica (BRASIL, 2005).

A criação do IAFB foi um avanço, pois, diferente do Programa Farmácia Básica, de 1997, abrangia a totalidade dos municípios, prevendo a participação dos gestores estaduais e municipais no financiamento e no processo de gestão e gerenciamento, mediante pactuação nas respectivas Comissões Intergestores Bipartite (CIB) (BRASIL, 2012).

Ao longo do tempo, a ausência de qualquer atualização dos valores financeiros relacionados ao programa levou à ocorrência de uma defasagem financeira do incentivo em relação à necessidade, de forma que vários estados e municípios suplementassem substancialmente esses recursos.

Em 2001, estados e municípios encontravam-se na fase de estruturação da Assistência Farmacêutica, com a adequação e a incorporação do elenco mínimo e obrigatório aos seus elencos, quando voltaram a surgir iniciativas de aquisição centralizada de medicamentos básicos.

Em março daquele ano, há criação de um *kit*, composto por medicamentos destinados a dar suporte a estratégias e ações específicas da Atenção Primária, entre elas, o Programa Saúde da Família (PSF). Além de se sobrepor ao elenco disponibilizado com recursos do IAFB, a interlocução era feita diretamente pelo MS com as equipes do PSF das secretarias municipais de saúde, sem participação da instância estadual. Esta lógica distinta adotada para a distribuição do *kit* dificultava seu gerenciamento.

Decorrente de mudanças políticas ocorridas na esfera federal, em 2003 e retomadas as discussões sobre a Assistência Farmacêutica Básica, com a participação do CONASS, surge a portaria GM/MS nº 1105, de 5 de julho de 2005, que passou a regulamentar a AF na Atenção Básica, a qual buscou tornar claras as fontes e responsabilidades pelo seu financiamento. No mesmo ano, em outubro entra em vigor nova portaria GM/MS n. 2.084, de 26 de outubro de 2005, que estabeleceu a possibilidade de descentralização dos recursos financeiros para aquisição dos medicamentos que compunham os grupos do Componente Estratégico, mediante pactuação na CIT e, posteriormente, nas CIB.

O estabelecimento do Pacto pela Saúde (Portaria GM/MS n. 399/2006) e a publicação da Portaria GM/MS n. 204/2007 que trata da transferência dos recursos federais na forma de blocos de financiamento, inclui o Bloco de Financiamento da Assistência Farmacêutica, composto por três componentes, entre eles, o Componente Básico da Assistência Farmacêutica, o que levou à necessidade de adequações nesta área.

Após discussão e pactuação na CIT, foi publicada a Portaria GM/MS n. 3.237, de 24 de dezembro de 2007, que passou a regulamentar o Componente Básico da Assistência Farmacêutica.

Esta Portaria foi um avanço no processo de descentralização, tanto no relacionado aos recursos financeiros, assim como na responsabilização dos gestores municipais pelo seu gerenciamento. Unificou os valores das partes fixa e variável,

estabelecidas na portaria que a antecedeu, passando a compor um valor único de financiamento, inserido no Componente Básico.

Apesar dos avanços alcançados e do esforço para consolidar a Assistência Farmacêutica, com a busca incessante da melhoria do acesso da população aos medicamentos essenciais, a realidade brasileira ainda se caracteriza por uma situação desigual no que diz respeito ao acesso e ao uso racional deste insumo (BRASIL, 2012).

Em 1999, o Ministério da Saúde (MS), visando implementar as diretrizes e prioridades da PNM, estabeleceu os critérios e requisitos para a qualificação dos municípios e estados ao Incentivo à Assistência Farmacêutica Básica (BRASIL, 1999b).

Esse incentivo era financiado pelos três níveis de governo (federal, estaduais e municipais), e a transferência dos recursos federais estava condicionada à contrapartida dos estados, municípios e do Distrito Federal (BRASIL, 2001). Esses recursos são destinados à aquisição de medicamentos essenciais que, na AB à saúde, devem proporcionar as condições mínimas necessárias para seu uso racional e contribuir para a ampliação do acesso da população aos mesmos (BRASIL, 2001).

Em 2006 com a publicação da Portaria GM/MS 399, que divulga o Pacto pela Saúde e da publicação da Portaria GM/MS nº 699, que regulamenta as Diretrizes Operacionais dos Pactos pela Vida e de Gestão, no Termo de Compromisso de Gestão Estadual é que se estabelece que todas as esferas de gestão do SUS são responsáveis por *promover a estruturação da assistência farmacêutica e garantir, em conjunto com as demais esferas de governo, o acesso da população aos medicamentos cuja dispensação esteja sob sua responsabilidade, fomentando seu uso racional e observando as normas vigentes e pactuações estabelecidas* (BRASIL, 2006b).

A Assistência Farmacêutica na Atenção Básica em saúde é parte da Política Nacional de Assistência Farmacêutica do SUS e no âmbito da gestão, representa um dos Componentes do Bloco de Financiamento da Assistência Farmacêutica. Envolve um grupo de ações desenvolvidas de forma articulada pelo Ministério da Saúde, Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, para garantir o custeio e o fornecimento dos medicamentos e insumos essenciais destinados ao atendimento dos agravos prevalentes e prioritários da Atenção Básica (BRASIL, 2006a).

O montante federal é repassado mensalmente pelo Fundo Nacional de Saúde (FNS), aos estados e/ou municípios, de forma regular e automática, em parcelas de um doze avos. A contrapartida estadual é realizada por meio do repasse de recursos financeiros aos municípios, ou em alguns casos, por meio do fornecimento de medicamentos básicos, definidos e pactuados pelas Comissões Intergestores Bipartites (CIBs). A contrapartida municipal deve ser realizada pelas prefeituras, com recursos do tesouro municipal, e destinados ao custeio dos medicamentos básicos previstos na RENAME 2010, ou ainda em ações de estruturação e qualificação da Assistência Farmacêutica Básica, respeitados os limites e demais normas estabelecidas na Portaria nº 4.217.

O município tem a responsabilidade de assegurar o suprimento dos medicamentos destinados a AB de saúde a sua população, integrando sua programação à do estado, visando garantir o abastecimento de forma permanente e oportuna (BRASIL, 2001).

A Comissão Intergestores Bipartite Estaduais (CIB) desempenha o papel de aprovar a relação dos medicamentos essenciais, para os municípios do estado, destinados ao atendimento das doenças prevalentes identificadas na AB. Assim, cada estado e seus municípios terão sua relação de medicamentos selecionados, que deve conter o Elenco Mínimo e Obrigatório de Medicamentos para pactuação na AB (BRASIL, 2000b; 2001).

As definições sobre o financiamento que envolvem as três esferas de gestão do SUS são discutidas e pactuadas na Comissão Intergestores Tripartite (CIT) (BRASIL, 2005). Os recursos existentes devem ser bem utilizados na compra de medicamentos realmente necessários e comprovadamente seguros e eficazes (BRASIL, 2001).

A Portaria nº 698 define que o custeio das ações de saúde é de responsabilidade das três esferas de gestão do SUS, observado o disposto na Constituição Federal e na Lei Orgânica do SUS. Os recursos federais destinados ao custeio de ações e serviços de saúde passam a ser organizados e transferidos na forma de blocos de financiamento. Blocos de financiamento são constituídos por componentes, conforme as especificidades de suas ações e os serviços de saúde pactuados. Ficam criados os seguintes blocos de financiamento:

- Atenção Básica;
- Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar;
- Vigilância em Saúde;
- Assistência Farmacêutica e
- Gestão do SUS

A Assistência Farmacêutica na Atenção Básica é financiada pelo Ministério da Saúde, Estados e Municípios. De acordo com a Portaria n° 4.217, de 29 de dezembro de 2010, a partida federal é de R\$ 5,10/habitante/ano, e as contrapartidas estadual e municipal devem ser de no mínimo R\$ 1,86/habitante/ano cada, sendo que esses recursos devem se aplicados no custeio dos medicamentos destinados aos agravos prevalentes e prioritários da Atenção Básica, presentes na RENAME 2012. Também podem ser comprados com esses recursos, os medicamentos fitoterápicos estabelecidos na Portaria n° 4.217, e medicamentos homeopáticos constantes na Farmacopéia Homeopática Brasileira 2ª edição. Um percentual de até 15% da soma das contrapartidas estaduais e municipais pode ser aplicado também em ações de estruturação das Farmácias do SUS, e qualificação dos serviços farmacêuticos destinados a Assistência Farmacêutica Básica.

O montante federal é repassado mensalmente pelo Fundo Nacional de Saúde (FNS), aos estados e/ou municípios, de forma regular e automática, em parcelas de um doze avos. A contrapartida estadual é realizada por meio do repasse de recursos financeiros aos municípios, ou em alguns casos, por meio do fornecimento de medicamentos definidos e pactuados pelas Comissões Intergestores Bipartites (CIBs).

A contrapartida municipal deve ser realizada pelas prefeituras, com recursos do tesouro municipal, e destinados ao custeio dos medicamentos básicos previstos na RENAME 2010, ou ainda em ações de estruturação e qualificação da Assistência Farmacêutica Básica, respeitados os limites e demais normas estabelecidas na Portaria n° 4.217.

O Bloco de Financiamento para a Assistência Farmacêutica é ainda constituído por quatro componentes:

1. Componente Básico da Assistência Farmacêutica;
2. Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica;
3. Componente Especializado da Assistência Farmacêutica e
4. Componente de Organização da Assistência Farmacêutica

1. O Componente Básico da Assistência Farmacêutica

Destina-se à aquisição de medicamentos e insumos de assistência farmacêutica no âmbito da atenção básica em saúde e aquelas relacionadas a agravos e programas de saúde específicos, inseridos na rede de cuidados da atenção básica.

O Componente Básico é composto de uma Parte Financeira Fixa que consiste em um valor per capita destinado a aquisição de medicamentos e insumos de assistência farmacêutica em atenção básica, transferido ao Distrito Federal, Estados e/ou Municípios, conforme pactuação nas Comissões Intergestores Bipartite.

2. O Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica

Destina-se ao financiamento para o custeio de ações de assistência farmacêutica nos seguintes programas de saúde estratégicos: Controle de endemias, tais como a Tuberculose, Hanseníase, Malária, Leishmaniose, Chagas e outras doenças endêmicas de abrangência nacional ou regional (endemias focais); Antirretrovirais do programa DST/AIDS; Sangue e Hemoderivados; Imunobiológicos; Alimentação e Nutrição e Controle do Tabagismo. O Ministério da Saúde considera como estratégico todos os medicamentos utilizados para tratamento das doenças de perfil endêmico e que tenham impacto socioeconômico. Além disso, esses medicamentos têm controle e tratamento por meio do protocolo e normas estabelecidas.

Programas Estratégicos: Tem como objetivo garantir o acesso aos medicamentos por portadores de doenças que configuram problemas de saúde pública, consideradas como de caráter estratégico pelo Ministério da Saúde.

3. O Componente Especializado da Assistência Farmacêutica

Por meio da Portaria GM/MS nº 2.981 de 26 de novembro de 2009, considerando a necessidade de aprimorar os instrumentos e estratégias que asseguram e ampliam o acesso da população aos serviços de saúde, incluído o acesso aos medicamentos em estreita relação com os princípios da Constituição e da organização do SUS; e a pactuação na reunião da Comissão Intergestores Tripartite de 24 de setembro de 2009, resolve regulamentar e aprovar, no âmbito do SUS, o Componente Especializado da Assistência Farmacêutica como parte da PNAF, integrante do Bloco de Financiamento da Assistência Farmacêutica e alterar a denominação do Componente de Medicamentos de Dispensação Excepcional descrito no inciso III, art. 24º, seção IV, da Portaria nº 204/GM, de 29 de janeiro de 2007, para Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF).

O Componente Especializado da Assistência Farmacêutica é uma estratégia de acesso a medicamentos no âmbito do SUS, caracterizado pela busca da garantia da integralidade do tratamento medicamentoso, em nível ambulatorial, cujas linhas de cuidado estão definidas em Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas publicados pelo MS. O acesso aos medicamentos que fazem parte das linhas de cuidado para as doenças contempladas no âmbito deste Componente será garantido mediante a pactuação entre a União, estados, Distrito Federal e municípios, conforme as diferentes responsabilidades definidas nesta Portaria.

Os medicamentos que constituem as linhas de cuidado para as doenças contempladas neste Componente estão divididos em três grupos com características, responsabilidades e formas de organização distintas.

O **Grupo 1** é aquele cujo financiamento está sob a responsabilidade exclusiva da União. É constituído por medicamentos que representam elevado impacto financeiro para o Componente, por aqueles indicados para doenças mais complexas, para os casos de refratariedade ou intolerância a primeira e/ou a segunda linha de tratamento e que se incluem em ações de desenvolvimento produtivo no complexo industrial da saúde.

Os medicamentos do Grupo 1 devem ser dispensados somente para as doenças (CID-10) contempladas no Componente e divide-se em: Grupo 1A - medicamentos com aquisição centralizada pelo Ministério da Saúde e Grupo 1B -

medicamentos adquiridos pelos estados com transferência de recursos financeiros pelo Ministério da Saúde, na modalidade Fundo a Fundo. A responsabilidade pelo armazenamento, distribuição e dispensação dos medicamentos do Grupo 1 (1A e 1B) é das secretarias estaduais de saúde. Este Grupo é composto por 68 fármacos em 128 apresentações farmacêuticas, sendo que destes, 27 fármacos em 46 apresentações são adquiridos pelo Ministério da Saúde.

O **Grupo 2** é constituído por medicamentos, cuja responsabilidade pelo financiamento é das Secretarias Estaduais da Saúde. Os medicamentos do Grupo 2 devem ser adquiridos, financiados e dispensados pelas secretarias estaduais de saúde. Este Grupo é composto por 43 fármacos em 110 apresentações farmacêuticas.

O **Grupo 3** é constituído por medicamentos, cuja responsabilidade pelo financiamento é tripartite, sendo a aquisição e dispensação de responsabilidade dos municípios sob regulamentação da Portaria GM nº 2.982/2009.

Considerando os medicamentos dos Grupos 1, 2 e 3, o CEAF é composto por 150 fármacos em 310 apresentações farmacêuticas indicados para o tratamento das diferentes fases evolutivas das doenças contempladas.

4. Componente de Organização da Assistência Farmacêutica.

O Componente de Organização da Assistência Farmacêutica é constituído por recursos federais destinados ao custeio de ações e serviços inerentes à assistência farmacêutica.

1.7. PROGRAMAS DE SAÚDE E ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

1.7.1. Programa Saúde da Família – PSF

O Ministério da Saúde realiza várias ações e programas com a finalidade de trazer a saúde para perto do cidadão. Neste contexto, buscado reorientar o modelo de atenção e dando ênfase aos serviços de Atenção Básica, em 1994, difundiu-se em âmbito nacional o Programa Saúde da Família (PSF), o qual foi definido como *“um modelo de assistência à saúde que tem o objetivo de desenvolver ações de*

promoção e proteção à saúde do indivíduo, da família e da comunidade, através de equipes de saúde, que farão o atendimento na unidade local de saúde e na comunidade, no nível de atenção primária” (BRASIL, 2004).

Esse programa se constitui em uma estratégia de reorganização do sistema de atenção à saúde para o SUS, sendo descrito como ferramenta de promoção de equidade na oferta de serviços (MARQUES e MENDES, 2003).

A Saúde da Família como estratégia estruturante dos sistemas municipais de saúde tem provocado um importante movimento com o intuito de reordenar o modelo de atenção no SUS. Busca maior racionalidade na utilização dos demais níveis assistenciais e tem produzido resultados positivos nos principais indicadores de saúde das populações assistidas às equipes saúde da família (BRASIL, 2012).

A Estratégia de Saúde da Família é um projeto dinamizador do SUS, condicionada pela evolução histórica e organização do sistema de saúde no Brasil. A velocidade de expansão da Saúde da Família comprova a adesão de gestores estaduais e municipais aos seus princípios. A consolidação dessa estratégia precisa, entretanto, ser sustentada por um processo que permita a real substituição da rede básica de serviços tradicionais no âmbito dos municípios e pela capacidade de produção de resultados positivos nos indicadores de saúde e de qualidade de vida da população assistida (BRASIL, 2011).

Uma das estratégias deste programa é a vinculação do paciente às unidades de saúde para o tratamento e acompanhamento, promovendo um atendimento resolutivo e de qualidade (BRASIL, 2000). Estudo nacional revelou que o vínculo com a UBS da área está associado a um maior acesso a medicamentos. Este mesmo estudo evidenciou ainda, que o modelo de atenção PSF também tem impacto no acesso a medicamentos, onde idosos atendidos por este programa apresentaram acesso 9% maior que os atendidos pelo modelo tradicional (PANIZ, 2008).

Nesse sentido, o medicamento é de vital importância, sendo difícil outro fator, isoladamente, possuir no âmbito dos serviços de saúde, maior impacto sobre a capacidade resolutiva dos mesmos (BRASIL, 2011).

1.7.2 Programa Farmácia Popular do Brasil

O Governo Federal criou o Programa Farmácia Popular do Brasil para ampliar o acesso aos medicamentos para as doenças mais prevalentes. O Ministério da Saúde afirma que, no âmbito da PNAF, o Programa Farmácia Popular é uma das estratégias de ampliação de acesso a medicamentos e não visa, de forma alguma, a substituir a distribuição gratuita de medicamentos na rede pública de saúde (BRASIL, 2011).

O Programa disponibiliza um elenco de medicamentos, estabelecidos com base em evidências científicas e epidemiológicas que indicam sua aplicação segura e eficaz no tratamento de doença e agravos prevalentes na população do país. Esse elenco poderá apresentar diferenças em decorrência de características próprias das diferentes regiões do país (BRASIL, 2005).

Com vistas a assegurar à população o acesso a produtos básicos e essenciais, inclusive a atendida hoje por serviços privados de saúde, a PFPB destina-se ao atendimento igualitário da população usuária ou não dos serviços públicos de saúde e que tem dificuldades em adquirir medicamentos de que necessitam em estabelecimentos farmacêuticos comerciais (BRASIL, 2005).

Por vezes, essas dificuldades levam ao não cumprimento regular do tratamento, no caso das doenças crônicas como a hipertensão e a diabetes, a eventual utilização irregular dos medicamentos pode comprometer os resultados esperados com tratamento, além de acarretar muitas vezes no agravamento do quadro e aparecimento de complicações em muitos casos.

A necessidade de implementar ações que promovam a universalização do acesso da população aos medicamentos; assegurar medicamentos básicos e essenciais à população envolve a disponibilização de medicamentos a baixo custo, para os cidadãos que são assistidos pela rede privada; e necessidade de proporcionar diminuição do impacto causado pelos gastos com medicamentos no orçamento familiar, ampliando o acesso aos tratamentos instituí –se o Programa "Farmácia Popular do Brasil", que visa a disponibilização de medicamentos, nos termos da Lei nº 10.858, de 13 de abril de 2004, em municípios e regiões do território nacional (BRASIL,2004).

A portaria nº 184, de 3 de fevereiro de 2004 dispõe sobre o Programa Farmácia Popular do Brasil (PFPB), o qual consiste na disponibilização de medicamentos e/ou correlatos à população, pelo MS, por meio dos meios:

I - a "Rede Própria", constituída por Farmácias Populares, em parceria com os Estados, Distrito Federal, Municípios e hospitais filantrópicos; e

II - o "Aqui Tem Farmácia Popular", constituído por meio de convênios com a rede privada de farmácias e drogarias (BRASIL, 2011).

Com o "Saúde Não Tem Preço", a população brasileira que sofre com hipertensão ou diabetes passa a ter acesso gratuito aos medicamentos para o tratamento destas doenças. A gratuidade dos medicamentos esta disponível em estabelecimentos credenciados no Programa "Aqui Tem Farmácia Popular". Existe uma relação de medicamentos disponibilizados, a garantia de disponibilidade dos medicamentos se dá sobre o princípio ativo e não sobre a marca comercial e depende do estoque do estabelecimento no momento (BRASIL, 2012).

1.8. GASTOS COM MEDICAMENTOS

O medicamento é o recurso terapêutico mais utilizado e, em consequência, o gasto com medicamentos é, depois dos gastos com pessoal, o maior custo para o sistema de saúde e também o maior gasto para as famílias (SILVA, 2004). De acordo com a OMS, o gasto com medicamentos corresponde de 24 a 66% do gasto nacional em saúde nos países em desenvolvimento (WHO, 2002b).

No tocante ao perfil do consumidor brasileiro, este pode ser dividido em três grupos: os que possuem renda acima de 10 salários mínimos (15% da população) consomem 48% da produção total de medicamentos; o grupo com renda entre quatro e 10 salários mínimos (34%) consome 36% da produção e os que têm renda entre zero e quatro salários mínimos (51% da população) consomem 16% da produção (BRASIL, 2001). Este fato evidencia claramente que, por razões socioeconômicas, o acesso à terapia medicamentosa não ocorre de forma igual na população, ficando comprometido para os milhões de brasileiros que têm baixa renda (FERRAES, 2002).

Além da influência de fatores socioeconômicos no consumo de medicamentos, tem-se a influência dos fatores demográficos, como do aumento da expectativa de vida ao nascer e do processo de envelhecimento populacional.

Um estudo realizado em 11 cidades brasileiras para monitorar a disponibilidade de medicamentos essenciais para a AB nos serviços públicos de saúde, revelou uma severa deficiência destes, somente 55,4% dos 61 medicamentos investigados estavam disponíveis (KARNIKOWSKI, 2004).

O custo dos medicamentos é um dos mais importantes fatores relacionados ao uso de medicamentos no nível familiar em países em desenvolvimento, onde 50-90% dos medicamentos prescritos são pagos pelo indivíduo (WHO, 2004c).

No tocante ao perfil do consumidor brasileiro estudo que discute as principais características dos gastos das famílias brasileiras com saúde a partir de duas fontes distintas: a Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF) e a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) demonstrou que o gasto dos mais pobres é principalmente constituído pela compra de medicamentos, para esta parcela da população, a porcentagem da renda domiciliar empenhada com este gasto seja em média quase igual à empenhada com despesas de saúde em geral. (SILVEIRA, 2002).

Devido ao aumento da prevalência de doenças crônicas na população idosa, este grupo populacional se caracteriza pela elevada utilização de medicamentos. Em estudo de custos baseado nas informações do inquérito populacional intitulado Perfil de Utilização de Medicamentos por Aposentados Brasileiros, foi evidenciado que os medicamentos essenciais representavam 19% dos gastos mensais privados. Os gastos mensais médios e medianos com medicamentos essenciais foram de R\$ 39,81 (US\$ 12,60) e R\$ 25,17 (US\$7,96) respectivamente (LIMA, 2007). Esse mesmo autor concluiu que o gasto médio mensal de medicamentos chega a comprometer um quarto da renda dos idosos no país (LIMA-COSTA, 2003). Outro estudo recente, de base domiciliar, realizado em Porto Alegre com usuários das unidades do PSF constatou que medicamentos consumiram 5,8% da renda familiar (BERTOLDI, 2010; BERTOLDI, 2011).

1.9 REVISÃO DE LITERATURA

1.9.1 Estratégia de busca

Realizou-se inicialmente uma busca ampla nas bases de dados eletrônicos PUBMED utilizando-se como descritores “ACCESS” e “DRUG PRESCRIPTION” (palavras), o qual resultou em 150492 + 42.978 resumos respectivamente, sendo selecionados para a revisão 33 artigos para obtenção na íntegra. Utilizando-se os descritores “ACESSO” e “PRESCRIÇÃO” (palavras), no SCIELO obteve-se 6465 + 1123 resumos respectivamente, sendo selecionados para a revisão 30 artigos para obtenção na íntegra. Para refinar a seleção de artigos específicos sobre o tema proposto, associou-se outros descritores como: HEALTH SERVICES ACCESSIBILITY, DRUG UTILIZATION, PRIMARY CARE, DRUGS EXPENDITURES, PRESCRIPTION, MEDICINE, ACCESS TO MEDICINES.

Dentre os resumos encontrados, solicitou-se na íntegra os estudos de maior relevância. Foi também realizada uma busca por autores, periódicos científicos, referências citadas nos artigos recebidos e nos sites institucionais da Organização Mundial da Saúde, Organização Pan-Americana da Saúde e do Ministério da Saúde, totalizando 63 artigos, 10 livros e três dissertações.

Abaixo, a Figura 1 mostra a esquematização da sequência da última busca bibliográfica e seleção dos artigos no PUBMED.

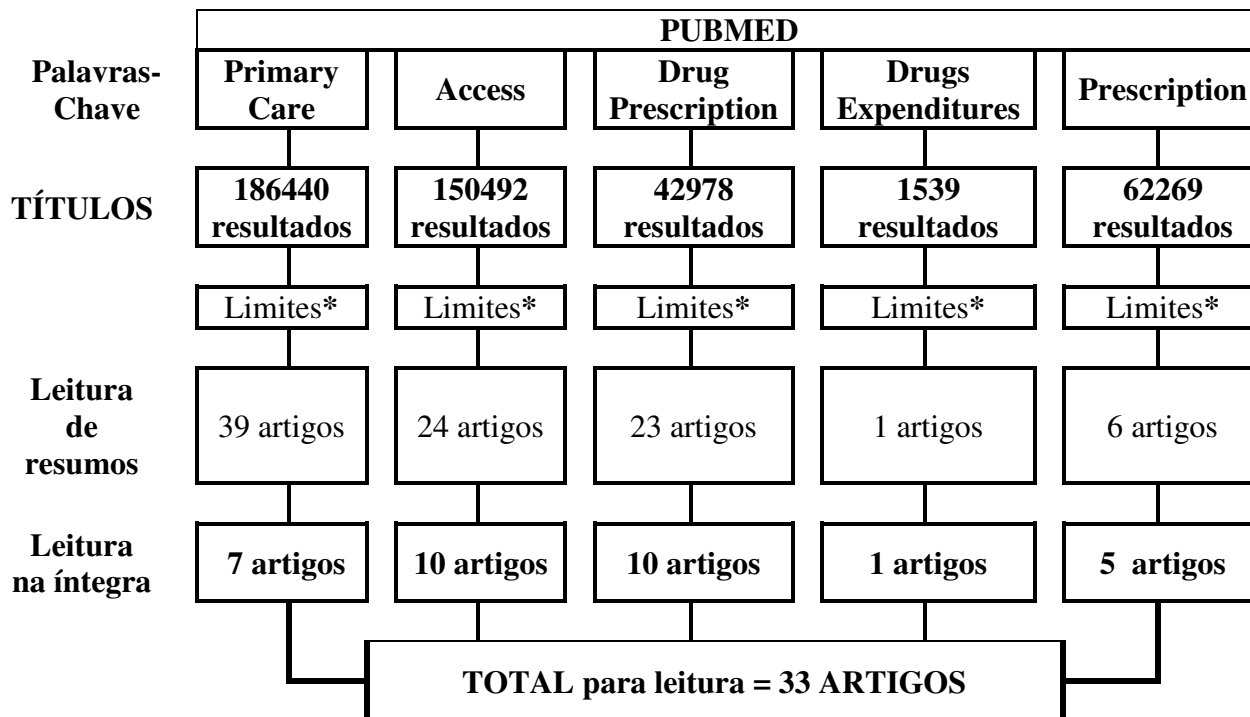


Figura 1 – Esquematização da sequência de busca bibliográfica e seleção dos artigos.

***Limites utilizados:** links para o texto completo livre, humanos, inglês, português, MEDLINE, publicados nos últimos cinco anos.

Abaixo, a Figura 1 mostra a esquematização da sequência da última busca bibliográfica e seleção dos artigos no SCIELO.

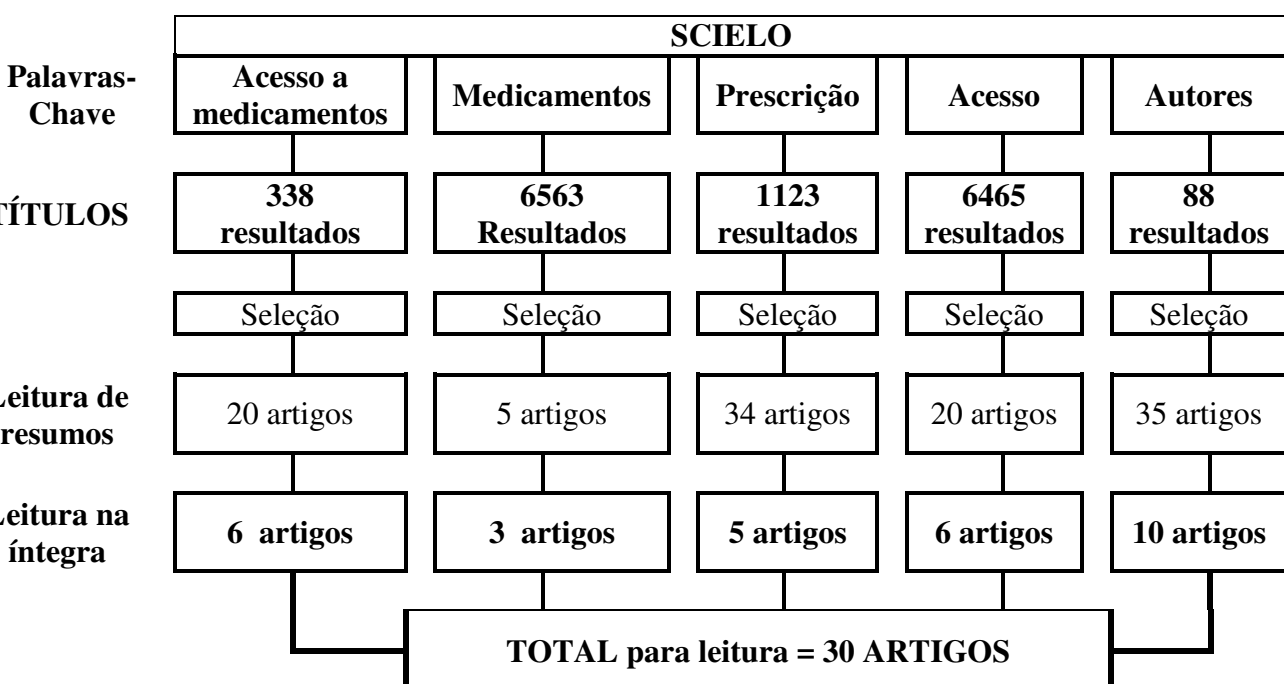


Figura 2 – Esquematização da sequência de busca bibliográfica e seleção dos artigos SCIELO.

Ao final da revisão de literatura, será apresentado um quadro que relaciona os 28 artigos revisados até março de 2012 sobre acesso a medicamentos, pesquisado nas bases de dados eletrônicos PUBMED e SCIELO, utilizando os descritores citados e as estratégias de busca acima mencionadas. Não serão incluídos os artigos acima selecionados, que avaliaram a uso de medicamentos, acolhimento, utilização de serviços, utilização de medicamentos ou avaliação de programas de saúde, que não tenham abordado o acesso a medicamentos.

Foram identificados estudos epidemiológicos nacionais que abordam o acesso a medicamentos (AZIZ, 2011; BERTOLDI, 2009; BRASIL, 2005; CARVALHO, 2005; CARVALHO, 2007; EMMERICK,2009; FLORES,1998; MARCONDES, 2002; NAVES e SILVER, 2005; PANIZ, 2008; PANIZ, 2010; PINTO, 2010), e também gastos das famílias com medicamentos (BERTOLDI 2010; BERTOLDI, 2009; BERTOLDI, 2011; BOING, 2011; GUERRA JR., 2004;

KILSZTAJN,2002; LIMA-COSTA, 2003; LIMA, 2007; SILVEIRA, 2002; SILVA, 2004.)

Foram ainda encontrados estudos internacionais sobre o acesso a medicamentos (ARGENTINA, 2003; BABAR, 2007; CAMERON, 2008 ; LEYVA-FLORES, 1998; WHO, 2011; WHO, 2008; YANG, 2010). Identificou-se ainda estudos que avaliam a disponibilidades de medicamentos essenciais nos serviços de saúde (GIROTTO, 2006; OLIVEIRA,2009; PINTO, 2010) MIRANDA, 2009) e sobre a proporção de medicamentos obtidos pelos indivíduos constantes na lista básica de medicamentos (BERTOLDI, 2011; BOING, 2011; CARVALHO, 2005; DAL PIZZOL, 2010; FERRAES, 2002; PINTO, 2010).

Apesar do número crescente de publicações nos últimos cinco anos, ainda é pequeno o número de publicações disponíveis, considerando a relevância do tema. Uma dificuldade encontrada na busca de artigos sobre esse tema decorre da não padronização dos indicadores de acesso a medicamentos, o que evitaria uma busca manual. Além disso, o termo "acesso a medicamentos" não consta como palavras-chave, tornando a pesquisa sobre esse tema ainda mais complexa (PANIZ, 2010).

1.9.2 ACESSO A MEDICAMENTOS

Recentemente, estudo realizado pela WHO utilizando a metodologia HAI/WHO em 53 países entre 2001 e 2008, verificou o preço dos medicamentos, a acessibilidade, disponibilidade e preço dos componentes, e demonstrou que em muitos países os medicamentos são fornecidos gratuitamente aos pacientes no setor público. No entanto, em países de baixa e média renda os preços dos medicamentos são elevados, os tratamentos são inacessíveis e a disponibilidade no setor público não é garantida (WHO,2008).

Assim, concluiu-se que, as despesas com medicamentos podem tornar-se elevadas, e a combinação de altos preços e baixa disponibilidade de medicamentos é motivo de séria preocupação, pois, leva as pessoas ao endividamento ou interrupção do tratamento que necessitam.

Uma pesquisa sobre a prescrição médica, acesso e gastos com medicamentos foi realizada com dados da Pesquisa Nacional de Saúde do México em 1994. Os resultados revelaram que 78% dos usuários de serviços de saúde receberam

prescrição de medicamentos. A obtenção gratuita esteve presente em 92% daqueles que possuíam seguro social contra 35% dos que dependiam da Secretaria de Saúde. A região com maior índice de pobreza apresentou menor acesso gratuito aos medicamentos (LEYVA-FLORES, 1998).

Segundo resultado de pesquisa nacional, a disponibilidade de medicamentos encontrada é em torno de 69,0%, enquanto no contexto internacional, encontra-se prevalências de 70,0% na Argentina, 5,0% a 40,0% na Malásia e 38,9% em áreas rurais da China (BERTOLD,2010; BABAR, 2007; ARGENTINA, 2003;YANG, 2010). Estes resultados demonstram que a baixa disponibilidade de medicamentos essenciais no setor público parece ser um problema também em outros países.

Estudo nacional com dados da *Pesquisa Mundial de Saúde* com o objetivo de caracterizar a utilização de medicamentos na população brasileira, constatou que, entre os indivíduos que receberam prescrição de medicamentos na última consulta médica, 13,0% não conseguiram obter todos os medicamentos prescritos, sendo que 55,0% destes revelou que não podia pagar. A falta de dinheiro foi apontada como a razão mais presente, indicando a dificuldade que a população encontra em obter os medicamentos necessários para tratamento (CARVALHO, 2005).

Em estudos sobre a prevalência de acesso a medicamentos para tratar doenças crônicas, observou-se que uma prevalência de 87,0% e 89,6% (PANIZ , 2008). Na Região Sul do Brasil, também foi realizado estudo sobre o acesso a medicamentos na população coberta pelo PSF, revelando prevalência mais elevada (96,4%) (BERTOLDI, 2009). A prevalência de acesso total aos medicamentos prescritos pelo médico/dentista foi de 95,8%, restando 4,2% de indivíduos que não tiveram acesso a algum medicamento (AZIZ, 2011).

As formas de financiamento da assistência farmacêutica parecem contribuir para um maior acesso a medicamentos (MIRANDA, 2009).

1.9.2 Disponibilidade e prescrição de medicamentos segundo as listas básicas

Quanto à disponibilidade de medicamentos independente do tipo de medicamento (genérico, similar), a prevalência encontrada foi de 78,3% em POA, 71,5% em Santa Cruz, 76,4% em Caxias do Sul, 80,3% em São Leopoldo, 68,8% em Pelotas e 81,7% em Bagé (BERTOLDI, 2010). Segundo a OMS a

disponibilidade de medicamentos da RENAME no setor público deveria ser de 100% (WHO, 1993).

Entre os elementos que compõem a definição de acesso, a disponibilidade de medicamentos nos serviços de saúde têm sido investigada com variações conceituais entre os pesquisadores. Para análise da disponibilidade de medicamentos-chave, (NAVES e SILVER, 2005) e (CUNHA, 2002) utilizaram uma lista de quarenta medicamentos considerados medicamentos-chave, conforme metodologia proposta pela OMS. Os dados deste estudo revelaram que da lista dos medicamentos-chave, 83,2% estavam disponíveis e 87,2% estiveram disponíveis aos usuários no período em unidades sanitárias estudadas respectivamente (CUNHA, 2002; NAVES, 2005).

Baseado nos Indicadores de Prescrição de Medicamentos propostos pela OMS, estudo constatou que 91,9% dos medicamentos prescritos faziam parte da lista de medicamentos padronizados pelo município (FARIAS, 2007), valor superior a outros estudos que encontraram prevalências de 85,3%. (NAVES, 2005), 82,4% (COLOMBO, 2004; MARCONDES, 2002; SANTOS e NITRINI, 2004), 78,3% (BRASIL, 2005). Segundo a OMS 100% das prescrições de medicamentos deveriam ser realizados a partir da lista de medicamentos essenciais.

Estudos nacionais que investigaram os medicamentos prescritos presentes na RENAME e lista básica de medicamentos, encontraram prevalências de 83,4% (SANTOS e NITRINI, 2004) e 85,7% (MIRANDA., 2009), respectivamente. Outro estudo realizado em Ibitopora - PR encontrou que apenas 58,4% dos medicamentos prescritos pertenciam a RENAME, uma prevalência considerada baixa, se comparada a outros estudos nos municípios de Campo Grande (92,7%), Campina Grande (91,9%), Salvador (67,6%), Ribeirão Preto (80,0%), Belo Horizonte (67,2%), Florianópolis (78,7%) e Londrina (73,3%) (ACURCIO, 2004; CUNHA,2002; FARIAS, 2007; NAVES, 2005; SANTOS e NITRINI, 2004; AZIZ, 2012; SILVA,2000). Estes resultados demonstram que os medicamentos ainda encontram-se parcialmente disponíveis na rede pública, apesar da existência de listas de medicamentos essenciais.

Em estudo que objetivou avaliar a adesão das prescrições médicas às listas de medicamentos essenciais de oito unidades de saúde de três estados brasileiros,

identificou a presença de 76,8% dos medicamentos prescritos presentes na RENAME (DAL PIZZOL, 2010).

Outro estudo encontrou que dos 336 medicamentos prescritos, 57,7% faziam parte da RENAME (COLOMBO, 2004).

Resultado semelhante foi encontrado em pesquisa nacional envolvendo 29 unidades de saúde pertencentes a cinco capitais brasileiras e cinco municípios distantes dos grandes centros, onde 78,3% dos medicamentos estavam presentes na RENAME (BRASIL, 2005). Esse percentual apresentou variação importante entre os municípios quando a adesão a REMUME foi avaliada, variando entre 25,7% a 92,9%, com percentual médio de 76,4%. Em estudos anteriores, os percentuais variaram de 58,4% (FARIAS, 2007) a 92,7% (GIROTTTO e SILVA, 2006).

Estudos realizados sobre acesso a medicamentos constantes na lista básica demonstraram que de todos os medicamentos prescritos, inclusive pelo sistema privado, apenas 39,6% não estão disponíveis na REMUME. Neste mesmo estudo identificou-se que a maioria dos idosos atendida pelo SUS obtém seus medicamentos no sistema público de saúde (74,4%). E, entre os que foram atendidos no sistema privado, 14,8% também adquiriram seus medicamentos no SUS. (AZIZ, 2012).

Em relação à proporção de pessoas que tiveram de comprar medicamentos após tentativa fracassada de obtenção pelo SUS, observou-se que esta foi maior entre os mais pobres (11,0%), mulheres (10,2%) e naqueles com maior idade (11,1%). Foi observado ainda que 19,9% dos adultos teve que comprar os medicamentos contidos na RENAME (BOING, 2011).

No Brasil, está previsto que o SUS deve fornecer gratuitamente os medicamentos essenciais para a população de que deles necessita, entretanto, esses medicamentos, muitas vezes, não encontram-se disponíveis no serviço público (Bertoldi, Barros et al., 2010). Estudos realizados no Brasil têm revelado que, em média, 40% dos medicamentos prescritos na Atenção Primária em Saúde (APS) não estavam disponíveis (NAVES, 2005; SANTOS e NITRINI, 2004).

Estudo transversal realizado em 2005, em duas regiões brasileiras, incluindo sete estados e 41 municípios com mais de 100.000 habitantes utilizou metodologia originalmente concebida para o estudo de linha de base do Projeto de Expansão e Consolidação da Estratégia Saúde da Família (PROESF) no Sul e Nordeste do

Brasil compreendendo os estados do Rio Grande do Sul e Santa Catarina na região Sul e Alagoas, Paraíba, Pernambuco, Piauí e Rio Grande do Norte, na região Nordeste. A população alvo do estudo foram idosos (65 anos ou mais), residentes em áreas de cobertura de UBS. O estudo concluiu que 76,8% dos medicamentos incluídos na RENAME foram obtidos gratuitamente na região Nordeste, dos quais 88,1% foram obtidos na UBS da área de abrangência. Entre os grupos farmacológicos estudados, a maioria dos medicamentos para problemas cardiovasculares foram obtidos gratuitamente na UBS da área (PANIZ, 2010).

1.9.3 Gastos com medicamentos

Estudos nacionais que investigaram despesas com saúde constataram que a média global de gastos do próprio bolso com medicamentos foi de R\$ 15,75 (BERTOLDI, 2010). Estudo com 1.720 adultos da área urbana de Florianópolis, SC, em 2009, que investigou o uso de medicamentos e os gastos para sua aquisição, demonstrou que a média de gastos com medicamentos foi igual a R\$ 46,70, enquanto 3,1% dos mais ricos comprometeram mais de 15% de seus rendimentos na compra de medicamentos, esse valor foi de 9,6% nos mais pobres (BOING, 2011). Este mesmo estudo também constatou que o equivalente a 31,5% das despesas mensais com saúde e 2,0 % da renda familiar foram guardados para serem gastos em medicamentos comprados do próprio bolso. Despesas com medicamentos pagos do próprio bolso atingiram R\$ 44,8 (EUA \$ 19,3) milhões em 2007, representando 35% das despesas totais das famílias em saúde para o mesmo período (BOING, 2011).

Os gastos mensais totais com 1.822 medicamentos utilizados por 527 idosos de Belo Horizonte que foram adquiridos no setor privado atingiram R\$ 64.805,11. Desta forma, os medicamentos essenciais representam 19% dos gastos mensais privados e 27% dos medicamentos utilizados pelos indivíduos com 60 anos ou mais (LIMA., 2007).

Outros estudos constataram que as despesas com medicamentos foram responsáveis por 47% dos gastos com saúde (BARROS, 2011), resultado abaixo de outro estudo nacional no qual medicamentos eram responsáveis por 60% dos gastos

com saúde (BERTOLDI, 2009), resultados semelhantes a esse foram encontrados em (DINIZ, 2007; SILVEIRA, 2002).

Quanto mais pobres são consideradas as famílias maior é o peso dos gastos com saúde, entendido como porcentagem de renda familiar representada pelos gastos com medicamentos, planos e com saúde em geral. Nas famílias das pessoas que pertencem aos 90% mais pobres da população a maior parte dos dispêndios com saúde se dirige á compra de medicamentos. Apesar de famílias mais pobres receberem mais medicamentos gratuitamente do governo que os mais ricos, cerca de 25,5% dos medicamentos obtidos pelo quintil de renda mais pobre são pagos totalmente do próprio bolso (SILVEIRA, 2002).

Estudo realizado em Porto Alegre -RS, demonstrou que de todos os medicamentos utilizados, 41,5% foram pagos do próprio bolso (25,5% entre as famílias mais pobres), 51% foram obtidos gratuitamente no PSF/SUS e 7,5% foram doados a partir de outras fontes. Dos incluídos na lista básica 22,3% foram adquiridos gratuitamente (BERTOLDI, 2009).

Dados de estudo realizado em Belo Horizonte- MG demonstrou que a prevalência da subutilização de medicamentos foi de 12,9%, estando independentemente associada à renda pessoal mensal inferior a dois salários mínimos. Os resultados confirmam a importância do aspecto socioeconômico na subutilização, mas indicam também que pode estar ligada à qualidade da comunicação médico paciente (LUZ, 2009).

1.9.4 Atenção Básica/modelo de atenção e o acesso a medicamentos

A maioria da população coberta pelo PSF possui baixo poder aquisitivo, tornando a disponibilidade de medicamentos gratuitos através do PSF especialmente importante para essa população, uma vez que a obtenção gratuita pode reduzir a carga dos gastos das famílias com saúde. Entretanto, a literatura revela que os medicamentos prescritos nem sempre estão disponíveis no setor público (NAVES, 2005).

O vínculo do paciente com a UBS/PSF da área de abrangência parece estar associado a um maior acesso a medicamentos. (PANIZ, 2008).

Avaliando o acesso e utilização de medicamentos por população coberta pelo PSF, estudo identificou que dos 132 medicamentos que não foram utilizados, 74 (56,1%) foram procurados em unidades de saúde do PSF e 58 (43,9%) não foram. Neste mesmo estudo apenas 3,6% dos entrevistados disseram não ter conseguido obter o medicamento necessário nos 15 dias anteriores à entrevista (BERTOLDI, 2009).

Quadro 1: Principais referências bibliográficas sobre acesso medicamentos.

Autor/Local/ Ano de publicação	Título do estudo	Tipo de estudo/ amostra	Principais resultados	Conclusões do estudo
Simões M.J.S, Falvo I.F. Brasil, (SP), 2000.	Estudo da prescrição de medicamentos para idosos atendidos em serviço público de saúde, em município da região sudeste, Brasil 1999.	Transversal 500 prescrições médicas de indivíduos com idade ≥ 60 anos em Unidade Municipal de Saúde de Araraquara.	- 61,3% dos medicamentos prescritos constavam na lista de medicamentos padronizada pelo município. - 71,6% dos medicamentos prescritos foram doados aos pacientes.	É preciso que haja um percentual em torno de 100% para atender os pacientes idosos, uma vez que a grande maioria não tem recursos financeiros para comprar medicamento.
Marcondes, N.S. P, Brasil, (Ponta Grossa - PR), 2002.	A assistência farmacêutica básica e o uso de medicamentos na zona urbana do município de Ponta Grossa- Paraná	Dissertação Descrição de algumas experiências relacionadas ao uso de medicamentos em UBS de Ponta Grossa e sua inter-relação com a AF desenvolvida neste município.	Intenção de conduta do paciente em relação ao medicamento faltante perguntando onde ele iria consegui-lo e os resultados obtidos foram os seguintes: 3% não responderam, 1% não sabiam onde conseguir, 5% procurariam em outro posto, 4% em outra instituição, 20% procurariam na farmácia do terminal central de ônibus e 35% tinham intenção de comprar.	Existe uma rede indissolúvel de inter-relacionamentos entre os vários níveis e âmbitos de atuação, desde as cúpulas de comando dos diversos países até o mais isolado e carente paciente do interior de qualquer vila considerada, cujos efeitos se fazem sentir em todas as direções.
Silveira F.G, Osório R.G, Piola S.F, Brasil, 2002.	Os gastos das famílias com saúde.	Características dos gastos das famílias brasileiras com saúde, a partir de duas fontes distintas: a Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF) e a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio (PNAD).	Em 48% dos casos em que um medicamento é receitado para as pessoas que fazem parte dos 20% mais pobres, o mesmo é fornecido gratuitamente. Somente 18% dos 10% mais pobres tiveram dispêndios com medicamentos.	Entre os mais pobres, o gasto em saúde é majoritariamente realizado com a compra de medicamentos.

Autor/Local/ Ano de publicação	Título do estudo	Tipo de estudo/ amostra	Principais resultados	Conclusões do estudo
Cunha, M. C. N., Zorzatto, J. R., Castro, L. L. C., Brasil, (Campo Grande – MS), 2002.	Avaliação do uso de medicamentos na Rede Pública Municipal de Saúde de Campo Grande/MS.	Transversal 12 unidades sanitárias das 39 localizadas na área urbana da cidade.	Dos medicamentos-chave, 87,2% estiveram disponíveis aos usuários no período e unidades sanitárias estudadas.	A média de medicamentos realmente dispensados de 80,7% não é satisfatória, tendo em vista que 92,7% dos medicamentos prescritos estão elencados na Lista de Local de Medicamentos.
Kilsztajn S, Camara M.B, Manuela S.N. C, Brasil, 2002.	Gasto privado com saúde por classes de renda	Microdados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios de 1998.	Gasto médio com medicamentos correspondiam R\$ 3,46. O gasto com medicamentos constituía a segunda maior categoria de gasto privado com saúde das famílias (29,9% para a classe 3 e 20,6% para a classe 4).	Mesmo se todo o gasto público com saúde fosse destinado à população sem planos de saúde, ainda assim o gasto destas pessoas em 1998 só alcançaria R\$ 352,62, ou seja, 43% do gasto com saúde das pessoas com planos, R\$ 819,08.
Lima-Costa, M. F.; Barreto, S. M. & Giatti, L, Brasil, 2003.	Condições de saúde, capacidade funcional, uso de serviços de saúde e gastos com medicamentos da população idosa brasileira: um estudo descritivo baseado na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios.	29.976 participantes da PNAD 1998 com 60 anos de idade (IBGE, 1998).	O gasto médio com medicamentos de uso regular nos últimos trinta dias foi igual a 23% do valor do salário mínimo (IC 95%: 21-26).	Considerando-se que cerca de 50% dos idosos têm renda pessoal \leq 1 salário mínimo (IBGE, 1998), o gasto médio mensal com medicamentos compromete aproximadamente um quarto da renda (23%) de metade da população idosa brasileira.
Silva P. V., Brasil, (Londrina-PR), 2003.	Uso de medicamentos na atenção básica em Londrina, PR.	Dissertação Estudadas as UBS da zona urbana de Londrina e os pacientes que procuraram estas Unidades passando por consulta médica com clínico geral ou pediatra e que receberam prescrição de medicamentos.	Em todas as UBS havia no mínimo 80% dos medicamentos chaves investigados.	Embora os usuários do SUS em Londrina tenham acesso aos medicamentos constantes da REMUME nas UBS onde foi realizada a pesquisa, não se pode afirmar que este acesso seja regular e tenha uma racionalidade de prescrição.

Autor/Local/ Ano de publicação	Título do estudo	Tipo de estudo/ amostra	Principais resultados	Conclusões do estudo
Guerra, Jr. A.A, Acúrcio, F. A, Gomes, C.A. P, Miralles M, Girardi, S.N, Werneck, G.A. F, et al, Brasil (Minas Gerais), 2004.	Disponibilidade de medicamentos essenciais em duas regiões de Minas Gerais, Brasil.	Inquérito em 69 estabelecimentos em Minas Gerais, Brasil.	A disponibilidade média percentual nos almoxarifados públicos municipais foi de 52,0% do conjunto de medicamentos traçadores, e nas unidades públicas de saúde, de 46,9%.	Há baixa disponibilidade e descontinuidade na oferta de medicamentos essenciais no setor público, penalizando indivíduos vulneráveis. As farmácias privadas são a principal fonte de medicamentos essenciais.
Santos, V, Nitrini, S. M. O.O, Brasil, (Ribeirão Preto – SP), 2004.	Indicadores do uso de medicamentos prescritos e de assistência ao paciente de serviços de saúde	Base metodológica os indicadores de uso de medicamentos da Organização Mundial da Saúde.	Do total de medicamentos prescritos, 60,3% foram fornecidos com variação entre as unidades de 7,85% a 75,1%.	A assistência prestada ao paciente é insuficiente.
Carvalho, M.F, Pascom A.R, Souza-Junior P.R, Damacena G.N, Szwarcwad C.L. Brasil, 2005.	Utilization of medicines by the Brazilian population, 2003.	Transversal 5000 adultos ≥ 18 anos que possuíam algum medicamento em casa. *Dados da Pesquisa Mundial de Saúde, Brasil, 2003.	87% obtiveram todos os medicamentos prescritos. Entre os 417 (13%) que não obtiveram todos os medicamentos prescritos, 55% relataram que não podiam pagar e para 13% o motivo foi a não disponibilidade do medicamento.	O estudo demonstrou que a falta de dinheiro foi à razão mais citada entre aqueles que não obtiveram todos os medicamentos. Este resultado indica que a dificuldade em obter todos os medicamentos necessários para o tratamento, ainda é um problema a ser resolvido pelo sistema público de saúde.
.Naves, J. O. S, Silver, L. D. Brasil, (DF), 2005.	Evaluation of pharmaceutical assistance in public primary care in Brasília, Brazil	Transversal 30 usuários de 15 Centros de Saúde.	Da lista de 40 medicamentos-chave, 83,2% estavam disponíveis. Os pacientes obtiveram apenas 61% dos seus medicamentos prescritos na farmácia pública.	Após 30 anos da elaboração da primeira relação de medicamentos essenciais no Brasil, esses ainda estão apenas parcialmente disponíveis na rede pública, inclusive os destinados a doenças crônicas.

Autor/Local/ Ano de publicação	Título do estudo	Tipo de estudo/ amostra	Principais resultados	Conclusões do estudo
MS; OPAS, OMS. Brasil, 2005.	Avaliação da assistência farmacêutica no Brasil: estrutura, processo e resultados.	Transversal 916 domicílios, 5 estados, 2 municípios por estado no Brasil.	Em 89,6% dos domicílios, os doentes obtiveram todos os medicamentos receitados. A maior parte obteve seus medicamentos em farmácias privadas e a falta de dinheiro para comprar foi o motivo mais frequente para aqueles que não conseguiram obter.	Os dados indicam a falha do setor público na provisão dos medicamentos, tendo em vista que o modelo brasileiro é baseado na distribuição gratuita de medicamentos essenciais.
Lima ,M.G et al, Brasil, (BH), 2007.	Composição dos gastos privados com medicamentos utilizados por aposentados e pensionistas com idade igual ou superior a 60 anos em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil	Estudo de custos baseado nas informações do inquérito populacional Perfil de Utilização de Medicamentos por Aposentados Brasileiros.	Os gastos mensais totais com os 1.822 medicamentos utilizados por 527 participantes e adquiridos no setor privado atingiram R\$ 64.805,11, variando de R\$ 0,39 a R\$ 1.528,02. Gastos mensais totais com os 595 medicamentos obtidos no setor público e utilizados por 233 indivíduos foram de R\$ 3.255,82, o que representou um gasto público médio de R\$ 13,97 por indivíduo.	Foi observado um gasto mensal privado médio de R\$ 122,97 (US\$ 38,91) com os medicamentos utilizados pelos participantes.
Carvalho, M. F. C. Brasil, (SP), 2007.	A polifarmácia em idosos no município de São Paulo – Estudo SABE – Saúde, Bem-estar e Envelhecimento	Dissertação 2143 idosos com 60 anos no município de SP	71,7% dos idosos compram seus próprios medicamentos, tendo como principal gasto os medicamentos do sistema cardiovascular (33%). Apenas 11% da população utilizam o serviço público de saúde para a obtenção dos seus medicamentos.	O crescente aumento da população idosa faz aumentar a necessidade de recursos de saúde, entre eles o uso de medicamentos.

Autor/Local/ Ano de publicação	Título do estudo	Tipo de estudo/ amostra	Principais resultados	Conclusões do estudo
Diniz B. P. C, Servo L.M. S, Piola S.F, Eirado M, Brasil, 2007.	Gasto das famílias com saúde no Brasil: evolução e debate sobre gasto catastrófico	Capítulo de livro Dados das POFs 1987-1988, 1995-1996 e 2002-2003.	Analisando-se o comportamento dos dois principais grupos de gastos das famílias com saúde – medicamentos e planos e seguros de saúde –, observa-se que o gasto médio mensal familiar <i>per capita</i> com medicamentos para todos os décimos foi um pouco maior em 1995-1996 em relação a 1987-1988. Entre 1995-1996 e 2002-2003, entretanto, houve redução de gastos com medicamentos para praticamente todos.	Com base na POF de 2002-2003 observa-se uma diminuição da participação relativa dos gastos com saúde dentro do gasto total das famílias. Essa diminuição pode, evidentemente, ser atribuída a uma cobertura maior por parte do SUS principalmente entre os segmentos mais pobres da população, e a intervenções na área de medicamentos.
Paniz, V.M. V, et al, Brasil, (Regiões Sul e Nordeste), 2008.	Acesso a medicamentos de uso contínuo em adultos e idosos nas regiões Sul e Nordeste do Brasil	Transversal Realizado no período de março a agosto de 2005. Amostra de adultos com 30 a 64 anos e idosos com 65 anos ou mais, residentes na área de abrangência das UBS.	Entre os adultos, a proporção de acesso a todos os medicamentos de uso contínuo foi de 81,2% (IC95%: 78,6-83,8). Na população de idosos, a prevalência de acesso total foi de 87% (IC95%: 85,6-88,3). O acesso foi significativamente diferente entre as regiões, sendo maior no Sul (89,2%) do que no Nordeste (85%).	O estudo indica elevada prevalência de acesso a medicamentos de uso contínuo para tratar doenças crônicas em adultos e idosos. A prevalência de acesso ocorre de forma diferente no Sul e no Nordeste do Brasil, sendo significativamente maior para os idosos daquela região.

Autor/Local/ Ano de publicação	Título do estudo	Tipo de estudo/ amostra	Principais resultados	Conclusões do estudo
Leyva-Flores, R, Ervin-Erice J, Kageyama-Escobar ,M. L, Arredondo A. México, 2008.	Prescrição de acesso, e despesas da droga entre os usuários dos Serviços de Saúde no México.	<p>Descritivo</p> <p>Amostra nacional de 3324 usuários de serviço de saúde público e privado.</p>	<p>78% dos usuários receberam prescrição de medicamentos. Destes, 97% tiveram acesso a todos os medicamentos: 61% adquiriram no local da consulta ou em outra unidade da mesma instituição e 39% em farmácias privadas. Usuários com prescrição, 52% tiveram acesso gratuito, sendo que menos de 60% deste ocorreu em instituições públicas.</p>	<p>A região com maior índice de pobreza teve menor acesso gratuito aos medicamentos. Promover maior equidade no acesso a medicamentos ainda é um desafio o Sistema de Saúde no México.</p>
Barros, A.J. D, Bertoldi D.A. Brasil, (Porto Alegre), 2008.	Out-of-pocket health expenditure in a population covered by the Family Health Program in Brazil	<p>Transversal</p> <p>Amostra representativa de famílias cobertas pelo Programa Saúde da Família.</p>	<p>Os gastos com medicamentos da população do quintil superior foi < seis vezes do que o quintil mais baixo.</p> <p>Medicamentos consumiram 5,8% da renda familiar, com uma diferença entre os grupos socioeconômicos.</p> <p>Pouco mais de 60% das famílias tinham alguma despesa com medicamentos.</p> <p>Os remédios foram os principais motivos para os gastos nas famílias mais pobres: 47,2%.</p>	<p>A média de gastos com medicamentos foi superior a outros itens para todos os grupos econômicos, exceto os mais ricos, onde a media de despesas com planos de saúde foi um pouco maior do que com medicamentos.</p> <p>Medicamentos foram responsáveis pela maior parcela de despesas pagas do próprio bolso em todos os grupos sociais, exceto para os mais ricos.</p>

Autor/Local/ Ano de publicação	Título do estudo	Tipo de estudo/ amostra	Principais resultados	Conclusões do estudo
Emmerick, I.C.M et al, Brasil, 2009.	Serviços de avaliação farmacológica no Brasil: ampliando os resultados da metodologia utilizada pela OMS.	Transversal Descritivo exploratório de casos múltiplos, com base nos dados e instrumentos da pesquisa DiagAF-Br.	Na dimensão acesso, "a disponibilidade dos medicamentos essenciais" variou de 80,4% no Espírito Santo para 61,2% no Rio Grande do Sul.	Estudo forneceu uma visão geral da situação atual no sector farmacêutico nos locais visitados de acordo com a metodologia proposta pela OMS para ampliar o conhecimento sobre a realidade nacional e regional de serviços farmacêuticos, ao explorar outras possibilidades de análise para complementar as recomendações existentes.
Barros A. J. D, Bertoldi D.A, Wagner A, Ross-Degnan A.D, Hallal P.C, Brasil, (Porto Alegre), 2009.	Medicine access and utilization in a population covered by primary health care in Brazil	Transversal 2.988 indivíduos residentes em áreas cobertas por 45 unidades PSF.	<ul style="list-style-type: none"> - 41,5% dos medicamentos foram pagos do próprio bolso (25,5% entre as famílias mais pobres) - 51,0% foram obtidos gratuitamente a partir do PSF. - Quase 90% dos medicamentos prescritos por médicos do PSF foram fornecidos gratuitamente pelo PSF. - Dos 74 medicamentos necessários, mas não utilizados, que foram procurados nas clínicas PSF, 64 (86,5%) não estavam disponíveis. - Dos medicamentos incluídos na lista básica, 22,3% foram adquiridos gratuitamente. 	Embora o acesso a medicamentos foi alto, as pessoas pagam do próprio bolso por uma proporção substancial dos medicamentos utilizados. A falta de disponibilidade nas instalações do PSF e prescrição por não prestadores do PSF parecem contribuir para a necessidade de pagamentos do próprio bolso e compras de medicamentos.

Autor/Local/ Ano de publicação	Título do estudo	Tipo de estudo/ amostra	Principais resultados	Conclusões do estudo
Paniz, V.M. V, et al, Brasil, (Regiões Sul e Nordeste), 2010.	Acesso gratuito à hipertensão e diabetes medicamentos entre os idosos: uma realidade ainda a ser construído	Transversal 4.003 idosos residentes em áreas de abrangência de UBS e/ou PSF	Acesso medicamentos foi maior no Sul 92,6% (IC 95%: 91,0-94,2) que no Nordeste 89,7% (IC 95%: 88,1-91,4). Cerca de 5% das pessoas não têm acesso a medicamentos de uso contínuo, independentemente da morbidade referida, e inclusão no Programa de Hipertensão e Diabetes ou RENAME. 39% dos medicamentos não são cobertos pelo Programa de Hipertensão e Diabetes e a maioria deles (53,9%) foram comprados. Metade dos medicamentos para a diabetes e apenas, 40,4% dos medicamentos anti-hipertensivos foram obtido gratuitamente na USF da área.	A indisponibilidade de medicamentos do setor público e falta de dinheiro para pagar por ele estão entre as principais razões para a falta de acesso. Uma melhor articulação na assistência farmacêutica influenciado por uma melhor integração entre os programas existentes, evitando sobreposições programa e promovendo uma definição clara das responsabilidades, vai otimizar o processo de aquisição de medicamentos a nível ambulatorial aumentando a eficácia das estratégias do governo no setor de saúde.
Santos-Pinto, C.D.B et al, Brasil, 2010.	Preços e disponibilidade de medicamentos no Programa Farmácia Popular do Brasil	Metodologia OMS em conjunto com a Ação Internacional para Saúde, para comparação de preços e disponibilidade de medicamentos.	FPB-E apresentou a maior disponibilidade de tratamento para hipertensão e diabetes (100% para ambos), seguida por FPB-P (96,0% e 100%, respectivamente) e pelo setor público (86,6% e 23,3%, respectivamente).	A menor disponibilidade encontrada no setor público pode ser uma das justificativas para migração dos usuários do setor público para o FPB. Os altos preços praticados pelo setor privado também contribuem para que o Programa seja uma alternativa de acesso a medicamentos no País.

Autor/Local/ Ano de publicação	Título do estudo	Tipo de estudo/ amostra	Principais resultados	Conclusões do estudo
Bertoldi D. A, Helfer, A. P, Camargo, A. L, Tavares, N. U. L. Brasil, (Região Sul), 2010	<i>Medicine prices, availability and affordability in Southern Brazil: a study of public and private facilities.</i>	Transversal Preços e disponibilidade de 50 medicamentos (marca originador, menor preço medicamentos genéricos e similares) em farmácias públicas, privadas e popular (N = 56) em seis cidades no Sul do Brasil.	Cerca de 25,5% dos medicamentos obtidos pelo quintil de renda mais pobre da população são pagos do próprio bolso. Disponibilidade média de medicamentos, independentemente do tipo (genérico ou similar), foi superior a 90% em todas as cidades: 91,6% em Porto Alegre, 91,6% em Caxias do Sul, 97,2% em São Leopoldo e 97,3% em Bagé.	Disponibilidade do setor público de medicamentos genéricos ou medicamentos similares é menor do que o esperado e, conseqüentemente, os pacientes recorrem mais frequentemente à compra de medicamentos em farmácias privadas, onde a disponibilidade é maior, mas os preços são elevados e os pacientes têm de pagar integralmente do próprio bolso fora-de-bolso, impactando a acessibilidade.
Barros A. J. D, Bastos J.L, Bertoldi D.A, Brasil, 2011.	Catastrophic spending on health care in Brazil: private health insurance does not seem to be the solution.	Transversal 37.830 obtidos na POF2002/2003	Dos gastos com saúde total, entre os mais pobres, 78,3% foram relacionados a medicamentos, em comparação com 36,5% entre os em melhor situação.	Os resultados parecem indicar que as despesas castatróficas em saúde, afligem os mais pobres mais frequentemente do que os mais ricos, e que o seguro de saúde privado não é suficiente para evitar gastos com a saúde em excesso.
AZIZ, et al, BRASIL, (SC), 2011	Prevalência e fatores associados ao acesso a medicamentos pela população idosa em uma capital do sul do Brasil: um estudo de base populacional.	Transversal 1.599 indivíduos, município de Florianópolis.	Acesso a medicamentos em geral 95,8% (IC95%: 94,7–96,8) e do acesso a medicamentos pelo SUS, 50,3% (IC95%: 47,7–52,8).	Mostram que o SUS vem cumprindo seu papel na universalização do acesso aos medicamentos em Florianópolis - SC.

Autor/Local/ Ano de publicação	Título do estudo	Tipo de estudo/ amostra	Principais resultados	Conclusões do estudo
Barros A. J. D, Bertoldi D.A, Wagner A, Ross-Degnan A.D, Hallal P.C, Brasil, (Porto Alegre), 2011.	Household Expenditures or Medicines and the Role of Free Medicines in the Brazilian Public Health System	Transversal 2.988 indivíduos residentes em áreas cobertas pelo PSF, 56 dos 62 PSF na cidade que estavam em funcionamento por mais de 6 meses.	<ul style="list-style-type: none"> - A média de valor global de gastos do próprio bolso com medicamentos foi de R\$15,75 73% dos medicamentos para uso contínuo foram fornecidas gratuitamente e 58% para medicamentos utilização aguda. - 70% dos medicamentos prescritos foram fornecidas gratuitamente. - Dos produtos constantes lista de medicamentos essenciais, 86% foram fornecidas gratuitamente. 	Fornecimento gratuito de medicamentos parece ser substancial economia na quantidade de gastos com medicamento para as pessoas pobres no Brasil.
Boing, A.C, Bertoldi D.A, Peres K.G, Brasil, (Região Sul), 2011.	Desigualdades socioeconômicas nos gastos e comprometimento da renda com medicamentos no Sul do Brasil	Transversal 2.016 adultos de 20 a 59 anos da área urbana de Florianópolis, SC, entre agosto de 2009 e janeiro de 2010.	<ul style="list-style-type: none"> - Média de gastos com medicamentos foi igual a R\$ 46,70. - 3,1% dos mais ricos comprometeram mais de 15% de seus rendimentos na compra de medicamentos. - Proporção de pessoas que compraram medicamentos após tentativa fracassada de obtenção pelo SUS foi maior entre os mais pobres (11,0%). - 19,9% dos adultos comprou medicamentos contidos na RENAME. - Cerca de uma em cada cinco pessoas obteve ao menos um medicamento no SUS. 	<p>Existe desigualdade socioeconômica de idade e de gênero no comprometimento da renda com a compra de medicamentos, com piores condições para os mais pobres, os de maior idade e para as mulheres.</p> <p>Importante desigualdade socioeconômica foi observada no gasto com medicamentos e no comprometimento de renda na compra de medicamentos, quanto mais pobre o indivíduo, maior o comprometimento de renda, mas quanto mais rico, maior o gasto com medicamentos.</p>

Autor/Local/ Ano de publicação	Título do estudo	Tipo de estudo/ amostra	Principais resultados	Conclusões do estudo
AZIZ, et al, BRASIL, (SC), 2012	Medicamentos prescritos aos idosos em uma capital do Sul do Brasil e a Relação Municipal de Medicamentos	Transversal 1.599 idosos, município de Florianópolis.	A maioria dos idosos que foi atendida pelo SUS obtém seus medicamentos no sistema público de saúde (74,4%). Entre os que foram atendidos no sistema privado, 14,8% também adquiriram seus medicamentos no SUS.	Embora haja algumas faltas, a REMUME coincide com a maior proporção dos medicamentos prescritos no Município de Florianópolis. A principal diferença entre as prescrições é que as oriundas do SUS estão em maior conformidade com a REMUME.

Neste sentido, após longo período de ausência de políticas públicas estruturadas na área de medicamentos, atualmente existem políticas que visam ampliar o acesso aos medicamentos para as doenças mais comuns entre os cidadãos e promover a equidade no acesso a medicamentos gratuitos. Os estudos realizados apontam uma inequidade no acesso a medicamentos, no Brasil estas inequidades no acesso se refletem em grande parte da população, acarretando muitas vezes em ônus financeiro para estes indivíduos e para o sistema de saúde, pois comprometem a resolutividade dos serviços.

Um dos principais problemas para a melhoria de atenção a saúde passam pela assistência farmacêutica, uma vez que os medicamentos são responsáveis pela promoção, prevenção e recuperação da saúde.

O processo de descentralização da assistência farmacêutica básica e a utilização de lista de medicamentos essenciais às quais buscam ampliar o acesso a medicamentos essenciais a população trouxeram grandes implicações neste contexto, mas contudo, são muitas as fragilidades no acesso a medicamentos gratuitos apesar destes investimentos, existem muitas dificuldades a serem superadas que assumem profunda relevância na saúde pública brasileira.

2. JUSTIFICATIVA

Acesso a cuidados em saúde é um direito humano fundamental e plenamente reconhecido mundialmente. Contudo, sem um acesso equitativo aos medicamentos essenciais necessários para tratar as doenças mais prevalentes, esse direito não pode ser garantido. A literatura revela que mais da metade das consultas médicas resulta em prescrição de medicamentos (CARVALHO, 2005; HALAL, 1994; LEYVA-FLORES, 1998; PANIZ, 2008). Entretanto, o acesso aos medicamentos prescritos ainda é um desafio para os sistemas de saúde (WHO, 2000).

Assegurar o acesso a medicamentos é uma das questões cruciais do SUS, constituindo-se no eixo norteador das políticas públicas estabelecidas na área da Assistência Farmacêutica. Nesse contexto, na segunda metade dos anos 90 a Política Nacional de Saúde foi marcada pela implementação de novos programas, por ações regulatórias e por modalidades de alocação de recursos, visando aumentar os níveis de equidade e eficácia do SUS (SENNÁ, 2002). Após a publicação da Política Nacional de Medicamentos e da Política Nacional de Assistência Farmacêutica, muitos foram os avanços e as conquistas. Isto inclui, atualmente, o acesso a medicamentos tanto pelo Componente Básico como pelo Estratégico, bem como o acesso ao tratamento de doenças cujas linhas de cuidado estão estabelecidas em Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas, disponibilizados no Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (BRASIL, 2012).

Outro avanço nessa área, é a atualização periódica dos medicamentos incluídos na Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME), que tem impacto direto no acesso a medicamentos na rede pública de saúde, pois para uma grande parte da população a obtenção gratuita é o único modo de realização do tratamento.

Entretanto, a literatura indica que o acesso gratuito a medicamentos essenciais pela rede pública ainda é limitado (BERTOLDI, 2009; PANIZ, 2010). Considerando que a maioria da população atendida no serviço público de saúde é de baixa renda, o custo mensal dos medicamentos ou compromete o orçamento familiar ou leva a não adesão total ou parcial à prescrição médica (BRASIL, 2005; PANIZ., 2008).

Em vista desse panorama, inquéritos populacionais sobre acesso a medicamentos tornam-se importantes para a identificação das dificuldades vivenciadas pelos grupos mais vulneráveis, bem como a identificação de quais medicamentos não estão

acessíveis. O presente estudo permitirá avaliar o acesso da população com 30 anos ou mais a medicamentos prescritos na última consulta médica nos últimos 30 dias, avaliando a forma de acesso (pago/gratuito), o local de obtenção, bem como a proporção de medicamentos prescritos que, atualmente, poderiam ser obtidos gratuitamente devido a sua inclusão na RENAME e em programas vigentes.

3. OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

Avaliar o acesso a medicamentos prescritos na última consulta médica nos últimos 30 dias, em população de 30 anos ou mais, residente na área de abrangência de unidades básicas de saúde das regiões sul e nordeste do Brasil.

3.2 Objetivos específicos

- Avaliar a prevalência de indivíduos que teve acesso e acesso gratuito aos medicamentos prescritos na última consulta médica segundo grupo etário, região , tipo de serviço utilizado e modelo de atenção;
- Descrever a forma de acesso aos medicamentos prescritos na última consulta médica segundo grupo farmacológico, inclusão na RENAME e em programas vigentes, estratificado por grupo etário e região.
- Avaliar o motivo pelo qual o medicamento não foi obtido;
- Estimar a proporção de medicamentos prescritos que atualmente poderiam ser obtidos de forma gratuita considerando a revisão permanente da RENAME e programas vigentes.

4. HIPÓTESES

- Mais de 90% da população terá acesso aos medicamentos prescritos na última consulta médica, sendo este acesso maior para os idosos da região Sul.

- Mais de 80% da população terá acesso a todos os medicamentos prescritos e menos da metade destes terá sido obtido gratuitamente, sendo este acesso mais elevado na região Nordeste comparada com a região Sul, sem diferença entre grupos etários.

- O acesso gratuito será maior no modelo de atenção ESF, comparado com o modelo tradicional.

- O maior acesso a medicamentos ocorrerá para os analgésicos, antiinflamatórios, antimicrobianos; medicamentos incluídos na Rename ou programas vigentes.

- A falta de dinheiro para comprar será o motivo mais relatado para não obtenção do medicamento.

- Inclusão de medicamentos na RENAME e em programas vigentes melhorará em 20% o acesso aos medicamentos prescritos.

5. METODOLOGIA

A presente pesquisa foi planejada como um sub-estudo do Projeto Integrado de Capacitação e Pesquisa em Avaliação da Atenção Básica à Saúde, sob responsabilidade da Universidade Federal de Pelotas (UFPel), vinculado ao Componente 3 (*Monitoramento e Avaliação*) do *Projeto de Expansão e Consolidação do Saúde da Família (PROESF)* coordenado e financiado nacionalmente pelo Ministério da Saúde (MS). Foram incluídos no estudo os 41 municípios com mais de 100 mil habitantes do Lote 2 Sul (Rio Grande do Sul e Santa Catarina) e do Lote 2 Nordeste (Alagoas, Paraíba, Pernambuco, Piauí e Rio Grande do Norte). A íntegra do projeto está disponível na página da internet <http://www.epidemiologia-ufpel.org.br/proesf/index.htm>.

O *Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família – PROESF*, criado em 2003, é uma iniciativa do Ministério da Saúde, apoiada pelo Banco Mundial - BIRD, voltada para a organização e o fortalecimento da Atenção Básica à Saúde no País, particularmente em municípios de grande porte. Visa contribuir para a implantação e consolidação da Estratégia da Saúde da Família (ESF) por meio da elevação da qualificação do processo de trabalho e desempenho dos serviços, otimizando e assegurando respostas efetivas para a população, em todos os municípios brasileiros.

O Estudo de Linha de Base (ELB) utilizou um delineamento transversal e incluiu a coleta de dados primários nos municípios. O trabalho de campo foi conduzido no período de 15/03/2005 à 10/08/2005 em duas regiões do Brasil - Sul e Nordeste – abrangendo os 41 municípios com mais de 100 mil habitantes distribuídos em sete estados – Rio Grande do Sul, Santa Catarina, Paraíba, Pernambuco, Piauí, Alagoas e Rio Grande do Norte. O estudo envolveu a população residente na área de abrangência das unidades básicas de saúde (UBS) selecionadas nas duas regiões. Através de um delineamento transversal foram realizadas entrevistas individuais, domiciliares, com questionários estruturados, abordando questões relevantes para o estudo em amostras independentes de crianças, mulheres, adultos e idosos. Utilizando abordagem epidemiológica foi investigado o acesso a medicamentos na população de adultos e idosos. Serão descritas a seguir as etapas do trabalho de campo, com ênfase nos aspectos específicos deste estudo. Esta proposta foi elaborada para analisar os dados obtidos no ELB na amostra de adultos e idosos.

5.1 Delineamento

O delineamento do estudo é transversal. Este delineamento é adequado para o estudo de prevalência de desfechos comuns, permitindo também avaliar fatores de risco, uma vez que a sua tipologia possui grupo de comparação (ROTHMAN, 1998). O delineamento proposto também é amplamente utilizado em saúde pública tanto para estabelecer a imagem inicial de situações sanitárias, como para avaliar a efetividade de políticas e ações desenvolvidas (ANDRADE e ZICKER, 1997). A abordagem populacional utilizada nesta pesquisa possibilita estudar o acesso a medicamentos prescritos na última consulta médica.

5.2 População-alvo e amostra

Indivíduos com idade igual ou superior a 30 anos, residentes na área de abrangência de unidades básicas de saúde dos municípios com mais de 100 mil habitantes da região sul e nordeste do Brasil, assistidos por distintos modelos de atenção básica.

Foi tomada como população em estudo uma amostra da população-alvo em 41 municípios, distribuídos em sete estados do Brasil (Rio Grande do Sul, Santa Catarina, Paraíba, Piauí, Pernambuco, Alagoas e Rio Grande do Norte). Esta amostra de indivíduos residentes na área de abrangência das UBS selecionadas, inclui tanto usuários da UBS da área quanto usuários de outros serviços. Foi considerado como critério de exclusão, indivíduos institucionalizados em asilos, hospitais e presídios.

5.3. Tamanho da amostra

Foram realizados cálculos para estimar a margem de erro para o estudo da prevalência de acesso a medicamentos prescritos na última consulta médica, nos últimos 30 dias para os dois grupos etários, conforme região. A partir do tamanho da amostra total obtida no estudo (4060 adultos - 1940 Sul e 2120 Nordeste; 4003 idosos - 1891 Sul e 2112 Nordeste), foram encontrados 450 (250 Sul; 200 Nordeste) indivíduos na amostra de adultos e 481 (271 Sul; 210 Nordeste) indivíduos na amostra de idosos, que consultaram nos últimos 30 dias e cuja consulta resultou em prescrição de medicamentos. Para estas amostras a margem de erro para a estimativa da prevalência de 90% de acesso é de $\pm 4,0$ pontos percentuais.

5.4 Amostragem

O universo amostral do estudo está constituído pela totalidade dos municípios com mais de 100 mil habitantes (21 na região sul e 20 na região nordeste), Unidades Básicas de Saúde – UBS (cerca de 626 no Lote 2 Sul e 855 no Lote 2 Nordeste) e indivíduos residentes nas áreas das UBS do Lote 2 Sul (RS, SC) e Lote 2 Nordeste (AL, PB, PE, PI, RN). Para definição do conglomerado foi utilizada a grade de setores censitários do Censo Demográfico de 2000 (Instituto Brasileiro De Geografia E Estatística - Ibge) correspondentes à área das UBS em cada município. As UBS sorteadas orientaram a seleção da amostra da população residente na área dos serviços.

Para dar conta da concepção do Projeto de Monitoramento e Avaliação do PROESF, a meta foi entrevistar 2100 indivíduos de cada um dos quatro grupos populacionais investigados (adultos entre 30 e 64 anos, idosos com 65 anos e mais, mulheres que tiveram filho nos últimos dois anos e crianças de um a três anos) de forma independente em 10 a 20% da rede de UBS de cada Lote. Dentre as razões para selecionar este número de UBS, identificam-se o equilíbrio da relação entre custo e representatividade e a minimização do efeito de delineamento, diminuindo o efeito de “cluster” que eventualmente os indivíduos apresentam em relação aos agregados (ROTHMAN, 1998).

5.4.1 Amostra de UBS

A partir de uma lista produzida pelo município, as UBS foram categorizadas segundo padrão temporal: Tradicional, PSF pré-PROESF e PSF pós-PROESF. Posteriormente, de acordo com a capacidade instalada (número de UBS) do município, o número de UBS selecionadas por município foi definido, conforme quadro abaixo:

Sul		Nordeste	
Nº UBS / município	Nº UBS na amostra	Nº UBS/ município	Nº UBS na amostra
<21	3	<31	3
21-39	6	31-49	6
40-90	9	50-90	9
>90	15	>90	12

A partir daí, foram então selecionadas aleatoriamente para cada Lote, 120 UBS, na razão de 2 UBS do grupo intervenção (PSF) e 1 UBS do grupo controle

(Tradicional). Procedendo-se o sorteio da amostra, primeiro era selecionada uma Unidade de Saúde da Família pós-PROESF, seguindo-se do sorteio de uma USF pré-PROESF e por último de uma UBS tradicional, pareadas de acordo com o tamanho da área física. Este processo era repetido até se alcançar o número de UBS da amostra do município. Não havendo, ou esgotando-se o número de USF pré-PROESF, completava-se a amostra com USF pós-PROESF, e vice-versa, valorizando-se a temporalidade das USF no município e, em consequência, no Lote. Esta amostragem, portanto, valorizou a forma como estão distribuídas as UBS nos dois Lotes, por exemplo, UBS tradicional no sul representa 40% e no nordeste, 28%. Assim, do total de UBS existentes nos municípios dos 2 Lotes, foi constituída uma amostra estratificada de 240 UBS.

Do total de 120 UBS selecionadas nos 21 municípios do Lote 2 Sul, 27 UBS (22%) estavam localizadas em SC e 93 UBS (78%) no RS, sendo 45 (38%) na região metropolitana (RM) de Porto Alegre e 48 (40%) no interior do estado. Os municípios que contribuíram com o maior número de UBS para a amostra estudada foram Porto Alegre (15 UBS), Pelotas (9) e Santa Maria (9), no RS, e Florianópolis (9) e Criciúma (9), em SC. Em relação ao modelo de atenção, 42% (51) da amostra total eram UBS do modelo Tradicional, incluindo três unidades mistas, e 58% (69) do PSF, sendo 25% (30) do PSF pré-PROESF e 33% (39) do PSF pós-PROESF. Entre as unidades do PSF, 40 (34%) contavam com uma Equipe de Saúde da Família (ESF), 18 unidades (15%) possuíam duas ESF, 8 (7%) apresentavam três ESF e três unidades (3%) dispunham de quatro ESF.

Do total de 120 UBS selecionadas nos 20 municípios do Lote 2 Nordeste, 15 UBS (13%) estavam localizadas em AL, 17 na PB (14%), 58 em PE (48%), 12 no PI (10%) e 18 no RN (15%), sendo 42 (35%) na RM de Recife e 78 (65%) nas demais regiões do Lote. Os municípios que contribuíram com o maior número de UBS para a amostra estudada foram Recife (12 UBS) e Jaboatão dos Guararapes (9) em PE, Maceió (9) em AL, João Pessoa na PB (9), Teresina (9) no PI e Natal (9) no RN. Em relação ao modelo de atenção, 34% (41) da amostra total eram UBS do modelo Tradicional, incluindo sete unidades mistas, e 66% (79) do PSF, sendo 39% (47) do PSF pré-PROESF e 27% (32) do PSF pós-PROESF. Entre as unidades do PSF, 51% contavam com uma Equipe de Saúde da Família (ESF), 33% possuíam duas ESF, 12% apresentavam três ESF e 4% dispunham de quatro ESF.

5.4.2 Amostra da população da área de abrangência das UBS

A amostra populacional foi dividida em quatro grupos: crianças de um a três anos de idade, mulheres que tiveram filhos nos últimos dois anos, adultos entre 30 e 64 anos de idade e idosos a partir dos 65 anos de idade. Estes indivíduos foram localizados na área de abrangência de cada uma das UBS, através de amostragem sistemática por conglomerados. Estimou-se uma amostra de 2100 indivíduos em cada um dos grupos para cada região, cujo tamanho era suficiente para atender os objetivos do estudo. Esta amostra foi dividida pelo número de UBS selecionadas (120) resultando em um número de 18 entrevistas a serem realizadas para cada grupo populacional da área de abrangência por região.

A amostra populacional foi localizada na área de abrangência da UBS, que foi o ponto inicial para a coleta de dados. Todos os domicílios do percurso seguido a partir da UBS até os limites da área foram visitados em busca dos indivíduos elegíveis de acordo com o grupo populacional.

A independência entre as amostras (somente um indivíduo de um subgrupo populacional era selecionado no domicílio) e a baixa densidade de indivíduos elegíveis em cada domicílio facilitou a distribuição da amostra por toda a área de abrangência da UBS, determinando um salto natural para seleção dos indivíduos e minimizando as possibilidades de viés de seleção ou efeito de *cluster* nas amostras.

A partir de estimativas do IBGE as crianças de 1 a 3 anos representavam cerca de 6,5% da população total, as mulheres com filhos nascidos nos últimos 2 anos cerca de 4% da população total, os adultos de 30 a 64 anos cerca de 40% da população total e os idosos (≥ 65 anos) cerca de 7% da população total. Aplicando estas estimativas a um bairro com cerca de 6500 pessoas e aproximadamente 2100 famílias (ou domicílios) encontraríamos uma criança de 1 a 3 anos a cada 5 famílias, uma mulher com filhos nascidos nos últimos 2 anos a cada 8 famílias, um adulto de 30 a 64 anos a cada família e um idoso a cada 4 ou 5 famílias.

Caso em um domicílio não residisse o indivíduo com as características requeridas, passava-se ao seguinte, respeitando a orientação do deslocamento pela área de abrangência. Nos domicílios selecionados, somente um indivíduo elegível (crianças, mulheres que tiveram filho nos últimos dois anos, adultos e idosos) foi convidado a participar do estudo, explicando-se a sua finalidade e apresentando termo de consentimento informado. Considerando que a abordagem populacional procurou

avaliar a utilização de serviços e o vínculo com a unidade de saúde, nos domicílios em que se encontraram dois adultos, o elegível era o mais velho, procedendo da mesma forma para os idosos. No caso dos idosos, a opção buscou valorizar um grupo com presença crescente na população do país, mas ainda não prioritário na atenção básica à saúde.

O pressuposto amostral de comparação dos achados por modelo de atenção e não de representatividade da população também minimiza o eventual viés de seleção de residentes mais próximos à UBS estudada.

Com relação à amostra populacional a ser utilizada neste sub-estudo, foram entrevistados na área de abrangência das UBS na região sul, 1940 adultos (92% do esperado) e 1891 idosos (90% do esperado). Na média foram aplicados cerca de 16 questionários em cada estrato da amostra populacional de cada UBS. Na região nordeste entrevistou-se 2.120 adultos (100% do esperado) e 2.112 idosos (100% do esperado). Na média foram aplicados cerca de 17 questionários em cada estrato da amostra populacional de cada UBS.

5.5 Instrumentos

A coleta dos dados foi realizada mediante aplicação de questionário estruturado aos indivíduos elegíveis nos domicílios selecionados. O instrumento utilizado consistiu de blocos de questões comuns ao Projeto de Monitoramento e Avaliação do Programa de Expansão e Consolidação do Saúde da Família (PROESF), contendo também questões específicas deste estudo, aplicadas na população de adultos e idosos.

Algumas das questões abordadas neste instrumento, elaborado para avaliar o acesso a medicamentos prescritos na atenção básica de saúde, são estimativas de alguns indicadores propostos, pela OMS, para medir acesso a medicamentos na população (BRASIL, 2005). O instrumento proposto visa à obtenção de dados quantitativos sobre os medicamentos referidos pelos entrevistados. O questionário cobre a fonte de acesso aos medicamentos prescritos e, quando este não ocorre, o motivo da não obtenção. O instrumento utilizado encontra-se como anexo ao final deste documento.

5.6 Variáveis coletadas

Variável Dependente

O estudo avaliará o acesso a medicamentos receitados na última consulta médica nos últimos 30 dias abordando o status da variável acesso por meio de dois denominadores distintos:

- a) Utilizando como denominador o número de indivíduos para a análise das prevalências de acesso (indivíduos que não deixaram de utilizar seus medicamentos no último mês) e acesso gratuito (indivíduos que receberam seus medicamentos gratuitamente independente do local de obtenção). O acesso a medicamentos será categorizado em: acesso total (o indivíduo obteve todos os medicamentos prescritos); parcial (obteve apenas alguns dos medicamentos prescritos) e nenhum acesso.
- b) A outra forma de avaliação do acesso e acesso gratuito utilizará o total de medicamentos referidos pela população como denominador. Para esta análise os medicamentos serão classificados em grupos farmacológicos agrupados segundo a Anatomical Therapeutic Chemical Classification System (ATC) (WHO, 2004a).

Quadro 1: Variáveis dependentes e sua composição.

VARIÁVEIS	CARACTERÍSTICAS	TIPO DE VARIÁVEL/ INDICADOR
Nome químico do medicamento prescrito *	Nome do medicamento que o médico prescreveu	Categórica nominal
Acesso ao medicamento prescrito	Deixou de usar o medicamento receitado: sim/não	Dicotômica Indicador: % de respostas não
Acesso gratuito ao medicamento prescrito e local da obtenção gratuita	Conseguiu o medicamento de graça: não conseguiu, sim no posto de saúde de abrangência, sim em outro posto, sim na farmácia do SUS, sim de outro modo	Categórica nominal Indicador: % de respostas sim
Motivo para ter deixado de usar o medicamento receitado	Não quis ou esqueceu, não tinha no posto de saúde de abrangência, não podia pagar, não tinha em outro posto ou farmácia do SUS, receita vencida, outro motivo	Categórica nominal
Número de medicamentos prescritos na última consulta médica nos últimos 30 dias **	Número de medicamentos prescritos na última consulta	Númerica discreta

* Será padronizado segundo o DEF (Dicionário de Especialidades Farmacêuticas) (DEF, 2005) e classificado segundo a ATC (Anatomical Therapeutic Chemical Classification System) (WHO, 2004a). Cada medicamento será ainda classificado segundo sua inclusão na Rename (2002; 2007; 2010; 2012a) e programas vigentes.

** Esta variável será utilizada na construção do acesso total, acesso parcial ou nenhum acesso.

Quadro 2: Variáveis independentes e sua caracterização.

VARIÁVEIS	CARACTERÍSTICAS	TIPO DE VARIÁVEL
Modelo de atenção	ESF/Tradicional	Categórica nominal
Local da última consulta médica	UBS da área, outra UBS, pronto-socorro, ambulatório do hospital/faculdade/sindicato ou empresa, consultório médico por convênio ou plano de saúde, consultório médico particular, CAPS	Categórica nominal
Tipo de serviço de saúde utilizado	Público (UBS da área, outra UBS, pronto-socorro, ambulatório do hospital/faculdade/sindicato ou empresa, CAPS) Privado (consultório médico por convênio ou plano de saúde, consultório médico particular)	Categórica nominal

5.7 Seleção e treinamento dos supervisores

A divulgação da seleção de supervisores para o trabalho de campo ocorreu no mês de janeiro de 2005, junto à secretaria do Centro de Pesquisas Epidemiológicas. No momento da inscrição os candidatos preencheram uma ficha com dados de identificação, experiência prévia em pesquisa e disponibilidade de horário. Aos candidatos era exigido idade igual ou superior a 18 anos, grau de instrução não inferior ao segundo grau completo e disponibilidade de tempo para permanecerem fora da cidade de Pelotas por seis meses, tempo previsto para a realização do trabalho de campo nas duas regiões do país. O processo de seleção constou de um treinamento específico por um período de 40 horas, realizado entre os dias 24 e 28 de janeiro de 2005. Aos 26 candidatos inscritos foi feita a apresentação geral do PROESF, familiarizando-os com os questionários e manuais de instrução, logística do trabalho de campo e demais atividades necessárias ao perfeito entendimento da pesquisa. No último dia do treinamento foi realizado um trabalho de campo com aplicação de questionários supervisionados pela equipe do projeto. Foram selecionados 16 supervisores para dar início ao trabalho de campo. Os demais candidatos que receberam o treinamento e não foram selecionados ficaram como suplentes.

5.8 Estudos piloto

Foi realizado um estudo piloto no dia 28 de janeiro de 2005, aplicado na população residente na área de três UBS que não faziam parte da amostra, na cidade de Pelotas. Este serviu para detectar possíveis problemas com os questionários e manuais de instruções e para treinamento e seleção dos supervisores do trabalho de campo pela equipe da pesquisa.

5.9 Logística

A coleta de dados do Lote 2 Sul iniciou em 15 de março de 2005 com duração de 65 dias. Para o Lote 2 Nordeste, a logística para o desenvolvimento do trabalho de campo iniciado no dia 03 de junho e concluído no dia 10 de agosto de 2005, foi a mesma adotada para o Lote 2 Sul. Para cada município, uma dupla de supervisores era responsável pelo trabalho de campo em uma UBS, devendo permanecer no máximo 3 dias. Para o retorno dos instrumentos à sede do projeto, duas estratégias foram utilizadas: na região sul, a busca foi realizada pelos coordenadores nos municípios

previamente acertados: Porto Alegre (RS), Chapecó (SC), Criciúma (SC); na região nordeste, foi feito o envio das caixas contendo o material da pesquisa via correio para a sede do projeto na UFPEL.

O ponto inicial para a seleção dos indivíduos na área de abrangência era a UBS. Cada vértice do prédio era um ponto de início para cada um dos quatro instrumentos populacionais, adultos, idosos (ambos de interesse neste estudo), mulheres e crianças (respectivos ao Projeto), sendo este ponto inicial, distinto para cada uma das amostras, selecionadas de forma independente. A área respectiva a cada UBS deveria ser percorrida, mantendo sempre o contorno pela direita até o limite da área de abrangência das UBS. Para aquelas que não possuíam área definida, foi tomado como base a área respectiva à UBS com PSF. Os domicílios eram então visitados e somente uma pessoa por domicílio respondia o questionário respectivo ao grupo populacional a que pertencia. No contato feito com cada domicílio era perguntado inicialmente se alguém daquela residência já havia sido entrevistado: caso afirmativo, passava-se para o seguinte, sem pulo. Caso negativo, entrevistava-se o adulto mais velho no caso de haver mais de um elegível, procedendo-se da mesma forma para os idosos, ou seja, o idoso mais velho no caso de mais de um elegível. A cada domicílio visitado, procurava-se também entrevistar homens e mulheres alternadamente, para manter uma mesma proporção entre os sexos. Esta estratégia determinava também, o pulo a ser feito na seleção dos domicílios da área de abrangência. As entrevistas eram realizadas individualmente com cada indivíduo elegível. Caso o indivíduo elegível não estivesse no momento da visita, era agendado um horário para a revisita e duas tentativas mais eram feitas com o objetivo de realizar a entrevista. Se não fosse possível entrevistar o indivíduo selecionado, este era dado como perda sem haver substituição.

5.10 Processamentos dos dados

Os questionários foram revisados e posteriormente codificados por uma equipe especialmente treinada para este fim. Os dados obtidos através das diferentes abordagens foram articulados em uma única base de dados utilizando-se os programas estatísticos Epi Info versão 6.02 (DEAN, 2001) e Stata versão 8.0 (STATA CORP, 2003).

5.11 Análises dos dados

Para a análise dos dados sobre o acesso a medicamentos prescritos na última consulta médica serão realizadas as seguintes etapas:

1. Limpeza dos dados

Esta etapa consiste em checar as inconsistências que são detectadas através da verificação dos dados válidos para este estudo utilizando também as informações gerais do banco de dados original do Projeto.

2. Preparação dos dados

Nome dos medicamentos

O banco de dados deve conter todos os medicamentos pelo nome genérico. Para padronizar a informação sobre o nome dos medicamentos prescritos, os supervisores foram orientados e treinados a registrar o nome genérico a partir da apresentação da receita, embalagem ou bula. Se nenhuma delas era apresentada, os medicamentos eram registrados como informado pelo entrevistado, o que poderia levar a registros de nomes incorretos ou nome comercial do medicamento. Assim, estes medicamentos deverão ser corrigidos e todos devem ser padronizados pelo nome genérico respectivo. Para corrigir e padronizar os medicamentos será utilizado o DEF (Dicionário de Especialidades Farmacêuticas) (DEF, 2005).

ATC (Anatomical Therapeutic Chemical Classification System)

A classificação dos princípios ativos segundo grupos farmacológicos será orientada pela ATC (Anatomical Therapeutic Chemical Classification System). Nessa classificação, os medicamentos são divididos em diferentes grupos de acordo com o órgão ou sistema em que atuam e suas propriedades químicas, terapêuticas e farmacológicas (WHO, 2004a). Serão considerados dois níveis do sistema de classificação ATC: o primeiro representando o grupo anatômico principal e o segundo, considerando o grupo terapêutico principal.

Relação Nacional de Medicamentos essenciais (RENAME)

Após a padronização dos nomes dos medicamentos e classificação segundo a ATC, estes serão relacionados com a RENAME (2002, 2007, 2010, 2012) * com a finalidade de identificar se pertencem ou não a esta lista. Uma variável extra chamada RENAME será criada no banco de dados para indicar os medicamentos que fazem parte desta lista (BRASIL, 2002a; 2002).

*(Brasil, 2002) (Brasil, 2007), (Brasil, 2010), (Brasil, 2012a).

Lista de medicamentos presentes em programas vigentes (Farmácia Popular, Medicamentos Genéricos e Componentes Básicos da Assistência Farmacêutica na Atenção Básica).

Esta etapa consistirá em identificar e codificar a presença dos medicamentos na lista que orienta os programas vigentes. Cada medicamento receberá um código referente ao programa a que pertence.

3. Construção do banco de medicamentos e análise dos dados

O banco de dados preparado nos passos anteriores possui como denominador o número de pessoas que consultaram ou não um médico nos últimos 30 dias e receberam ou não prescrição de medicamentos. Para este estudo serão utilizados apenas os dados dos indivíduos que receberam prescrição de medicamentos. Para tanto, será necessário construir um novo banco de dados. Os dados serão analisados de duas formas:

- 1- Utilizando-se o total de indivíduos como denominador para o estudo das prevalências de acesso total, parcial e nenhum acesso conforme o número de medicamentos prescritos e obtidos.
- 2- Utilizando-se como denominador o total de medicamentos referidos para a descrição da prevalência de acesso e motivos da falta de acesso de cada medicamento.

Serão realizadas as seguintes análises:

Análise univariável: verificação da frequência de cada uma das variáveis em estudo, examinando as proporções e respectivos IC 95%.

Análise bivariável: análise de associação entre as variáveis independentes e os desfechos através do teste do qui-quadrado e teste para tendência linear em proporções.

Os procedimentos amostrais utilizados resultaram em igual proporção de adultos e idosos, coletados de forma independente. Assim, as análises serão estratificadas segundo grupo etário (adulto/idoso) e região investigada (Sul e Nordeste).

5.12 Controle de qualidade

Durante todo o processo de elaboração deste projeto, várias medidas foram tomadas com a finalidade de padronizar a forma de coleta dos dados e garantir a veracidade das informações coletadas. Algumas dessas medidas foram anteriores a realização do trabalho de campo, como o treinamento prévio dos supervisores; a confecção de um criterioso manual de instruções para a aplicação do questionário padronizado e pré-testado; a realização de um piloto para testar a logística e orientar o trabalho dos supervisores no campo. Outros procedimentos foram realizados concomitantemente ao trabalho de campo. Como exemplo destes, podemos citar a supervisão do trabalho de campo mediante visitas por parte dos coordenadores do estudo em alguns municípios; reuniões periódicas com os supervisores para assegurar o cumprimento da metodologia e logística estabelecida para a coleta dos dados; contato regular com os municípios e Unidades Básicas de Saúde.

Quanto aos procedimentos efetuados após a realização das entrevistas em cada município, podemos citar: a revisão dos questionários após a sua chegada na sede da pesquisa, realizada por uma equipe formada por pessoas treinadas e por membros da equipe envolvidos diretamente no projeto; a realização do controle de qualidade propriamente dito e a confecção de uma planilha para checagem imediata da consistência das informações coletadas no trabalho de campo.

Houve nesta pesquisa, entretanto, um desafio logístico em realizar o controle de qualidade devido à dimensão do programa, o qual envolve 41 municípios distribuídos

em sete estados do país, situados nas regiões sul e nordeste. Assim, devido à dificuldade de visitar as residências, o controle de qualidade deste estudo foi realizado por telefone, mediante aplicação de questionários reduzidos em 5% da amostra. Estes questionários eram compostos por perguntas-chave com o objetivo de identificar possíveis erros ou respostas falsas. Para padronizar e qualificar a coleta dos dados do controle de qualidade, duas pessoas especialmente treinadas para este fim, efetuaram os telefonemas.

Embora houvesse obstáculos visíveis na localização por telefone, estes foram superáveis e não se mostraram significativos na amostra final da pesquisa. O controle de qualidade atingiu 5% (795) do número total de indivíduos entrevistados no final do estudo, correspondendo a 83,0% dos questionários sorteados para o controle. Problemas para a realização do contato telefônico ocorreram para 9,0% dos questionários selecionados enquanto para 7,6%, o número de telefone informado não correspondeu à pessoa sorteada. Houve apenas 0,2% de recusa.

Todas as atividades do controle de qualidade foram supervisionadas diariamente por um dos membros da equipe. Será também realizada a checagem da consistência das informações através do índice Kappa (FLEISS, 2003; LANDI, 1977) para as questões utilizadas no controle de qualidade.

5.13 Aspectos éticos

Este projeto envolve exclusivamente a realização de entrevistas com aplicação de questionários, não incluindo coleta de material biológico. Esta característica torna o estudo de risco ético mínimo, segundo parâmetros definidos pela Organização Mundial da Saúde na publicação "*International Ethical Guidelines for Biomedical Research Involving Human Subjects*" (WHO,1993). A participação dos indivíduos no estudo ocorreu através de consentimento informado. A confidencialidade da informação individual identificada e o direito de recusa em participar do estudo foram plenamente garantidos. A proposta desta pesquisa foi aprovada pela comissão de ética da Universidade Federal de Pelotas.

5.14 Divulgações dos resultados

Os resultados do presente projeto de pesquisa serão divulgados das seguintes formas: dissertação de mestrado em Saúde Coletiva; publicação de artigo em periódico

científico, apresentação de resultados em congressos das áreas de Saúde Coletiva e Uso Racional de Medicamentos.

7. FINANCIAMENTO

Este projeto já teve seu financiamento aprovado pelo Banco Mundial, uma vez que a coleta de dados está inserida no projeto "Monitoramento e Avaliação do Programa de Expansão e Consolidação da Saúde da Família (PROESF)" coordenado e financiado nacionalmente pelo Ministério da Saúde (MS). Todas as despesas que surgirem serão por conta do pesquisador.

8. ORÇAMENTO

A seguir, apresenta-se a previsão orçamentária para a execução do estudo, que é de inteira responsabilidade da mestranda:

Materiais necessários	Quantidade	Valores em R\$
Impressões	1000	200,00
Cartuchos de Tinta	10	300,00
Encadernações/ material escritório	-	300,00
Sub Total	-	1.100,00
Imprevistos (20%)	-	220,00
Total	-	1.020,00

9. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ACURCIO, FRANCISCO A. et al. Analysis of medical prescriptions dispensed at health centers in Belo Horizonte, Minas Gerais, Brazil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 20, p. 72-79, 2004.

ALMA-ATA, DECLARAÇÃO . In: OMS; Unicef. **Primeira Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde**. 1978 Set. 6-12; Alma-Ata (URSS). . Disponível em: < <http://www.opas.org.br/coletiva/uploadArq/Alma-Ata.pdf>. >. Acesso em: 01 fev 2011.

ANDRADE, A. L. S. S.; ZICKER, F. **Estudos de prevalência**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde/ Fundação Nacional de Saúde, 1997. 33-42

ARGENTINA. Impacto de REMEDIAR sobre el acceso a medicamentos **Bol. PROAPS-REMEDIAR**, v. 1, n. 3, p. 7-8, 2003.

AZIZ, MARINA MENESES; CALVO, MARIA CRISTINA MARINO; D'ORSI, ELEONORA. Medicamentos prescritos aos idosos em uma capital do Sul do Brasil e a Relação Municipal de Medicamentos. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 28, p. 52-64, 2012.

AZIZ, MARINA MENESES et al. Prevalência e fatores associados ao acesso a medicamentos pela população idosa em uma capital do sul do Brasil: um estudo de base populacional. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 27, p. 1939-1950, 2011.

BABAR, Z. U. et al. Evaluating drug prices, availability, affordability, and price components: implications for access to drugs in Malaysia. **PLoS Med**, v. 4, n. 3, p. e82, Mar 27 2007.

BARROS, ALUÍSIO J. D.; BASTOS, JOÃO LUIZ; DÂMASO, ANDRÉA H. Catastrophic spending on health care in Brazil: private health insurance does not seem to be the solution. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 27, p. s254-s262, 2011.

BARROS, ALUÍSIO JD; BERTOLDI, ANDRÉA D. Out-of-pocket health expenditure in a population covered by the Family Health Program in Brazil. **International Journal of Epidemiology**, v. 37, n. 4, p. 758-765, August 1, 2008 2008.

BERTOLDI, A. D. et al. Household Expenditures for Medicines and the Role of Free Medicines in the Brazilian Public Health System. **Am J Public Health**, 2011.

BERTOLDI, A. D. et al. Medicine access and utilization in a population covered by primary health care in Brazil. **Health Policy**, v. 89, n. 3, p. 295-302, Mar 2009.

BERTOLDI, A. D. et al. Medicine prices, availability and affordability in Southern Brazil: a study of public and private facilities. **LSE Health, London School of Economics and Political Science**, 2010.

BOING, ALEXANDRA CRISPIM; BERTOLDI, ANDRÉA DÂMASO; PERES, KAREN GLAZER. Desigualdades socioeconômicas nos gastos e comprometimento da renda com medicamentos no Sul do Brasil. **Revista de Saúde Pública**, v. 45, p. 897-905, 2011.

BRASIL. **Ministério da Saúde. Portal da Saúde.**: Disponível em: <www.saude.gov.br/assistenciafarmaceutica> Acesso em: 05.fev.2012.

_____. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.** Brasília: Diário Oficial da República Federativa do Brasil, 1990a.

_____. **Lei nº 8142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências.** Brasília: Diário Oficial da República Federativa do Brasil, 1990b.

_____. **Lei nº 9787, de 10 de fevereiro de 1999. Altera a Lei nº 6.360 de 23 de setembro de 1976 que dispõe sobre a vigilância sanitária estabelece o medicamento genérico, dispõe sobre a utilização de nomes genéricos em produtos farmacêuticos e dá outras providências.** Brasília: Diário Oficial da República Federativa do Brasil, 1999.

_____. **Decreto nº 5090 de 20 maio de 2004. Regulamenta a lei nº 10858, de 13 de abril de 2004, institui o Programa "Farmácia Popular do Brasil", e dá outras providências.** Brasília. : 2004a. Disponível em: <<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/decreto5090farmaciapopular.pdf>>.

_____. **Lei nº 10.858, de 13 de abril de 2004. Autoriza a Fundação Oswaldo Cruz - Fiocruz a disponibilizar medicamentos, mediante ressarcimento, e dá outras providências.** Brasília.: 2004b. Disponível em: <http://www.fiocruz.br/lai/media/lei_10858_farmacia_popular%20Fiocruz.pdf>.

BRASIL; CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE (CNS). **Resolução nº 338, de 6 de maio de 2004. Aprova a Política Nacional de Assistência Farmacêutica.** Brasília: CNS, 2004.

BRASIL; MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria GM n° 3.916, 30 de outubro de 1998. Aprova a Política Nacional de Medicamentos.** Brasília: Diário Oficial da República Federativa do Brasil, 1998.

_____. **Portaria GM n° 176, de 8 de março de 1999. Estabelece critérios e requisitos para a qualificação dos Municípios e Estados ao incentivo à AFB e definindo valores a serem transferidos.** Brasília, DF: Diário Oficial da República Federativa do Brasil, 1999.

_____. **Diretrizes Operacionais dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).** Brasília, DF: MS, 2006a. 76p

_____. **Portaria GM n° 399, 22 de fevereiro 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto.** Brasília, DF: Diário Oficial da República Federativa do Brasil, 2006b.

_____. **Portaria GM n° 533, de 28 de março de 2012. Estabelece o elenco de medicamentos e insumos da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).** Brasília: Diário Oficial da República Federativa do Brasil, 2012a.

_____. **Resolução n° 1, de 17 de janeiro de 2012. Estabelece as diretrizes nacionais da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).** Brasília: Diário Oficial da República Federativa do Brasil, 2012b.

BRASIL; MINISTÉRIO DA SAÚDE; AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. **Portaria n°1.587, de 3 de setembro de 2002. Aprova a revisão da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais - Rename .** Brasília, DF: Diário Oficial da República Federativa do Brasil, 2002. Disponível em: < <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2002/Gm/GM-1587.htm> >.

BRASIL; MINISTÉRIO DA SAÚDE; CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. **1ª Conferência Nacional de Medicamentos e Assistência Farmacêutica: relatório final: efetivando o acesso, a qualidade e a humanização na assistência farmacêutica, com controle social.** Brasília: MS, 2005.

BRASIL; MINISTÉRIO DA SAÚDE; DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA. **Atenção Básica. Saúde da Família.** Brasília: MS, 2004.

BRASIL; MINISTÉRIO DA SAÚDE; SECRETARIA DE POLÍTICAS DE SAÚDE. **Portaria n° 16, de 14 de dezembro de 2000. Estabelece o Elenco Mínimo e**

Obrigatório de Medicamentos para pactuação na Atenção Básica. Brasília: Diário Oficial da República Federativa do Brasil, 2000.

BRASIL et al. **Política Nacional de Medicamentos.** Brasília: MS, 2001. 40

BRASIL et al. **Assistência farmacêutica na atenção básica: instruções técnicas para sua organização.** Brasília: MS, 2001. 114

_____. **Relação Nacional de Medicamentos Essenciais - Rename 3.** Brasília: MS, 2002. 88

_____. **Relação Nacional de Medicamentos Essenciais - Rename** Brasília: MS, 2007. 286

_____. **Relação Nacional de Medicamentos Essenciais - Rename** Brasília: MS, 2010.

BRASIL et al. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. Acesso e Utilização de serviços de Saúde, 2003.** Rio de Janeiro: IBGE, 2005.

BRASIL; SAÚDE, CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE; SAÚDE., ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA NO SUS / CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE. **A assistência farmacêutica no SUS (Coleção Para Entender a Gestão do SUS 2011).** 1. Brasília: 2011. 186 p

BRASIL; SENADO FEDERAL. **Constituição da República Federativa do Brasil.** Brasília: Senado, 1988.

CAMERON, A. et al. Medicine prices, availability, and affordability in 36 developing and middle-income countries: a secondary analysis. **The Lancet**, v. 373, n. 9659, p. 240-249, 2008.

CARVALHO, MARCELO FELGA DE et al. Utilization of medicines by the Brazilian population, 2003. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 21, p. S100-S108, 2005.

CARVALHO, MARISTELA FERREIRA CATÃO. A polifarmácia em idosos no município de São Paulo - Estudo SABE - Saúde, Bem-estar e Envelhecimento. **Dissertação (Mestrado em Epidemiologia) - Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2007.**

COLOMBO, DANIELA et al. Padrão de prescrição de medicamentos nas unidades de programa de saúde da família de Blumenau. **Revista Brasileira de Ciências Farmacêuticas**, v. 40, p. 549-558, 2004.

CUNHA, MARIA CANDIA NUNES DA; ZORZATTO, JOSÉ ROBERTO; CASTRO, LIA LUSITANA CARDOZO DE. Avaliação do uso de medicamentos na rede pública municipal de saúde de Campo Grande/MS. **Revista Brasileira de Ciências Farmacêuticas**, v. 38, p. 215-227, 2002.

DAL PIZZOL, TATIANE DA SILVA et al. Adesão a listas de medicamentos essenciais em municípios de três estados brasileiros. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 26, p. 827-836, 2010.

DEAN, A. G. et al. **EpiInfo Version 6.04: a word processing database and statistics program for epidemiology on microcomputers**. Atlanta: Centers for Disease Control and Prevention: 2001.

DEF. **Dicionário de Especialidades Farmacêuticas 2004-2005**. 33ª Rio de Janeiro: Publicações Científicas, 2005.

DINIZ, BERNARDO P. CAMPOLINA et al. **Gasto das famílias com saúde no Brasil: evolução e debate sobre gasto catastrófico**. 2007. 24 Disponível em: < [http://www.fea.usp.br/feaecon//gastosemsaude/arquivos/Gasto das Famílias%20com Saude.pdf](http://www.fea.usp.br/feaecon//gastosemsaude/arquivos/Gasto%20das%20familias%20com%20saude.pdf) >.

EMMERICK, ISABEL CRISTINA MARTINS; LUIZA, VERA LUCIA; PEPE, VERA LUCIA EDAIS. Pharmaceutical services evaluation in Brazil: broadening the results of a WHO methodology. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, p. 1297-1306, 2009.

FERRAES, A. M. B. **Política de medicamentos na atenção básica e a assistência farmacêutica no Paraná**. 2002. 262 Dissertação, Universidade Estadual de Londrina, Londrina.

FLEISS, J. L.; LEVIN, B.; PAIK, M. C. **Statistical methods for rates and proportions**. Hoboken: John Wiley & Sons, 2003.

GIROTTI, EDMARLON; SILVA, POLIANA VIEIRA DA. A prescrição de medicamentos em um município do Norte do Paraná. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 9, p. 226-234, 2006.

GUERRA JR, AUGUSTO AFONSO et al. Disponibilidade de medicamentos essenciais em duas regiões de Minas Gerais, Brasil. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 15, p. 168-175, 2004.

HALAL, INÁ S. et al. Avaliação da qualidade de assistência primária à saúde em localidade urbana da região sul do Brasil. **Revista de Saúde Pública**, v. 28, p. 131-136, 1994.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE. **Censo demográfico 2000**.

KARNIKOWSKI, M. G. et al. Access to essential drugs in 11 Brazilian cities: a community-based evaluation and action method. **J Public Health Policy**, v. 25, n. 3-4, p. 288-98, 2004.

KILSZTAJN, SAMUEL; CAMARA, MARCELO BOZZINI DA; CARMO, MANUELA SANTOS NUNES DO. Gasto privado com saúde por classes de renda. **Revista da Associação Médica Brasileira**, v. 48, p. 258-262, 2002.

LANDIS, J. R.; KOCH, G. G. The measurement of observer agreement for categorical data. **Biometrics**, v. 33, n. 1, p. 159-74, Mar 1977.

LEYVA-FLORES, R. et al. Prescripción, acceso y gasto en medicamentos entre usuarios de servicios de salud en México. **Salud Publica Mex**, v. 40, n. 1, p. 24-31, Jan-Feb 1998.

LIMA-COSTA, MARIA FERNANDA et al. Desigualdade social e saúde entre idosos brasileiros: um estudo baseado na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 19, p. 745-757, 2003.

LIMA-COSTA, MARIA FERNANDA; BARRETO, SANDHI MARIA; GIATTI, LUANA. Condições de saúde, capacidade funcional, uso de serviços de saúde e gastos com medicamentos da população idosa brasileira: um estudo descritivo baseado na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 19, p. 735-743, 2003.

LIMA, M. G. et al. [Out-of-pocket drug expenditures by retirees and pensioners 60 years and older in Belo Horizonte, Minas Gerais, Brazil]. **Cad Saúde Pública**, v. 23, n. 6, p. 1423-30, Jun 2007.

LUZ, TATIANA CHAMA BORGES; LOYOLA FILHO, ANTÔNIO IGNÁCIO DE; LIMA-COSTA, MARIA FERNANDA. Estudo de base populacional da subutilização

de medicamentos por motivos financeiros entre idosos na Região Metropolitana de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 25, p. 1578-1586, 2009.

MARCONDES, NHARA SORAYA PAGANELLA. A Assistência Farmacêutica Básica e o uso de medicamentos na zona urbana do município de Ponta Grossa - Paraná: Estudo de caso. **Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Curso Interinstitucional de Mestrado em Saúde Pública, Universidade Estadual de Ponta Grossa / Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2002, 2002.**

MARIN, N et al. **Assistência farmacêutica para gerentes municipais.** Rio de Janeiro: Opas/OMS, 2003. 373

MIRANDA, ELAINE SILVA et al. Disponibilidade no setor público e preços no setor privado: um perfil de medicamentos genéricos em diferentes regiões do Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 25, p. 2147-2158, 2009.

NAVES, JANETH DE OLIVEIRA SILVA; SILVER, LYNN DEE. Evaluation of pharmaceutical assistance in public primary care in Brasília, Brazil. **Revista de Saúde Pública**, v. 39, p. 223-230, 2005.

OLIVEIRA, CAMILA ALVES PAES DE et al. Caracterização dos medicamentos prescritos aos idosos na Estratégia Saúde da Família. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 25, p. 1007-1016, 2009.

OPAS; WHO. **The World Medicines Situation 2011.** Geneva: OPAS, 2011. 34Disponível em: < http://www.who.int/nha/docs/world_medicine_situation.pdf >.

PANIZ, VERA MARIA VIEIRA et al. Acesso a medicamentos de uso contínuo em adultos e idosos nas regiões Sul e Nordeste do Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 24, p. 267-280, 2008.

PANIZ, VERA MARIA VIEIRA et al. Free access to hypertension and diabetes medicines among the elderly: a reality yet to be constructed. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 26, p. 1163-1174, 2010.

PINTO, CLÁUDIA DU BOCAGE SANTOS et al. Preços e disponibilidade de medicamentos no Programa Farmácia Popular do Brasil. **Revista de Saúde Pública**, v. 44, p. 611-619, 2010.

ROTHMAN, K. J. **Modern Epidemiology.** Boston: Little Brown Press, 1998.

SANTOS, VANIA DOS; NITRINI, SANDRA M OTTATI OLIVEIRA. Indicadores do uso de medicamentos prescritos e de assistência ao paciente de serviços de saúde. **Revista de Saúde Pública**, v. 38, p. 819-834, 2004.

SENNA, M. C. M. Equidade e política de saúde: algumas reflexões sobre o Programa Saúde da Família. **Cad Saúde Pública**, v. 18 Suppl, p. 203-11, 2002.

SILVA, MARCELO COZZENSA; FASSA, ANACLAUDIAGASTAL; KRIEBEL, DAVID. Minor psychiatric disorders among Brazilian ragpickers: a cross-sectional study. **Environmental Health: A Global Access Science Source**, v. 5, n. 1, p. 1-10, 2006/05/30 2006.

SILVA, NILZA N DA et al. Desigualdades sociais e uso de serviços de saúde: evidências de análise estratificada. **Revista de Saúde Pública**, v. 34, p. 44-49, 2000.

SILVA, P. V. **O uso de medicamentos na atenção básica em Londrina, PR**. 2004. 152 Dissertação, Universidade Estadual de Londrina, Londrina.

SILVEIRA, F. G.; OSÓRIO, R. G.; PIOLA, S. F. Os gastos das famílias com saúde. **Ciênc Saúde Coletiva**, v. 7, n. 4, p. 719-31, 2002.

SIMÕES, M. J. S.; FALVO, I. F. [A study on medicament prescription in elderly patients treated at the municipal health service in southeast region of the Brazil, 1999]. **Rev ciênc farm**, v. 21, n. 2, p. 217-227, 2000.

STATACORP. **Stata Statistical Software: Release 9.0**. College Station, TX: Stata Corporation, 2003.

WHO. **How to Investigate Drug Use in Health Facilities: Select Drug Use Indicators**. Geneva: WHO, 1993.

_____. **Guidelines for Developing National Drug Policies. Second edition, Draft**. Geneva: 2000. Disponível em: <
http://whqlibdoc.who.int/publications/1988/9241542306_eng.pdf>.

_____. **The Selection of Essential Medicines**. Geneva: WHO, 2002a.

_____. **WHO Model list of essential medicines**. Geneva: WHO, 2002b.

_____. **Essential Drugs and Medicines Policy.** Geneva: WHO, 2003.

_____. **Collaborating Centre for Drug Statistics Methodology. Anatomical Therapeutic Chemical (ATC) classification index with Defined Daily Doses (DDD's)** Oslo: WHO, 2004a. Disponível em: < http://www.whocc.no/filearchive/publications/1_2013guidelines.pdf >.

_____. **Equitable access to essential medicines: a framework for collective action.** . Geneva: WHO, 2004b.

_____. **How to Investigate the Use of Medicines by Consumers.** Geneva: WHO, 2004c.

_____. **WHO Medicines Strategy 2004-2007: countries at the core.** Geneva: WHO, 2004d.

_____. **III WHO Medicines Strategy:2008-2013.** Geneva: WHO, 2009.

WHO; HAI. **Measuring medicine prices, availability, affordability and price components.** 2008. 310 Disponível em: < http://www.who.int/medicines/areas/access/OMS_Medicine_prices.pdf >.

YANG, HAO et al. Prices, availability and affordability of essential medicines in rural areas of Hubei Province, China. **Health Policy and Planning**, v. 25, n. 3, p. 219-229, May 1, 2010 2010.

ANEXO A

Instrumento utilizado na avaliação do acesso a medicamentos receitados na última consulta médica.

AGORA FALAREMOS SOBRE SUA ÚLTIMA CONSULTA AO MÉDICO E REMÉDIOS QUE FORAM RECEITADOS EXCLUINDO AQUELES DE USO CONTÍNUO QUE SÃO PRESCRITOS PARA PRESSÃO ALTA, DIABETES OU PARA OS NERVOS.	
<p>A78. Desde <30 dias atrás> o (a) Sr (a) consultou com médico no <Posto de Saúde de abrangência> por qualquer problema de saúde? (00) Não Sim. Quantas vezes? __ __ (99) IGN</p>	<p>ACONMIM __ __</p>
<p>A79. Desde <30 dias atrás> onde o(a) Sr(a) consultou na sua última consulta médica por qualquer problema de saúde? (00) Não consultou nos últimos 30 dias → PULE PARA A PRÓXIMA INSTRUÇÃO (01) Posto de Saúde de Abrangência (02) Outro Posto de Saúde (03) Pronto-Socorro (04) Ambulatório do hospital / Faculdade / Sindicato ou empresa (05) Consultório Médico por Convênio ou Plano de Saúde (06) Consultório Médico Particular (07) CAPS (Centro de Atenção Psicossocial) (08) Outro – Qual? _____ (88) NSA (99) IGN</p>	<p>AOUTLOC __ __</p> <p>ACONESP __ __</p>
<p>A80. Qual a especialidade do médico com quem o (a) Sr(a) consultou na última consulta médica nos últimos 30 dias? (01) Clínico geral (02) Psiquiatra (03) Ginecologia (04) Outro especialista _____ (88) NSA (99) IGN</p>	
<p>A81. Há quanto tempo foi a sua última consulta médica nos últimos 30 dias? __ __ dias (88) NSA (99) IGN</p>	<p>ATUC __ __</p>
<p>A82. O médico lhe receitou algum remédio na sua última consulta médica nos últimos 30 dias? (excluindo aqueles de uso contínuo que são prescritos para pressão alta, diabetes ou para os nervos) (0) Não → PULE PARA A PRÓXIMA INSTRUÇÃO Sim (8) NSA (9) IGN</p>	<p>AREUC __</p>

Agora eu gostaria de saber o nome do(s) remédio(s) receitado(s) na sua última consulta médica nos últimos 30 dias? (Peça para ver a receita e registre o(s) nome(s) do(s) remédio(s) receitado(s), mesmo que a pessoa não tenha usado ou tenha parado de usar. Caso o (a) entrevistado(a) use o remédio, peça para ver a embalagem ou bula e confira se está prescrito na receita, assinalando para qual doença foi prescrito. Assinale qual a forma utilizada para o registro do remédio e faça as outras perguntas do quadro).

A83. Qual o nome do(s) remédio(s) receitado(s)?	A84.O (a) <remédio> é para que doença ou problema de saúde? (888) NSA (999) IGN	A85. <registro do remédio> (0) Informado (1) Receita (2) Embalagem (3) Bula (4) Receita e embalagem (5) Receita diferente da embalagem (8) NSA	A86.O(a) Sr. (a) deixou de usar o (a) <remédio> que precisava? (0) Não→A87 (1) Sim→A88 (8) NSA	A87. O(a) Sr.(a) conseguiu o(a) <remédio> de graça? (0)Não conseguiu (1) Sim. Posto de Saúde de abrangência (2) Sim. Outro Posto (3)Sim. Farmácia do SUS (4) Sim. Outro modo (8) NSA <i>Fim do quadro</i>	A88. Porque não usou o (a) <remédio>? (0) Não quis, esqueceu (1) Não tinha no Posto de abrangência (2) Não podia pagar (3) Não tinha em outro posto, Farmácia do SUS (4) Receita vencida (5) Outro motivo (8) NSA
1. _____ AMED1	_____ AMEDO1 ____	_____ AMEREG1 __	_____ AMEDX1 __	_____ AMEGRA1 __	_____ AMEMOT1 __
2. _____ AMED2	_____ AMEDO2 __ __	_____ AMEREG2 __	_____ AMEDX2 __	_____ AMEGRA2 __	_____ AMEMOT2 __
3. _____ AMED3	_____ AMEDO3 __ __	_____ AMEREG3 __	_____ AMEDX3 __	_____ AMEGRA3 __	_____ AMEMOT3 __
4. _____ AMED4	_____ AMEDO4 __ __	_____ AMEREG4 __	_____ AMEDX4 __	_____ AMEGRA4 __	_____ AMEMOT4 __
5. _____ AMED5	_____ AMEDO5 ____	_____A MEREG5 __	_____ AMEDX5 __	_____ AMEGRA5 __	_____ AMEMOT5 __
NÚMERO TOTAL DE REMÉDIOS RELATADOS __ __			ATOTREU __ __		

RELATÓRIO DE PESQUISA

SUMÁRIO

1 .INTRODUÇÃO.....	92
2 .PREPARAÇÃO DOS INSTRUMENTOS.....	92
3 .SELEÇÃO E TREINAMENTO DOS ENTREVISTADOS.....	93
4. PROCESSO AMOSTRAL.....	93
5. COLETA DE DADOS.....	93
6 .CONTROLE DE QUALIDADE.....	95
7 .PROCESSAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS.....	96
8. RESULTADOS.....	97
9. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	103

1. INTRODUÇÃO

O presente relatório tem por objetivo principal apresentar a dimensão do estudo realizado descrevendo as atividades desenvolvidas durante o planejamento e execução do estudo. Este estudo está inserido em projeto maior intitulado “Acesso a medicamentos em população assistida por diferentes modelos de Atenção Básica, nas regiões Sul e Nordeste do Brasil”, planejado como um sub-estudo do Projeto Integrado de Capacitação e Pesquisa em Avaliação da Atenção Básica à Saúde, sob responsabilidade da Universidade Federal de Pelotas (UFPel), vinculado ao Componente 3 (*Monitoramento e Avaliação*) do *Projeto de Expansão e Consolidação do Saúde da Família (PROESF)* coordenado e financiado nacionalmente pelo Ministério da Saúde (MS). Foram incluídos no estudo os 41 municípios com mais de 100 mil habitantes do Lote 2 Sul (Rio Grande do Sul e Santa Catarina) e do Lote 2 Nordeste (Alagoas, Paraíba, Pernambuco, Piauí e Rio Grande do Norte). A íntegra do projeto está disponível na página da internet <http://www.epidemioufpel.org.br/proesf/index.htm>.

O Estudo de Linha de Base (ELB) utilizou um delineamento transversal e incluiu a coleta de dados primários nos municípios. O trabalho de campo foi conduzido no período de março a agosto de 2005, em duas regiões do Brasil - Sul e Nordeste – abrangendo os 41 municípios com mais de 100 mil habitantes distribuídos em sete estados – Rio Grande do Sul, Santa Catarina, Paraíba, Pernambuco, Piauí, Alagoas e Rio Grande do Norte. Numa amostra sistemática por conglomerados de indivíduos residentes na área de abrangência das Unidades Básicas de Saúde sorteadas, foi investigado o acesso a medicamentos prescritos em última consulta médica nos últimos 30 dias, em população de 30 anos ou mais, residente na área de abrangência de unidades básicas de saúde das regiões sul e nordeste do Brasil.

2. PREPARAÇÃO DO INSTRUMENTO

O questionário sobre acesso a medicamentos foi elaborado entre janeiro e março de 2005 e fazia parte do bloco de questionários aplicados à população e denominados de bloco A (adultos de 30 a 64 anos, 11 meses e 29 dias).

3. SELEÇÃO E TREINAMENTO DOS ENTREVISTADORES

A divulgação da seleção de supervisores para o trabalho de campo ocorreu no mês de janeiro de 2005, junto à secretaria do Centro de Pesquisas Epidemiológicas. Aos candidatos era exigida idade igual ou superior a 18 anos, grau de instrução não inferior ao segundo grau completo e disponibilidade de tempo para permanecerem fora da cidade de Pelotas por seis meses, tempo previsto para a realização do trabalho de campo nas duas regiões do país.

O processo de seleção constou de um treinamento específico realizado entre os dias 24 e 28 de janeiro de 2005. Foram selecionados 16 supervisores para dar início ao trabalho de campo.

4. PROCESSO AMOSTRAL

O universo amostral do estudo está constituído pela totalidade dos municípios com mais de 100 mil habitantes (21 na região sul e 20 na região nordeste), Unidades Básicas de Saúde – UBS (cerca de 626 no Lote 2 Sul e 855 no Lote 2 Nordeste) e indivíduos residentes nas áreas das UBS do Lote 2 Sul (RS, SC) e Lote 2 Nordeste (AL, PB, PE, PI, RN). Para definição do conglomerado foi utilizada a grade de setores censitários do Censo Demográfico de 2000 (IBGE, 2000) correspondentes à área das UBS em cada município. As UBS sorteadas orientaram a seleção da amostra da população residente na área dos serviços.

Com relação à amostra populacional utilizada neste sub estudo, foram entrevistados na área de abrangência das UBS na região sul, 1940 adultos e na região nordeste entrevistou-se 2.120 adultos.

5. COLETA DOS DADOS

O trabalho de campo foi conduzido no período de 15/03/2005 à 10/08/2005 em duas regiões do Brasil - Sul e Nordeste. O estudo envolveu a população residente na área de abrangência das unidades básicas de saúde (UBS) selecionadas nas duas regiões. Através de um delineamento transversal foram realizadas entrevistas individuais, domiciliares, com questionários estruturados, abordando questões relevantes para o estudo em amostra independente de adultos.

A amostra populacional foi localizada na área de abrangência da UBS, que foi o ponto inicial para a coleta de dados. Todos os domicílios do percurso seguido a partir da UBS até os limites da área foram visitados em busca dos indivíduos elegíveis de acordo com o grupo populacional.

Utilizando abordagem epidemiológica foi investigado o acesso a medicamentos na população de adultos.

6. CONTROLE DE QUALIDADE

Durante todo o processo de elaboração do projeto, várias medidas foram tomadas com a finalidade de padronizar a forma de coleta dos dados e garantir a veracidade das informações coletadas. Algumas dessas medidas foram anteriores a realização do trabalho de campo, como o treinamento prévio dos supervisores; a confecção de um criterioso manual de instruções para a aplicação do questionário padronizado e pré-testado; a realização de um piloto para testar a logística e orientar o trabalho dos supervisores no campo.

Outros procedimentos foram realizados concomitantemente ao trabalho de campo. Como exemplo destes, podemos citar a supervisão do trabalho de campo mediante visitas por parte dos coordenadores do estudo em alguns municípios; reuniões periódicas com os supervisores para assegurar o cumprimento da metodologia e logística estabelecida para a coleta dos dados; contato regular com os municípios e Unidades Básicas de Saúde.

Houve nesta pesquisa, entretanto, um desafio logístico em realizar o controle de qualidade devido à dimensão do programa, o qual envolve 41 municípios distribuídos em sete estados do país, situados nas regiões sul e nordeste. Assim, devido à dificuldade de visitar as residências, o controle de qualidade deste estudo foi realizado por telefone, mediante aplicação de questionários reduzidos em 5% da amostra.

Na ausência de telefone móvel ou residencial, a tentativa de contato foi feita por um telefone próximo à residência. Isto significa que, não existindo a possibilidade de contato telefônico com a pessoa sorteada, uma busca pelo endereço ou via UBS respectiva, foi realizada na tentativa de localizar e coletar os dados do entrevistado, não havendo substituição do mesmo.

Embora houvesse obstáculos visíveis na localização por telefone, estes foram superáveis e não se mostraram significativos na amostra final da pesquisa. Todas as atividades do controle de qualidade foram supervisionadas diariamente por um dos membros da equipe.

7. PROCESSAMENTO E ANÁLISES DOS DADOS

Os questionários foram revisados e posteriormente codificados por uma equipe especialmente treinada para este fim. Os dados obtidos através das diferentes abordagens foram articulados em uma única base de dados utilizando-se os programas estatísticos Epi Info versão 6.04 e Stata versão 12. Posteriormente, procedeu-se as análises de consistência dos dados. Para este estudo foram utilizados apenas os dados dos indivíduos que receberam prescrição de medicamentos.

O estudo avaliou o acesso a medicamentos receitados na última consulta médica nos últimos 30 dias abordando o status da variável acesso por meio de dois denominadores distintos:

- 1- Utilizando como denominador o número de indivíduos para a análise das prevalências de acesso (adultos que não deixaram de utilizar seus medicamentos no último mês) e acesso gratuito (adultos que receberam seus medicamentos gratuitamente independente do local de obtenção) e acesso gratuito na UBS da área de abrangência (adultos que receberam medicamento gratuitamente por meio da UBS da área). O acesso a medicamentos foi categorizado em: acesso total (o indivíduo obteve todos os medicamentos prescritos); parcial (obteve apenas alguns dos medicamentos prescritos) e nenhum acesso e foi estratificado segundo região (Sul/Nordeste) e modelo de atenção (PSF/ Tradicional).
- 2- A outra forma de avaliação do acesso e acesso gratuito utilizou o total de medicamentos prescritos como denominador. Classificou-se cada medicação segundo a sua inclusão na RENAME 2002 e atual 2012; na lista de genéricos 2005 e atual 2012; no PFPB (Rede própria e conveniada “Aqui tem Farmácia Popular”) vigente e em grupos farmacológicos segundo a Anatomical Therapeutic Chemical Classification System (ATC) considerando-se até o segundo nível de classificação: grupo anatômico principal e grupo terapêutico

principal). os medicamentos foram identificados e padronizados segundo o Dicionário de Especialidades Farmacêuticas (DEF).

Análise descritiva caracterizou os adultos quanto as variáveis demográficas – sexo, idade (anos completos), cor da pele (observada e classificada em branca e não branca) e situação conjugal (solteiro/sem companheiro e casado/com companheiro) – e as socioeconômicas – escolaridade (anos completos de estudo), renda familiar (renda dos moradores do domicílio no último mês medida de forma contínua e categorizada em número de salários mínimos nacionais na época do estudo) e classe econômica (cinco categorias conforme escore da Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa – ABEP) Os indicadores da condição de saúde e da utilização de serviços de saúde, caracterizou os adultos em relação à autopercepção de saúde (excelente, muito boa, boa, regular e ruim); local da última consulta médica realizada nos 30 dias anteriores a entrevista (posto de saúde de abrangência, outro posto de saúde, pronto – socorro, ambulatório Hospital/Faculdade Sindicato/Empresa, consultório médico por convênio ou plano de saúde, consultório médico particular, Centro de Atenção Psicossocial – CAPS), especialidade do médico, dias decorridos desta consulta e número de medicamentos prescritos nesta consulta (um, dois, três ou mais). Foi investigado, ainda, o modelo de atenção da UBS da área de abrangência do entrevistado (PSF ou tradicional).

Utilizou-se o teste do qui-quadrado para heterogeneidade de proporções na comparação das prevalências de acesso total, gratuito e gratuito na UBS da área conforme modelo de atenção e região, bem como, na avaliação das diferentes formas de acesso a medicamentos conforme os indicadores avaliados. Comparou-se a proporção de medicamentos presentes nas listas avaliadas segundo o acesso e forma de acesso.

8. RESULTADOS

As tabelas e gráficos, apresentados a seguir, demonstram os principais resultados encontrados neste estudo, após processamento e análise dos dados.

Tabela 1 - Descrição da amostra de adultos (n=450) residentes na área de abrangência de unidades básicas de saúde (UBS) das regiões Sul e Nordeste do Brasil, que receberam prescrição de medicamentos, conforme as variáveis estudadas. Projeto de Expansão e Consolidação Saúde da Família (PROESF), Brasil, 2005.

Variável	Geral		Sul ^a		Nordeste ^b		Valor p ^c
	n	%	n	%	n	%	
Total	450	100,0	250	55,5	200	44,4	
Sexo							0,373
Masculino	152	33,8	80	32,0	72	36,0	
Feminino	298	66,2	170	68,0	128	64,0	
Idade (anos)							0,453
30-45	234	52,0	124	49,6	110	55,0	
46-55	127	28,2	76	30,4	51	25,5	
56-64	89	19,8	50	20,0	39	19,5	
Cor da pele							<0,001
Branca	309	69,3	205	82,3	104	52,8	
Não Branca	137	30,7	44	17,7	93	47,2	
Situação Conjugal							0,509
Solteiro ou sem companheiro (a)	124	27,6	72	28,8	52	26,0	
Casado ou vive com companheiro (a)	326	72,4	178	71,2	148	74,0	
Escolaridade (anos de estudo)							0,001
Nenhuma	70	15,7	27	10,8	43	21,8	
1 - 4	110	24,6	65	26,0	45	22,8	
5 - 8	153	34,2	101	40,4	52	26,4	
9 ou +	114	25,5	57	22,8	57	28,9	
Renda Familiar Mensal^d							0,003
Até 2 SM	183	40,7	86	34,4	97	48,5	
+2 a 4 SM	141	31,3	80	32,0	61	30,5	
+ 4 SM	126	28,0	84	33,6	42	21,0	
Classe Econômica							<0,001
A, B, C	171	40,0	110	46,0	61	32,3	
D	149	34,8	86	36,0	63	33,3	
E	108	25,2	43	18,0	65	34,4	
Autopercepção de saúde							0,065
Excelente, muito boa, boa	184	41,0	112	44,8	72	36,2	
Ruim, regular	265	59,0	138	55,2	127	63,8	
Local da última consulta médica							0,212
Posto de saúde de abrangência	174	38,8	88	35,5	86	43,0	
Outro posto de saúde	66	14,7	42	16,9	24	12,0	
Consultório médico por convênio, plano ou particular	117	26,2	63	25,4	54	27,0	
Outros ^e	91	20,3	55	22,2	36	18,0	
Especialidade do médico							0,233
Clínica Geral	269	60,0	148	59,4	121	60,8	
Ginecologia/Obstetria	38	8,5	17	6,8	21	10,6	
Ortopedia/Traumatologia	35	7,8	24	9,6	11	5,5	
Data última consulta médica (dias)							0,131
Últimos 7 dias	160	35,7	98	39,5	62	31,0	
+7 até 15 dias	127	28,4	63	25,4	64	32,0	
+15 até 30 dias	161	35,9	87	35,1	74	37,0	
Número de medicamentos prescritos							0,590
1	296	65,8	161	64,4	135	67,5	
2	121	26,9	68	27,2	53	26,5	
3 ou +	33	7,3	21	8,4	12	6,0	
UBS da área de abrangência							0,048
Tradicional	155	34,4	96	38,4	59	29,5	
Programa Saúde da Família	295	65,6	154	61,6	141	70,5	

a: O número máximo de valores ignorados foi de 11 para Classe Econômica.

b: O número máximo de valores ignorados foi de 11 para Classe Econômica.

c: Valor p do teste do qui-quadrado para heterogeneidade de proporções.

d: SM= salário mínimo nacional na época do estudo=R\$260,00.

e: Pronto socorro, Ambulatório do hospital, Faculdade, Sindicato, CAPS.

Tabela 2 – Características do acesso a medicamentos prescritos na última consulta médica em população residente na área de abrangência de Unidades Básicas de Saúde (UBS) das regiões Sul (n=250) e Nordeste (n=200) do Brasil, geral e conforme modelo de atenção básica Tradicional ou Programa Saúde da Família (PSF). Projeto de Expansão e Consolidação do Programa Saúde da Família (PROESF), Brasil, 2005.

Acesso	Região Sul				Região Nordeste				
	Geral %	Área com UBS/Tradicional %	Área com UBS/PSF %	Valor p* Modelo de Atenção	Geral %	Área com UBS/Tradicional %	Área com UBS/PSF %	Valor p* Modelo de Atenção	Valor p* entre regiões
Acesso	n=250	n=96	n=154	0,258	n=200	n=59	n=141	0,747	0,007
Total	83,2	80,2	85,1		71,0	72,9	70,2		
Parcial	3,2	2,1	3,9		4,0	5,1	3,6		
Nenhum	13,6	17,7	11,0		25,0	22,0	26,2		
Acesso Gratuito	n=216	n=79	n=137	0,213	n=150	n=46	n=104	0,300	0,994
Total	36,6	29,1	40,9		36,7	28,3	40,4		
Parcial	5,1	5,1	5,1		5,3	4,4	5,8		
Nenhum	58,3	65,8	54,0		58,0	67,4	53,9		
Acesso Gratuito na UBS da área de abrangência	n=216	n=79	n=137	0,046	n=150	n=46	n=104	0,014	0,797
Total	19,9	11,4	24,8		22,7	8,7	28,9		
Parcial	4,6	3,8	5,1		4,0	2,2	4,8		
Nenhum	75,5	84,8	70,1		73,3	89,1	66,4		

* Teste do qui-quadrado para heterogeneidade de proporções.

Tabela 3- Características do acesso e forma de acesso dos medicamentos prescritos na última consulta médica (n=658) aos adultos residentes na área de abrangência de Unidades Básicas de Saúde (UBS) da região Sul (n=374) e Nordeste (n=284) do Brasil, segundo as variáveis investigadas. Projeto de Expansão e Consolidação do Programa Saúde da Família (PROESF), Brasil, 2005.

Variável	Total	Acesso	Forma de acesso ^d		
			Pago	Gratuito	
			%	UBS área	Outro local
	n	%	%	%	%
REGIÃO SUL					
Medicamentos prescritos para 250 adultos	374	84,2	62,2	19,7	18,1
RENAME 2002 ^a				<i>p<0,001</i> [#]	
Sim	189	87,3	50,9	27,3	21,8
Não	185	81,1	74,7	11,3	14,0
Política de Medicamentos Genéricos 2005 ^b					
Sim	258	86,1	58,6	22,1	19,4
Não	116	80,2	71,0	14,0	15,1
Grupos Farmacológicos^c					
A - Trato alimentar e metabolismo	46	91,3	73,8	9,5	16,7
B - Sangue e órgãos formadores de sangue	17	88,2	66,7	6,7	26,7
C - Sistema cardiovascular	13	76,9	90,0	-	10,0
D - Dermatológicos	16	93,8	73,3	13,3	13,3
G - Sistema geniturinário e hormônios sexuais	5	80,0	50,0	25,0	25,0
H - Preparados hormonais sistêmicos, exceto hormônios sexuais	6	100,0	83,3	16,7	-
J - Antiinfeciosos para uso sistêmico	54	87,0	44,7	38,3	17,0
M - Sistema músculoesquelético	83	81,9	67,7	11,8	20,6
N - Sistema nervoso	79	87,3	58,0	21,7	20,3
P - Produtos antiparasitários, inseticidas e repelentes	1	-	-	-	-
R - Sistema respiratório	16	75,0	50,0	41,7	8,3
OUTROS (L, S, V)	38	71,1	55,6	25,9	18,5
REGIÃO NORDESTE					
Medicamentos prescritos para 200 adultos	284	72,9	58,5	25,6	15,9
RENAME 2002 ^a				<i>p<0,001</i> [#]	
Sim	164	76,2	48,8	35,2	16,0
Não	120	68,3	73,2	11,0	15,9
Política de Medicamentos Genéricos 2005 ^b					
Sim	185	74,1	56,9	29,2	13,9
Não	99	70,7	61,4	18,6	20,0
Grupos Farmacológicos^c					
A - Trato alimentar e metabolismo	36	72,2	50,0	26,9	23,1
B - Sangue e órgãos formadores de sangue	10	80,0	50,0	12,5	37,5
C - Sistema cardiovascular	8	50,0	75,0	-	25,0
D - Dermatológicos	15	80,0	66,7	8,3	25,0
G - Sistema geniturinário e hormônios sexuais	9	77,8	57,1	42,9	-
H - Preparados hormonais sistêmicos, exceto hormônios sexuais	7	100,0	85,7	14,3	-
J - Antiinfeciosos para uso sistêmico	51	82,4	45,2	35,7	19,1
M - Sistema músculoesquelético	30	76,7	82,6	8,7	8,7
N - Sistema nervoso	48	68,8	60,6	24,2	15,2
P - Produtos antiparasitários, inseticidas e repelentes	14	71,4	30,0	60,0	10,0
R - Sistema respiratório	16	75,0	50,0	41,7	8,3
OUTROS (L, S, V)	40	57,5	69,6	17,4	13,0

a - Relação Nacional de Medicamentos Essenciais de 2002, vigente na época do estudo.

b - Referente à lista de medicamentos genéricos registrados até 2005, época da coleta dos dados.

c - Classificados segundo nível 1 e 2 da *Anatomical Therapeutic Chemical Classification System* (ATC).

d - O denominador da variável "forma de acesso" inclui somente quem teve acesso.

Valor p do teste do qui-quadrado para heterogeneidade de proporções na associação da variável RENAME e forma de acesso.

Tabela 4 - Descrição dos medicamentos prescritos na última consulta médica, conforme a *Anatomical Therapeutical Chemical Index (ATC)*. Projeto de Expansão e Consolidação do Programa Saúde da Família (PROESF), Brasil, 2005.

Medicamentos	n	%
A - Trato alimentar e metabolismo	82	12,4
A02 - Medicamentos para distúrbios relacionados à acidez	35	5,3
A03 - Medicamentos para distúrbios gastrintestinais funcionais	10	1,5
A07 - Antidiarreicos	17	3,3
A11 - Vitaminas	14	2,2
Outros (A08, A09, A12)	6	0,9
B - Sangue e órgãos formadores de sangue	27	4,1
B01 - Agentes antitrombóticos	9	1,4
Outros (B03, B05)	18	2,7
C - Sistema cardiovascular	21	3,1
C01 - Terapia cardíaca	2	0,3
C07 - Agentes beta-bloqueadores	6	0,9
C09 - Agentes que atuam sobre o sistema renina-angiotensina	4	0,6
C10 - Antilipêmicos	3	0,4
Outros (C02, C03)	6	0,9
D - Dermatológicos	31	4,7
D01 - Antifúngicos para uso dermatológico	20	3,0
Outros (D06, D07, D08, D10)	11	1,7
G - Sistema geniturinário e hormônios sexuais	14	2,2
G03 - Hormônios sexuais e moduladores do sistema genital	7	1,1
Outros (G01, G02, G04)	7	1,1
H - Preparados hormonais sistêmicos, exceto hormônios sexuais	13	2,0
H02 - Corticosteróides para uso sistêmico	9	1,4
H03 - Terápicos tireoidianos	4	0,6
J - Anti-infecciosos para uso sistêmico	105	16,0
J01 - Antibacterianos para uso sistêmico	92	14,0
Outros (J02, J04, J05, J06)	13	2,0
M - Sistema musculoesquelético	113	17,2
M01 - Produtos anti-inflamatórios e antirreumáticos	99	15,0
Outros (M03, M04)	14	2,2
N - Sistema Nervoso	127	19,2
N02 - Analgésicos	18	2,7
N05 - Psicolépticos	80	12,1
N06 - Psicoanalépticos	12	1,8
Outros (N01, N03, N04, N07)	17	2,6
P - Produtos antiparasitários, inseticidas e repelentes	15	2,3
P01, P02, P03	15	2,3
R - Sistema respiratório	32	4,9
R03 - Medicamentos para doenças obstrutivas das vias respiratórias	19	2,9
Outros (R05, R06)	13	2,0
OUTROS (L, S, V)	78	11,9
TOTAL	658	100

Tabela 5 – Proporção de medicamentos presentes nas políticas e no programa avaliados segundo o acesso e forma de acesso (n=658). Projeto de Expansão e Consolidação Saúde da Família (PROESF), Brasil, 2005.

MEDICAMENTOS	RENAME 2002		RENAME 2012**		GENÉRICOS 2005		GENÉRICOS 2012**		PFPB 2012**	
	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não
Acesso*	<i>p=0,054</i>		<i>p=0,306</i>		<i>p=0,121</i>		<i>p=0,039</i>		<i>p=0,884</i>	
Teve acesso (n=522)	55,6	44,4	53,5	46,6	68,8	31,2	74,3	25,7	49,2	50,8
Não teve acesso (n=136)	46,3	53,7	48,5	51,5	61,8	38,2	65,4	34,6	48,5	51,5
Forma de acesso*	<i>p<0,001</i>		<i>p<0,001</i>		<i>p=0,053</i>		<i>p=0,048</i>		<i>p<0,001</i>	
Pago (n=317)	45,7	54,3	45,1	54,9	65,6	34,4	71,3	28,7	41,6	58,4
Gratuito (n=205)	70,7	29,3	66,3	33,7	73,7	26,3	79,0	21,0	61,0	39,0

RENAME= Relação Nacional de Medicamentos Essenciais.

GENÉRICOS= medicamentos genéricos registrados na Agência Nacional de Vigilância Sanitária.

PFPB= Programa Farmácia Popular do Brasil.

* Teste do qui-quadrado para heterogeneidade de proporções.

**Proporção de medicamentos prescritos na época do estudo que atualmente estão presentes nessas políticas e programa, segundo o acesso e forma de acesso.

9. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

BRASIL, Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, Departamento de Atenção Básica, Gerência Técnica de Assistência Farmacêutica. **Relação Nacional de Medicamentos Essenciais - Rename** 3ed. Brasília: MS; 2002.

BRASIL. **Lista de Medicamentos Genéricos registrados por ordem de medicamento de referência.** Atualizada até D.O.U de 18/09/2005. Brasília: ANVISA; 2005.

BRASIL. **Lista de Medicamentos Genéricos registrados por ordem de medicamento na ANVISA classificada em ordem alfabética.** Atualizada até D.O.U de 30/03/2012. Brasília: ANVISA; 2012.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria n 184 de 3 fevereiro de 2011. **Dispõe sobre o Programa Farmácia Popular do Brasil.** Brasília, DF: D.O.U 4 de fevereiro de 2011. 2011.

DEF. **Dicionário de Especialidades Farmacêuticas 2004-2005.** 33ª ed. Rio de Janeiro: Publicações Científicas; 2005.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE. **Censo demográfico 2000.**

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria n.º 533 de 28 de março de 2012. **Estabelece o elenco de medicamentos e insumos da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS):** Diário Oficial da União; 2012; 29 mar.

WHO. **Therapeutic Chemical (ATC) classification index with Defined Daily Doses (DDD's)** Oslo: WHO, 2004. Disponível em: <
http://www.whooc.no/filearchive/publications/1_2013guidelines.pdf. >.

ARTIGO CIENTÍFICO

**ACESSO A MEDICAMENTOS PRESCRITOS
AOS ADULTOS DAS REGIÕES SUL E NORDESTE DO BRASIL**

**ACCESS TO MEDICINES PRESCRIBED TO THE ADULTS IN SOUTH
AND NORTHEAST BRAZIL**

Isabel Carolina Coelho Flores Cechin¹; Anaclaudia Gastal Fassa²; Luiz Augusto Facchini²; Andréa Dâmaso Bertoldi³; Roberto Xavier Piccini³; Elaine Tomasi²; Elaine Thumé⁴; Denise Silva da Silveira³; Vera Maria Vieira Paniz¹

¹Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, Universidade do Vale do Rio dos Sinos.

²Depto. de Medicina Social, Programa de Pós-graduação em Epidemiologia, Universidade Federal de Pelotas

³Depto. de Medicina Social, Universidade Federal de Pelotas

⁴Depto. de Enfermagem, Faculdade de Enfermagem e Obstetrícia, Universidade Federal de Pelotas

Correspondência:

Vera Maria Vieira Paniz.

Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva

Universidade do Vale do Rio dos Sinos - Unisinos

Av. Unisinos, 950, Cristo Rei, São Leopoldo, RS, Brasil - CEP 93022-000.

Telefone: (51) 35908752 Ramal: 1285 Fax: (51) 35908479

Email: vpvieira@terra.com.br

Resumo

Trata-se de estudo transversal no âmbito do Projeto de Expansão e Consolidação do Saúde da Família, 2005, com o objetivo de avaliar a prevalência de acesso total e gratuito a medicamentos prescritos na última consulta médica e estimar o quanto esse acesso pode ter melhorado com a inclusão dos medicamentos em políticas e programas vigentes. A amostra incluiu 4060 adultos residentes na área das Unidades Básicas de Saúde de 41 municípios do Sul e Nordeste do Brasil. O acesso foi maior no Sul (83,2%) que no Nordeste (71,0%) e o acesso gratuito foi semelhante (36,0%) com maior participação do PSF em relação ao modelo tradicional especialmente no Nordeste. Cerca de 60% dos medicamentos prescritos e 50% dos presentes na Relação de Medicamentos Essenciais (RENAME) foram pagos. Nenhuma variação foi observada na proporção de medicamentos presentes na RENAME vigente e acesso. Contudo, 40% dos medicamentos que foram pagos podem atualmente ser obtidos por meio do Programa Farmácia Popular. Este programa parece surgir como uma nova forma de garantir o acesso a medicamentos prescritos no sistema de saúde.

Palavras-chave: Uso de medicamentos; Prescrição de Medicamentos; Acesso aos Serviços de Saúde; Assistência Farmacêutica; Farmacoepidemiologia.

Abstract

A cross-sectional study was developed under the Project for the Expansion and Consolidation of the Family Health Program, 2005, and aimed to evaluate the prevalence of access and free access to medicines prescribed on the last appointment and estimate how much this access may have improved with the inclusion of medicines in current policies and programs. The sample included 4,060 adults people living in Primary Care Unit coverage areas from 41 Southern and Northeastern Brazilian cities. Access was higher in the South (83.2%) than in the Northeast (71.0%) and free access was similar (36.0%) with the largest share of the Family Health Program over the traditional model especially in the Northeast. Around 60% of prescribed medicines and 50% included in the National Essential Medicines List (RENAME) were paid out of pocket. No variation was observed in the proportion of drug present in the current RENAME and access. However, 40% of the drugs that have been paid can be currently obtained by the Popular Pharmacy Program. This program seems to emerge as a new way to ensure access to prescription drugs in the health system.

Keywords: Drug Utilization; Drug Prescriptions; Health Services Accessibility; Pharmaceutical Services; Pharmacoepidemiology.

Introdução

O acesso a cuidados em saúde é um direito humano fundamental plenamente garantido pela Constituição Federal¹. A instituição do Sistema Único de Saúde (SUS) pela Lei Orgânica da Saúde², está apoiado nos princípios de universalidade, equidade e integralidade das ações e serviços de saúde. O artigo 6º da Lei nº 8.080² assegura o provimento da assistência terapêutica integral, incluindo a Assistência Farmacêutica (AF) e entre as ações, a formulação de uma política de medicamentos. Nesse sentido, a Política Nacional de Medicamentos (PNM)³ e a Política Nacional de Assistência Farmacêutica (PNAF)⁴ tem como propósitos garantir o acesso a medicamentos essenciais e a promoção do uso racional.

A literatura revela que mais da metade das consultas médicas resulta em prescrição de medicamentos^{5,6}, que muitas vezes não são utilizados por falta de acesso. Do ponto de vista do indivíduo, a falta de acesso pode agravar o estado de saúde, gerando gastos adicionais nos tratamentos⁷. Para o sistema de saúde, diminui a efetividade do atendimento prestado e gera aumento dos gastos com internações.

Nas últimas décadas a questão dos medicamentos tem adquirido centralidade na agenda nacional, resultando em elevados investimentos na compra de medicamentos e na regulamentação de ações com o intuito de viabilizar, de forma gratuita ou a um custo reduzido, a terapêutica medicamentosa para a população que deles necessita. Alinhando-se aos objetivos da Política Nacional de Medicamentos (PNM), e buscando diminuir o impacto dos gastos com medicamentos no orçamento familiar, iniciativas governamentais têm sido realizadas e programas vêm sendo implementados em escala nacional. Como exemplo, a Política de Medicamentos Genéricos⁸, implantada em 1999 com o objetivo de estimular a variedade da oferta de medicamentos e reduzir os preços, tem atualmente uma ampla lista de medicamentos registrados. Como uma das prioridades da PNM, a revisão permanente da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) passou em 2012⁹ da média de 350 fármacos presentes nas listas anteriores, para 810. Ainda, o Programa Farmácia Popular do Brasil (PFPPB) iniciado em 2004¹⁰ com 27 unidades e expandido em 2006¹¹, comercializa cerca de 110 itens de forma gratuita ou a baixo custo (copagamento) em cerca de 500 farmácias populares¹² e mais de 20 mil unidades conveniadas da rede público-privada contempla, dentre outros aspectos, a universalização do acesso aos medicamentos para usuárias ou não de serviços públicos de saúde.

Entretanto, a despeito de todos os avanços no âmbito da PNAF do SUS, existe um gasto direto expressivo com a aquisição de medicamentos pela população. A última Pesquisa de Orçamentos Familiares¹³ revelou que a despesa média mensal das famílias brasileiras com

saúde é de R\$ 153,81, sendo quase metade gasta com remédios (48,6%). O aumento nesse tipo de despesa foi puxado por regiões como o Sul, que passou de 6,6% para 7% no período.

Portanto, sendo o medicamento uma das principais estratégias utilizadas nas ações de recuperação da saúde e na necessidade de avaliar a resolutividade dessas ações envolvendo o acesso a medicamentos, somado ao aumento dos gastos diretos com medicamentos nos últimos anos, torna-se relevante avaliar o impacto dessas medidas anteriormente descritas no acesso a medicamentos para tratar problemas agudos de saúde. Assim, o presente estudo, realizado no âmbito do Projeto de Expansão e Consolidação do Saúde da Família (PROESF), 2005, tem como objetivo principal avaliar o acesso total e gratuito a medicamentos prescritos na última consulta médica em adultos residentes na área de abrangência de UBS das regiões Sul e Nordeste do Brasil, e, adicionalmente, estimar o quanto esse acesso pode ter melhorado com a inclusão dos medicamentos em políticas e programas vigentes. Os resultados desta pesquisa podem revelar se as estratégias, voltadas à universalização do acesso da população aos medicamentos essenciais, estão atendendo às diretrizes das políticas públicas de medicamentos, no que diz respeito ao acesso.

Metodologia

Trata-se de um estudo transversal desenvolvido com dados oriundos do Estudo de Linha de Base (ELB) do Projeto de Expansão e Consolidação do Saúde da Família (PROESF), incluindo 41 municípios com mais de 100 mil habitantes dos estados do Rio Grande do Sul e Santa Catarina, na região Sul, e Alagoas, Paraíba, Pernambuco, Piauí e Rio Grande do Norte, na região Nordeste do Brasil^{14,15}. O inquérito foi realizado entre março e agosto de 2005 e contemplou uma amostra de 4060 adultos com 30 a 64 anos, não institucionalizados, residentes na área de abrangência das UBS, com capacidade de responder o questionário. Foram incluídos no presente estudo os adultos que receberam prescrição de medicamentos na última consulta médica nos 30 dias anteriores a entrevista. Consideraram-se apenas as prescrições de medicamentos para algum problema de saúde ocorrido no último mês, excluindo-se assim, as consultas médicas realizadas para a obtenção de receita de medicamento de uso contínuo, já analisadas em outras publicações^{16, 17}.

Realizou-se um processo de amostragem em múltiplos estágios, onde a unidade amostral primária eram as UBS, sorteadas com probabilidade proporcional à capacidade instalada da rede básica urbana dos municípios investigados. Sorteou-se aleatoriamente uma amostra estratificada de 120 UBS por região, segundo modelo assistencial, totalizando 240

UBS¹⁵. A seleção dos indivíduos foi feita de forma sistemática e independente, tendo como ponto inicial a UBS. A área de abrangência de cada UBS sorteada era percorrida, visitando domicílios consecutivos e intercalando a entrevista dos adultos com a dos outros três grupos populacionais avaliados pelo PROESF, incluindo um único indivíduo em cada domicílio, alternando o sexo. Nos domicílios em que residiam dois adultos, o elegível era o mais velho. A descrição detalhada do desenho deste estudo pode ser encontrada em outras publicações¹⁵⁻¹⁷.

As informações foram obtidas por entrevistas domiciliares, realizadas por entrevistadores treinados e supervisionados utilizando-se questionário estruturado, padronizado e pré-testado. O controle de qualidade das entrevistas foi realizado em amostra aleatória de 6% dos participantes, por meio de re-entrevista telefônica aplicando-se questionário reduzido, e a análise de concordância obtida pelo índice Kappa¹⁸ apresentou boa repetibilidade.

A amostra do presente estudo foi caracterizada quanto as variáveis demográficas – sexo, idade (anos completos), cor da pele (observada e classificada em branca e não branca) e situação conjugal (solteiro/sem companheiro e casado/com companheiro) – e as socioeconômicas – escolaridade (anos completos de estudo), renda familiar (renda dos moradores do domicílio no último mês medida de forma contínua e categorizada em número de salários mínimos nacionais na época do estudo – R\$ 260,00) e classe econômica (cinco categorias conforme escore da Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa – ABEP)¹⁹. Quanto aos indicadores da condição de saúde e da utilização de serviços de saúde, caracterizou-se os adultos em relação à autopercepção de saúde (excelente, muito boa, boa, regular e ruim); local da última consulta médica realizada nos 30 dias anteriores a entrevista (posto de saúde de abrangência, outro posto de saúde, pronto-socorro, ambulatório do Hospital/Faculdade/Sindicato/Empresa, consultório médico por convênio ou plano de saúde, consultório médico particular, Centro de Atenção Psicossocial – CAPS), especialidade do médico, dias decorridos desta consulta e número de medicamentos prescritos nesta consulta (um, dois, três ou mais). Foi investigado, ainda, o modelo de atenção da UBS da área de abrangência do entrevistado (PSF ou tradicional).

O acesso foi avaliado entre os adultos que responderam “sim” para as questões sobre ter consultado um médico nos últimos 30 dias e ter recebido prescrição de medicamentos na última consulta. Para estes, solicitava-se a apresentação da receita, embalagem e/ou bula e, para cada medicamento prescrito, questionava-se sobre o acesso por meio da pergunta: “O (a) Sr.(a) deixou de usar o(a) <nome do medicamento> que precisava?”. Para aqueles que não deixaram de usar o que foi prescrito, investigava-se a forma de acesso (gratuito ou não), bem como o local da obtenção gratuita, com a questão: “O (a) Sr.(a) conseguiu o(a) <nome do

medicamento > *de graça?*” com as alternativas: não conseguiu; sim, posto de saúde de abrangência; sim, outro posto; sim, farmácia do SUS; sim, outro modo. Para cada medicamento que os entrevistados não tiveram acesso foi investigado o motivo mediante a pergunta: “*Porque não usou o (a) <nome do medicamento>?*” cujas opções eram: não quis, esqueceu; não tinha no posto de abrangência; não podia pagar; não tinha em outro posto, farmácia do SUS; receita vencida; outro motivo.

Utilizaram-se duas formas de análise dos dados. Inicialmente utilizou-se como denominador o total de adultos para a análise das prevalências de acesso (adultos que não deixaram de utilizar o medicamento prescrito), acesso gratuito (adultos que receberam o medicamento de graça independente do local de obtenção) e acesso gratuito na UBS da área de abrangência (adultos que receberam o medicamento gratuitamente por meio da UBS da área). O acesso foi categorizado em: total (o indivíduo obteve todos os medicamentos prescritos); parcial (obteve apenas alguns dos medicamentos prescritos) e nenhum acesso e foi estratificado segundo região investigada (Sul/Nordeste) e modelo de atenção (PSF/ Tradicional).

Posteriormente utilizou-se o total de medicamentos prescritos como denominador e classificou-se cada medicamento segundo a sua inclusão na RENAME 2002²⁰ (vigente na época da coleta dos dados) e atual - RENAME 2012⁹; na lista de genéricos 2005²¹ (vigente na época da coleta dos dados) e atual - 2012²²; no PFPB (rede própria e conveniada - “Aqui tem Farmácia Popular”)²³ vigente e em grupos farmacológicos segundo a *Anatomical Therapeutic Chemical Classification System* (ATC)²⁴ considerando-se até o segundo nível de classificação: grupo anatômico principal e grupo terapêutico principal. Todos os medicamentos foram identificados e padronizados segundo o Dicionário de Especialidades Farmacêuticas (DEF)²⁵.

A análise descritiva caracterizou os adultos conforme as variáveis demográficas, socioeconômicas, de saúde, de utilização de serviços de saúde e modelo de atenção segundo as regiões investigadas, como também, os medicamentos segundo as classificações propostas. Utilizou-se o teste do qui-quadrado para heterogeneidade de proporções na comparação das prevalências de acesso total, gratuito e gratuito na UBS da área conforme modelo de atenção e região, bem como, na avaliação das diferentes formas de acesso a medicamentos conforme os indicadores avaliados. Por fim, comparou-se a proporção de medicamentos presentes nas listas avaliadas segundo o acesso e forma de acesso. Todos os dados foram analisados no programa Stata 9.0²⁶ e o efeito de delineamento amostral foi considerado nas análises.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Pelotas. Os participantes que aceitaram participar forneceram um consentimento livre e esclarecido. Foi garantido o sigilo das informações e destacado o direito da não participação ou suspensão da mesma em qualquer momento.

Resultados

Entre os 4.060 adultos entrevistados, 1136 (28,0%) consultaram um médico nos 30 dias anteriores a entrevista. Destes, 450 (11,1%) receberam prescrição de medicamentos na última consulta e compõem a amostra deste estudo. Foram prescritos 658 medicamentos distribuídos em 181 princípios ativos. A amostra de adultos obtida na região Sul (n=250) e Nordeste (n=200) permitiu estimar, com nível de confiança de 95% para cada região estudada, uma prevalência de acesso a medicamentos prescritos de 80% com margem de erro de $\pm 5,0$ pontos percentuais e uma prevalência de acesso gratuito, e de acesso gratuito na UBS da área, de 35% com margem de erro de $\pm 7,0$ pontos percentuais, considerando um efeito de delineamento de 1,06 para acesso, 1,15 para acesso gratuito e 1,07, acesso gratuito na UBS da área.

A Tabela 1 mostra que a maioria dos adultos investigados era do sexo feminino (66,2%), referiu estar casado ou em união (72,4%), possuía cor da pele branca (82,3% no Sul; 52,8% no Nordeste) e tinha em média 45 anos de idade (desvio padrão – DP =9,6). A média de escolaridade foi baixa (6,0 – DP=4,1) com maior percentual de adultos sem escolaridade no Nordeste do que no Sul (21,8% vs 10,8%). Da mesma forma, o percentual de entrevistados que pertencia ao estrato econômico E no Nordeste foi aproximadamente o dobro em relação ao Sul (34,4% vs 18,0%). Observou-se ainda que a maioria dos adultos percebeu sua saúde como regular ou ruim (59%), realizou sua última consulta médica no último mês em uma UBS (53,5%), foi atendido por um clínico geral (60,0%) e recebeu prescrição de um medicamento (65,8%; média=1,5 DP=0,8). Quanto ao modelo de atenção, 61,6% dos adultos entrevistados no Sul e 70,5% no Nordeste residiam em área de abrangência de UBS com PSF.

A Tabela 2 apresenta as características do acesso a medicamentos prescritos na última consulta médica, na população de adultos (n=450), segundo região investigada e modelo de atenção. Observou-se que a prevalência de acesso a todos os medicamentos prescritos ocorreu de maneira diferente nas duas regiões investigadas, sendo maior no Sul 83,2% (IC95%:78,0-88,4) que no Nordeste 71,0% (IC95%:65,1-76,9). Entretanto, apenas 36,6% (IC95%: 31,3-41,9) dos adultos tiveram acesso gratuito a todos os medicamentos prescritos, sem diferença

significativa entre as regiões. Considerando a participação da UBS da área de abrangência no acesso aos medicamentos, percebe-se que as UBS com modelo de atenção PSF foram responsáveis pela maior proporção de acesso gratuito em relação às UBS com modelo Tradicional, tanto no Sul (24,8% vs 11,4%) quanto no Nordeste (28,9% vs 8,7%), ainda que as prevalências tenham sido baixas.

A Tabela 3 mostra a caracterização do acesso e da forma de acesso dos medicamentos segundo a sua inclusão na RENAME 2002, na lista de medicamentos genéricos 2005 e em grupos farmacológicos para a região Sul (n=374) e para a região Nordeste (n=284). Os adultos não tiveram acesso a 15,8% dos medicamentos prescritos no Sul e 27,1% no Nordeste. Quanto à forma de acesso, a maioria dos medicamentos foi pago pelos adultos tanto no Sul (62,2%) quanto no Nordeste (58,5%), enquanto a UBS da área contribuiu com apenas 19,7% do acesso no Sul e 25,6% no Nordeste. Quando se observa a participação da RENAME no acesso gratuito, nota-se que mesmo fazendo parte dessa lista, metade dos medicamentos foi pago pelos adultos nas duas regiões estudadas. O mesmo ocorreu com os medicamentos que possuíam um genérico disponível, embora não tenha apresentado significância estatística quanto à forma de acesso. Em relação aos grupos farmacológicos, no Sul percebe-se uma maior gratuidade para os medicamentos anti-infecciosos (55,3%), medicamentos do sistema respiratório e do sistema geniturinário (50%) e menor para os do sistema cardiovascular (10%), enquanto para a região Nordeste a obtenção gratuita de medicamentos ocorre mais para os produtos antiparasitários (70%), anti-infecciosos (54,8%), seguidos dos medicamentos para o sistema respiratório, trato alimentar e com ação no sangue e órgãos formadores de sangue (50%). Observou-se, ainda, que para 40% e 60% dos medicamentos não obtidos no Sul e no Nordeste, respectivamente, a indisponibilidade no SUS e a falta de dinheiro para comprá-lo foram os motivos da falta de acesso (dados não demonstrados em tabela).

Na Tabela 4 estão descritos todos os medicamentos prescritos na última consulta médica classificados segundo o grupo anatômico e grupo terapêutico principal. Chama a atenção que o grupo anatômico com maior número de medicamentos prescritos foi o sistema nervoso (19,3%), representado em sua maioria pelos medicamentos psicodélicos (antipsicóticos, ansiolíticos, hipnóticos e sedativos). Em relação ao grupo terapêutico, observou-se que os anti-inflamatórios e antirreumáticos superaram os antibacterianos que aparecem como o segundo grupo mais prescrito na última consulta médica.

A Tabela 5 descreve a proporção de medicamentos incluídos nas listas da RENAME - 2002 e atual (2012), na lista de genéricos disponíveis na época do estudo (2005) e com

registro atual (2012) e na lista do PFPB - 2012, segundo o acesso e a forma de acesso. Em relação ao acesso, observou-se que 74,3% dos medicamentos obtidos em 2005 possuem atualmente um medicamento genérico disponível no mercado brasileiro, sugerindo uma maior participação desta política no acesso a medicamentos que em 2005 (68,8%). Resultado semelhante pode ser verificado em relação à forma de acesso onde somente 20% dos medicamentos obtidos de graça não possuem atualmente um genérico disponível. Em relação ao PFPB verificou-se que 41,6% dos medicamentos pagos na época da pesquisa podem ser obtidos atualmente por meio deste programa na forma de copagamento ou gratuita.

Discussão

Os resultados deste estudo revelam que, embora elevado, o acesso a todos os medicamentos prescritos na última consulta médica foi menor para os adultos da região Nordeste que do Sul, sendo que somente um terço dos adultos obteve todos os medicamentos de forma gratuita. O PSF teve maior participação no acesso gratuito na UBS da área de abrangência que o modelo tradicional, com maior impacto no Nordeste.

Em relação aos medicamentos, observa-se que na região Nordeste a falta de acesso foi aproximadamente o dobro que na região Sul. Quanto à forma de acesso, percebe-se que nas duas regiões estudadas cerca de 60% dos medicamentos foram pagos pelos adultos, sendo uma maior proporção de acesso gratuito verificada na UBS da área no Nordeste que no Sul. Apesar da RENAME ter contribuído para um maior acesso, metade dos medicamentos desta lista foram pagos pelos adultos nas duas regiões. A falta de dinheiro para comprar seguida da indisponibilidade na UBS da área foram os determinantes da falta de acesso aos medicamentos. Entretanto, observou-se que 40% dos medicamentos que foram pagos podem atualmente ser obtidos por meio do PFPB.

No que tange aos aspectos metodológicos, o delineamento transversal utilizado é adequado para estimar a prevalência de desfechos comuns²⁷. A amostra estudada representa a população residente na área de abrangência das UBS das regiões avaliadas, sendo seus achados generalizados para essa população. Quanto ao período investigado, outros estudos também avaliaram o acesso a partir do último atendimento médico^{6, 28} ou consulta nos últimos 15 dias^{5, 29} ou 30 dias³⁰. A estratégia utilizada para minimizar um possível viés de memória foi à solicitação da apresentação da receita, embalagem ou bula do medicamento prescrito, o que também garantiu maior acurácia na coleta do nome dos medicamentos.

Diferentemente de outros estudos^{5, 16, 17, 31}, esta pesquisa amplia a avaliação do acesso ao investigar uma faixa etária específica, adultos de 30 a 64 anos de idade que consultaram por algum problema de saúde no último mês e receberam prescrição de medicamentos, independente do local da consulta, não sendo, portanto, consideradas as consultas realizadas apenas para a obtenção de receita de medicamento de uso contínuo ou automedicação. A abordagem utilizada para medir o desfecho de interesse possibilitou que somente os medicamentos obtidos na quantidade prescrita fossem classificados na categoria acesso, por entender-se que o acesso só se completa pela obtenção de todo o tratamento. Cabe ressaltar, no entanto, que o acesso a medicamentos é difícil de medir, sua definição é complexa³², sofre variações e se confunde ou mesmo se sobrepõe em grande medida às definições de uso racional e de adesão³³, as quais são dependentes da obtenção do medicamento; mas esta, por si só, não garante a adesão ou o uso racional, pois suas definições envolvem além do uso, a observação dos horários, doses, adequação, e outros^{34, 35}. Por outro lado, é importante destacar que a definição de acesso a medicamentos adotada nesta pesquisa foi semelhante à utilizada em outros estudos, permitindo a comparação de resultados^{16, 17, 36}.

A alta prevalência de acesso a medicamentos verificada neste estudo foi semelhante a outros estudos nacionais^{6, 17, 29} mesmo com abordagens distintas e inferior a dois estudos realizados na região Sul que encontraram 95% de acesso aos medicamentos em população coberta pelo PSF³⁶ e idosos³¹. O menor acesso verificado no Nordeste em relação ao Sul também foi semelhante ao encontrado para medicamentos de uso contínuo nestas duas regiões do país¹⁷. Entretanto, no presente estudo, somente um terço dos adultos obteve seus medicamentos de forma gratuita, independente do local de obtenção, sendo este dado inferior ao encontrado para idosos da região Sul (55,1%) e Nordeste (62,4%) em relação ao acesso a medicamentos para tratar problemas crônicos de saúde¹⁶ e a dois outros estudos que investigaram o acesso gratuito por meio do SUS entre idosos (50,3%)³¹ e entre a população que teve prescrição no próprio sistema (45,3%)⁵. A maior prevalência de acesso no Sul que no Nordeste, mas com proporções semelhantes de acesso gratuito nas duas regiões estudadas sugere que essa proporção adicional de acesso na região Sul se deve ao melhor poder aquisitivo desta população em relação ao Nordeste, confirmado também em outros estudos^{5, 17}. A evidente associação entre posição socioeconômica e acesso a medicamentos revela que expressiva parcela da população tem o sistema público de saúde como única alternativa para viabilizar a terapêutica necessária.

Nas duas regiões estudadas, a proporção de adultos que obteve todos os medicamentos gratuitamente na UBS da área de abrangência foi maior no PSF do que no modelo tradicional, sendo ainda maior no Nordeste. A maioria da população coberta pelo PSF possui baixo poder aquisitivo, tornando a disponibilidade de medicamentos gratuitos através do PSF especialmente importante para essa população, uma vez que a obtenção gratuita pode reduzir a carga dos gastos dessas famílias com saúde³⁷.

Considerando o total de medicamentos prescritos observa-se que a falta de acesso foi elevada principalmente no Nordeste, onde cerca de 30% dos medicamentos prescritos não foram obtidos. Estes dados são muito superiores ao encontrado em outros estudos^{16,31,36} em que a falta de acesso foi de aproximadamente 5%. Uma possível explicação para esse achado pode ser a diferença metodológica entre os estudos, quanto ao tipo de medicamento avaliado, população e faixas etárias investigadas. Apesar do estudo de Bertoldi et al.³⁶ também ter investigado população coberta pelo PSF, avaliou medicamentos para problemas agudos e crônicos, prescritos e não prescritos para todas as faixas etárias, enquanto o estudo de Aziz³¹ utilizou os mesmos critérios para estudo de base populacional com idosos, faixa etária esta também investigada em outra publicação¹⁶. No presente estudo, somente foram avaliados os medicamentos receitados para problemas agudos de saúde. Sabe-se que indivíduos acometidos por problemas crônicos tem maior adesão ao tratamento devido ao conhecimento das complicações decorrentes da falta desta, enquanto indivíduos que recebem prescrição de medicamentos para um problema agudo de saúde podem, na indisponibilidade do medicamento no setor público, deixar de buscar obtê-lo de outro modo. Somando-se a isso, o fato de que os programas de fornecimento gratuito de medicamentos implementados no Brasil estão mais voltados para as doenças crônicas do que para problemas agudos de saúde³⁸.

Quanto à forma de acesso, nas duas regiões estudadas o maior acesso foi pago (60%), sendo que a UBS da área do Nordeste contribuiu com proporção maior de acesso gratuito que a região Sul (25,6% vs 19,7%). Estes resultados são bastante distintos dos encontrados na região Sul para a população coberta pelo PSF, que revelou prevalência de 47,6% para o acesso pago a medicamentos de uso agudo e de 41,8% a participação do PSF no fornecimento gratuito destes³⁶. Entretanto, em outro estudo realizado nestas mesmas regiões¹⁶, embora a forma de acesso pago a medicamentos de uso contínuo tenha sido bem menor (cerca de 30%), também foi evidenciada a maior participação da UBS da área no acesso gratuito na região Nordeste que no Sul (60,7% vs 42%). Estes dados corroboram com a hipótese de que o acesso

a medicamentos de uso crônico é facilitado aos usuários das UBS, enquanto uma preocupação menor é evidenciada para os de uso agudo, especialmente em áreas não cobertas pelo PSF.

Em relação à RENAME disponível na época do estudo²⁰, percebeu-se que esta lista de medicamentos essenciais contribuiu para o maior acesso a medicamentos, entretanto, mesmo fazendo parte da lista, 50% dos medicamentos foram pagos pelos adultos nas duas regiões estudadas. Este achado concorda com um estudo que detectou que 60,6% dos medicamentos não dispensados nas UBS pertenciam a RENAME³⁷, indicando uma política de assistência farmacêutica pouco efetiva, que não atende as diretrizes da política de medicamentos³. Contudo, no presente estudo, entre todos os medicamentos prescritos, pouco mais da metade (53,7%) fazia parte da RENAME²⁰ vigente à época do estudo, demonstrando baixa essencialidade e sugerindo falta de adequação das listas municipais (REMUMES) as necessidades da população, ou de outro modo, uma inadequação das prescrições as listas. A falta de adequação da prescrição às listas de medicamentos essenciais tem sido demonstrada em vários estudos, com prevalências variando de 57,7% a 92,7%^{29,37,39-45}. A prescrição de medicamentos fora das listas pode refletir uma cultura de prescrição influenciada pela indústria farmacêutica, falta de conhecimento em relação aos medicamentos disponibilizados pelo SUS, mas também pode revelar uma deficiência na formulação das listas de medicamentos fornecidos³⁷.

Não foram observadas diferenças na forma de acesso a medicamentos segundo a política de genéricos²¹, como também para os distintos grupos farmacológicos. Entretanto, na região Sul percebeu-se maior gratuidade para os medicamentos anti-infecciosos, do sistema respiratório e do geniturinário; enquanto na região Nordeste, para os produtos antiparasitários seguidos dos anti-infecciosos. Diferenças nas prevalências de acesso para grupos farmacológicos entre regiões não são fáceis de explicar: elas poderiam resultar, por exemplo, de diferenças regionais, no tocante ao padrão de busca por atendimento médico. Para estudos realizados na região Sul, dados semelhantes de acesso foram encontrados^{36, 46}.

Em relação ao motivo da falta de acesso ao medicamento, à indisponibilidade no SUS e a falta de dinheiro para comprá-lo tem sido também relatada por outros estudos^{5, 6, 29, 31, 47}.

Este estudo tinha como objetivo adicional estimar a proporção de medicamentos prescritos na época da coleta de dados que atualmente teriam maior probabilidade de acesso ou gratuidade considerando a manutenção do padrão de prescrição e as diferentes formas de financiamento e de organização do acesso a medicamentos por meio de políticas e programas vigentes, especificamente em relação à RENAME⁹, a política de medicamentos genéricos²² e

ao PFPB²³. Percebe-se que em relação ao acesso, a inclusão dos 470 itens na lista de 2012⁹ em relação às anteriores 2002²⁰, nenhuma variação foi observada. Isso se deve provavelmente porque a ampliação da RENAME se deu à custa da inclusão de medicamentos para doenças raras e complexas, vacinas e insumos e não para as necessidades mais prevalentes de saúde da população. A RENAME 2012 possui conceito e composição completamente reformulados em relação às anteriores^{48, 49}. A Portaria MS n° 533 de 28 de março de 2012⁹ a redefine como lista única composta pelos componentes de financiamento da AF (agregando todos os itens de todos os programas e ações do Ministério da Saúde, muitos deles não selecionados com base em evidências), totalizando 810 itens, denominados, pelo texto da Portaria, “essenciais”⁴⁹. A portaria estabelece o elenco de medicamentos e insumos da RENAME, no âmbito do SUS e estrutura em componentes da AF, sendo os medicamentos do Componente Básico da Assistência Farmacêutica – CBAF aqueles utilizados na Atenção Básica. No presente estudo, 52% dos 658 medicamentos prescritos aos 450 adultos estudados estão na lista da RENAME 2012 e, destes, 95,4% constam do CBAF. Assim, pode-se pensar que o padrão de prescrição encontrado na época do estudo ainda corresponde às necessidades básicas da população. Observou-se ainda, que os medicamentos mais prescritos no presente estudo são similares aos encontrados em estudos de utilização de medicamentos mais recentes, sugerindo que o padrão de prescrição para problemas agudos de saúde não sofreu alterações importantes^{50, 51}.

Em relação à política de medicamentos genéricos, era esperado que a adoção da prescrição pelo nome genérico aumentaria a probabilidade de acesso, uma vez que a lista de genéricos registrados em 2005⁸ para 2012²² aumentou significativamente, o que abriria possibilidade de aquisição de medicamentos a preços inferiores do que os medicamentos de referência, acarretando menos gastos tanto para o serviço público de saúde quanto para o consumidor. Entretanto, pesquisa que avaliou a disponibilidade de medicamentos para tratamento de doenças crônicas na forma de referência, similar ou genérica para fornecimento gratuito no setor público observou maior presença dos medicamentos similares em relação aos genéricos no setor público⁵². Outro estudo que identificou o perfil de preços e disponibilidade de medicamentos para os utilizados no tratamento de doenças prevalentes, segundo tipo de provedor, nas cinco regiões do país, evidenciou que no setor público há mais medicamentos similares do que genéricos em todas as regiões. Para a maioria dos medicamentos (71,4%) a disponibilidade de genéricos foi menor que 10%. A disponibilidade percentual média no Nordeste foi de 14,3% e no Sul, 32,1%; enquanto de similares foi de 82,1% no Nordeste e 82,1% no Sul. No setor privado, a média do número de diferentes versões genéricas

encontradas nos pontos de venda foi muito inferior ao número de versões existentes no mercado. O Sul (32,1%) foi à segunda região com o maior número de medicamentos genéricos disponíveis e o Nordeste, a terceira (14,3%)⁵³.

Em relação ao PFPB observa-se que 40,0% dos medicamentos pagos em 2005 poderiam hoje ser obtidos por meio desse programa¹⁰. Destaca-se que esse resultado não possui comparabilidade com os dados anteriores como as demais políticas avaliadas, pois em 2005 esta forma de financiamento era uma iniciativa que estava sendo implementada de maneira gradual em todo Brasil^{10,29}. O PFPB foi lançado como primeira iniciativa federal de copagamento para ampliar o acesso a medicamentos para toda a população, usuária ou não do SUS, tendo como foco a parcela da população que não possui rendimentos suficientes para adquirir e/ou completar um tratamento com medicamentos⁵⁴. Um dos pressupostos do PFPB consiste na diminuição dos gastos com medicamentos, que representam, no orçamento familiar dos setores economicamente menos favorecidos da população, a maior parte dos gastos privados em saúde¹³. Entretanto, estudo que avaliou o desempenho do PFPB perante os setores público e privado, em relação à disponibilidade de medicamentos para hipertensão e diabetes revelou que tanto no setor público quanto no PFPB o percentual de disponibilidade de similares foi maior que o de genéricos⁵⁵, o que aponta para um descompasso entre a política de medicamentos genéricos e a proposta de maior acesso a medicamentos a preços reduzidos no PFPB, criado para levar remédios essenciais a preços até 90% mais baixos à população. Por outro lado, a literatura também aponta para problemas com a provisão descentralizada de medicamentos, principalmente em regiões como o Nordeste, fazendo com que a população usuária do SUS recorra ao PFPB para provisão dos medicamentos que não conseguem obter nas unidades públicas de dispensação⁵⁴. Neste caso, este programa não estaria cumprindo o seu papel de alternativa para o acesso a medicamentos, mas sim, sendo a via principal de acesso, mesmo para aqueles que dependem da provisão pública de medicamentos.

Em face da escassez de estudos sobre acesso a medicamentos e das características metodológicas dos existentes, os resultados desta pesquisa devem ser interpretados a luz dessas diferenças. Entretanto, existem alguns importantes pontos de convergência entre as publicações disponíveis: (a) o acesso a todos os medicamentos ocorre para indivíduos com melhor condição econômica que podem pagar seu tratamento (b) o acesso gratuito para indivíduos que dependem do sistema público de saúde para obtenção de medicamentos ainda é limitado, independente da faixa etária ou condição de saúde avaliada; c) o gasto direto com a aquisição de medicamentos essenciais pela população ainda é expressivo; d) a despeito da

existência de diversos programas de provisão gratuita de medicamentos no âmbito da política de assistência farmacêutica, o SUS ainda não consegue atender satisfatoriamente as demandas por medicamentos prescritos.

Em conclusão, no que diz respeito a medicamentos, a iniquidade em saúde ainda persiste e reforça a necessidade de monitorar as políticas e programas ora existentes para tornar suas ações mais efetivas e assegurar o acesso a medicamentos, principalmente na atenção básica em saúde. Neste sentido, políticas e estratégias voltadas para promover ações que configurem um compromisso do poder público em garantir o acesso a medicamentos são de suma importância.

Referências

1. Brasil, Senado Federal. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília: Senado; 1988.
2. Brasil. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília: Diário Oficial da República Federativa do Brasil; 1990.
3. Brasil, Ministério da Saúde. Portaria GM nº 3.916, 30 de outubro de 1998. Aprova a Política Nacional de Medicamentos. Brasília: Diário Oficial da União; 1998.
4. Brasil, Conselho Nacional de Saúde (CNS). Resolução nº 338, de 6 de maio de 2004. Aprova a Política Nacional de Assistência Farmacêutica. Brasília: CNS; 2004.
5. Boing AC, Bertoldi AD, Boing AF, Bastos JL, Peres KG. [Access to medicines in the public sector: analysis of users of the Brazilian Unified National Health System]. Cad Saúde Pública 2013 Apr;29(4):691-701.
6. Carvalho MF, Pascom ARP, Souza-Júnior PRB, Damacena GN, Szwarcwald CL. Utilization of medicines by the Brazilian population, 2003. Cad Saúde Pública 2005;21:100-8.
7. Arrais PSD, Brito LL, Barreto ML, Coelho HLL. Prevalência e fatores determinantes do consumo de medicamentos no Município de Fortaleza, Ceará, Brasil. Cadernos de Saúde Pública 2005;21:1737-46.
8. Brasil. Lei nº 9787, de 10 de fevereiro de 1999. Altera a Lei nº 6.360 de 23 de setembro de 1976 que dispõe sobre a vigilância sanitária estabelece o medicamento genérico, dispõe sobre a utilização de nomes genéricos em produtos farmacêuticos e dá outras providências. Brasília: Diário Oficial da República Federativa do Brasil; 1999.
9. Ministério da Saúde. Portaria nº 533 de 28 de março de 2012. Estabelece o elenco de medicamentos e insumos da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS): Diário Oficial da União; 2012; 29 mar.
10. Brasil. Decreto nº 5.090 de 20 maio de 2004. Regulamenta a lei nº 10.858, de 13 de abril de 2004, institui o Programa "Farmácia Popular do Brasil", e dá outras providências. Diário Oficial da União 2004; 21 mai.
11. Brasil, Ministério da Saúde. Portaria nº 491, de 9 de março de 2006. Dispõe sobre a expansão do Programa "Farmácia Popular do Brasil": Diário Oficial da União; 2006; 10 mar.
12. Acúrcio FA. Medicamentos - Políticas, Assistência Farmacêutica, Farmacoepidemiologia e Farmacoeconomia 1, editor. Minas Gerais: Coopmed; 2013.

13. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE. Pesquisa de Orçamentos Familiares 2008-2009. Rio de Janeiro 2012.
14. Brasil, Ministério da Saúde. Termo de referência para o estudo de linha de base nos municípios selecionados para o componente 1 do PROESF. Brasília: MS; 2004.
15. Facchini LA, Piccini RX, Tomasi E, Thumé E, Teixeira VA, Silveira DS, et al. [Evaluation of the effectiveness of Primary Health Care in South and Northeast Brazil: methodological contributions]. *Cad Saúde Pública* 2008;24(supl.1):159-72.
16. Paniz VMV, Fassa AG, Facchini LA, Piccini RX, Tomasi E, Thumé E, et al. Free access to hypertension and diabetes medicines among the elderly: a reality yet to be constructed. *Cad Saúde Pública* 2010;26:1163-74.
17. Paniz VMV, Fassa AG, Facchini LA, Bertoldi AD, Piccini RX, Tomasi E, et al. Acesso a medicamentos de uso contínuo em adultos e idosos nas regiões Sul e Nordeste do Brasil. *Cad Saúde Pública* 2008;24:267-80.
18. Landis JR, Koch GG. The measurement of observer agreement for categorical data. *Biometrics* 1977 Mar;33(1):159-74.
19. Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa. Critério de classificação econômica do Brasil. São Paulo 2002.
20. Brasil, Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, Departamento de Atenção Básica, Gerência Técnica de Assistência Farmacêutica. *Relação Nacional de Medicamentos Essenciais - Rename 3ed.* Brasília: MS; 2002.
21. Brasil. Lista de Medicamentos Genéricos registrados por ordem de medicamento de referência. Atualizada até D.O.U de 18/09/2005. Brasília: ANVISA; 2005.
22. Brasil. Lista de Medicamentos Genéricos registrados por ordem de medicamento na ANVISA classificada em ordem alfabética. Atualizada até D.O.U de 30/03/2012. Brasília: ANVISA; 2012.
23. Brasil, Ministério da Saúde. Portaria n 184 de 3 fevereiro de 2011. Dispõe sobre o Programa Farmácia Popular do Brasil. Brasília, DF: D.O.U 4 de fevereiro de 2011. 2011.
24. WHO. Collaborating Centre for Drug Statistics Methodology. *Anatomical Therapeutic Chemical (ATC) classification index with Defined Daily Doses (DDD's)* Oslo: WHO; 2004.
25. DEF. *Dicionário de Especialidades Farmacêuticas 2004-2005.* 33ª ed. Rio de Janeiro: Publicações Científicas; 2005.
26. STATA CORP. *Stata Statistical Software: Release 9.0.* College Station, TX: Stata Corporation; 2003.
27. Rothman KJ. *Modern Epidemiology.* Boston: Little Brown Press; 1998.
28. Tediosi F, Aye R, Ibodova S, Thompson R, Wyss K. Access to medicines and out of pocket payments for primary care: evidence from family medicine users in rural Tajikistan. *BMC Health Serv Res* 2008;8:109.
29. Brasil, Ministério da Saúde, Organização Pan-Americana da Saúde, Organização Mundial da Saúde. *Avaliação da assistência farmacêutica no Brasil: estrutura, processo e resultados.* Brasília: MS; 2005.
30. Fernandes MEP. *A utilização de medicamentos na atenção à saúde, em nível domiciliar, no município de Fortaleza [Dissertação].* Fortaleza: Departamento de Saúde Comunitária, Universidade Federal do Ceará; 1998.
31. Aziz MM, Calvo MC, Schneider IJC, Xavier AJ, d'Orsi E. Prevalência e fatores associados ao acesso a medicamentos pela população idosa em uma capital do sul do Brasil: um estudo de base populacional. *Cad Saúde Pública* 2011;27:1939-50.
32. Blum B, Luiza VL, Bermudez JAZ. Acesso a medicamentos medido no nível domiciliar: a proposta da OMS e outras iniciativas brasileiras. *Rev Bras Farm* 2011;92(3):223-31.

33. Paniz VM, Fassa AG, Maia MF, Domingues MR, Bertoldi AD. Measuring access to medicines: a review of quantitative methods used in household surveys. *BMC Health Serv Res* 2010;10:146.
34. Brasil, Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Medicamentos. Brasília: MS; 2001.
35. Leite SN, Vasconcelos MPC. Adesão à terapêutica medicamentosa: elementos para discussão de conceitos e pressupostos adotados na literatura. *Ciênc & Saúde Coletiva* 2003;8(3):775-82.
36. Bertoldi AD, de Barros AJ, Wagner A, Ross-Degnan D, Hallal PC. Medicine access and utilization in a population covered by primary health care in Brazil. *Health policy (Amsterdam, Netherlands)* 2009 Mar;89(3):295-302.
37. Naves JdOS, Silver LD. Evaluation of pharmaceutical assistance in public primary care in Brasília, Brazil. *Rev Saúde Pública* 2005;39:223-30.
38. Brasil, Ministério da Saúde. Portaria GM n° 371, de 04 de março de 2002. Institui o Programa Nacional de Assistência Farmacêutica para Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus, parte integrante do Plano Nacional de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus. Brasília MS; 2002.
39. Santos V, Nitrini SMOO. Indicadores do uso de medicamentos prescritos e de assistência ao paciente de serviços de saúde. *Rev Saúde Pública* 2004;38:819-34.
40. Cunha MCN, Zorzatto JR, Castro LLC. Avaliação do uso de medicamentos na rede pública municipal de saúde de Campo Grande/MS. *Rev Bras Ciênc Farm* 2002;38:215-27.
41. Simões MJS, Falvo IF. [A study on medicament prescription in elderly patients treated at the municipal health service in southeast region of the Brazil, 1999]. *Rev Ciênc Farm* 2000;21(2):217-27.
42. De Bernardi CLB, Bieberbach EW, Thomé HI. [Evaluation of Pharmaceutical Assistance in Cities of the 17th Regional Health Department/Rio Grande do Sul]. *Saud Soc* 2006 jan.-abr;15(1):73-83.
43. Colombo D, Santa Helena ETd, Agostinho ACMG, Didjurgeit JSMA. Padrão de prescrição de medicamentos nas unidades de programa de saúde da família de Blumenau. *Rev Bras Ciênc Farm* 2004;40:549-58.
44. Farias AD, Cardoso MAA, Medeiros ACDd, Belém LdF, Simões MdOdS. Indicadores de prescrição médica nas unidades básicas de Saúde da Família no município de Campina Grande, PB. *Rev Bras Epidemiol* 2007;10:149-56.
45. Marcondes NSP. A Assistência Farmacêutica Básica e o uso de medicamentos na zona urbana do município de Ponta Grossa - Paraná: Estudo de caso. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Curso Interinstitucional de Mestrado em Saúde Pública, Universidade Estadual de Ponta Grossa / Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro 2002.
46. Aziz MM, Calvo MCM, d'Orsi E. Medicamentos prescritos aos idosos em uma capital do Sul do Brasil e a Relação Municipal de Medicamentos. *Cad Saúde Pública* 2012;28:52-64.
47. Carvalho MFC. A polifarmácia em idosos no município de São Paulo - Estudo SABE - Saúde, Bem-estar e Envelhecimento. Dissertação (Mestrado em Epidemiologia) - Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo 2007.
48. Brasil, Ministério da Saúde. Resolução n° 1, de 17 de janeiro de 2012. Estabelece as diretrizes nacionais da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Diário Oficial da União; 2012.
49. Santos-Pinto CDB, Ventura M, Pepe VL, Osorio-de-Castro CG. Essential medicines and technology incorporation following novel Brazilian Public Health System regulations. *Cad Saude Publica* 2013 Jun;29(6):1056-8.

50. Costa KS, Barros MB, Francisco PM, Cesar CL, Goldbaum M, Carandina L. [Use of medication and associated factors: a population-based study in Campinas, Sao Paulo State, Brazil]. *Cad Saude Publica*. [Research Support, Non-U.S. Gov't]. 2011 Apr;27(4):649-58.
51. Pereira VO, Acurcio Fde A, Guerra Junior AA, Silva GD, Cherchiglia ML. [Use of medicines by individuals with hypertension and diabetes in municipalities covered by the Pharmacy Network in Minas Gerais State, Brazil]. *Cad Saude Publica* 2012 Aug;28(8):1546-58.
52. Helfer AP, Camargo AL, Tavares NU, Kanavos P, Bertoldi AD. [Affordability and availability of drugs for treatment of chronic diseases in the public health care system]. *Revista panamericana de salud publica = Pan American journal of public health* 2012 Mar;31(3):225-32.
53. Miranda ES, Pinto CDBS, Reis ALdAd, Emmerick ICM, Campos MR, Luiza VL, et al. Disponibilidade no setor público e preços no setor privado: um perfil de medicamentos genéricos em diferentes regiões do Brasil. *Cad Saúde Pública* 2009;25:2147-58.
54. Santos-Pinto CDB, Costa NR, Osorio-de-Castro CGS. Quem acessa o Programa Farmácia Popular do Brasil? Aspectos do fornecimento público de medicamentos. *Ciênc & Saúd Coletiva* 2011;16(6):2963-73.
55. Santos-Pinto CDB, Miranda ES, Emmerick ICM, Costa NR, Osorio de Castro CGS. Preços e disponibilidade de medicamentos no Programa Farmácia Popular do Brasil. *Rev Saúde Pública* 2010;44:611-9.

Tabela 1 - Descrição da amostra de adultos (n=450) residentes na área de abrangência de unidades básicas de saúde (UBS) das regiões Sul e Nordeste do Brasil, que receberam prescrição de medicamentos, conforme as variáveis estudadas. Projeto de Expansão e Consolidação Saúde da Família (PROESF), Brasil, 2005.

Variável	Geral		Sul ^a		Nordeste ^b		Valor p ^c
	n	%	n	%	n	%	
Total	450	100,0	250	55,5	200	44,4	
Sexo							0,373
Masculino	152	33,8	80	32,0	72	36,0	
Feminino	298	66,2	170	68,0	128	64,0	
Idade (anos)							0,453
30-45	234	52,0	124	49,6	110	55,0	
46-55	127	28,2	76	30,4	51	25,5	
56-64	89	19,8	50	20,0	39	19,5	
Cor da pele							<0,001
Branca	309	69,3	205	82,3	104	52,8	
Não Branca	137	30,7	44	17,7	93	47,2	
Situação Conjugal							0,509
Solteiro ou sem companheiro (a)	124	27,6	72	28,8	52	26,0	
Casado ou vive com companheiro (a)	326	72,4	178	71,2	148	74,0	
Escolaridade (anos de estudo)							0,001
Nenhuma	70	15,7	27	10,8	43	21,8	
1 - 4	110	24,6	65	26,0	45	22,8	
5 - 8	153	34,2	101	40,4	52	26,4	
9 ou +	114	25,5	57	22,8	57	28,9	
Renda Familiar Mensal^d							0,003
Até 2 SM	183	40,7	86	34,4	97	48,5	
+2 a 4 SM	141	31,3	80	32,0	61	30,5	
+ 4 SM	126	28,0	84	33,6	42	21,0	
Classe Econômica							<0,001
A, B, C	171	40,0	110	46,0	61	32,3	
D	149	34,8	86	36,0	63	33,3	
E	108	25,2	43	18,0	65	34,4	
Autopercepção de saúde							0,065
Excelente, muito boa, boa	184	41,0	112	44,8	72	36,2	
Ruim, regular	265	59,0	138	55,2	127	63,8	
Local da última consulta médica							0,212
Posto de saúde de abrangência	174	38,8	88	35,5	86	43,0	
Outro posto de saúde	66	14,7	42	16,9	24	12,0	
Consultório médico por convênio, plano ou particular	117	26,2	63	25,4	54	27,0	
Outros ^e	91	20,3	55	22,2	36	18,0	
Especialidade do médico							0,233
Clínica Geral	269	60,0	148	59,4	121	60,8	
Ginecologia/Obstetria	38	8,5	17	6,8	21	10,6	
Ortopedia/Traumatologia	35	7,8	24	9,6	11	5,5	
Data última consulta médica (dias)							0,131
Últimos 7 dias	160	35,7	98	39,5	62	31,0	
+7 até 15 dias	127	28,4	63	25,4	64	32,0	
+15 até 30 dias	161	35,9	87	35,1	74	37,0	
Número de medicamentos prescritos							0,590
1	296	65,8	161	64,4	135	67,5	
2	121	26,9	68	27,2	53	26,5	
3 ou +	33	7,3	21	8,4	12	6,0	
UBS da área de abrangência							0,048
Tradicional	155	34,4	96	38,4	59	29,5	
Programa Saúde da Família	295	65,6	154	61,6	141	70,5	

a: O número máximo de valores ignorados foi de 11 para Classe Econômica.

b: O número máximo de valores ignorados foi de 11 para Classe Econômica.

c: Valor p do teste do qui-quadrado para heterogeneidade de proporções.

d: SM= salário mínimo nacional na época do estudo=RS260,00.

e: Pronto socorro, Ambulatório do hospital, Faculdade, Sindicato, CAPS.

Tabela 2 – Características do acesso a medicamentos prescritos na última consulta médica em população residente na área de abrangência de Unidades Básicas de Saúde (UBS) das regiões Sul (n=250) e Nordeste (n=200) do Brasil, geral e conforme modelo de atenção básica Tradicional ou Programa Saúde da Família (PSF). Projeto de Expansão e Consolidação do Programa Saúde da Família (PROESF), Brasil, 2005.

Acesso	Região Sul				Região Nordeste				
	Geral %	Área com UBS/Tradicional %	Área com UBS/PSF %	Valor p* Modelo de Atenção	Geral %	Área com UBS/Tradicional %	Área com UBS/PSF %	Valor p* Modelo de Atenção	Valor p* entre regiões
Acesso	n=250	n=96	n=154	0,258	n=200	n=59	n=141	0,747	0,007
Total	83,2	80,2	85,1		71,0	72,9	70,2		
Parcial	3,2	2,1	3,9		4,0	5,1	3,6		
Nenhum	13,6	17,7	11,0		25,0	22,0	26,2		
Acesso Gratuito	n=216	n=79	n=137	0,213	n=150	n=46	n=104	0,300	0,994
Total	36,6	29,1	40,9		36,7	28,3	40,4		
Parcial	5,1	5,1	5,1		5,3	4,4	5,8		
Nenhum	58,3	65,8	54,0		58,0	67,4	53,9		
Acesso Gratuito na UBS da área de abrangência	n=216	n=79	n=137	0,046	n=150	n=46	n=104	0,014	0,797
Total	19,9	11,4	24,8		22,7	8,7	28,9		
Parcial	4,6	3,8	5,1		4,0	2,2	4,8		
Nenhum	75,5	84,8	70,1		73,3	89,1	66,4		

* Teste do qui-quadrado para heterogeneidade de proporções.

Tabela 3- Características do acesso e forma de acesso dos medicamentos prescritos na última consulta médica (n=658) aos adultos residentes na área de abrangência de Unidades Básicas de Saúde (UBS) da região Sul (n=374) e Nordeste (n=284) do Brasil, segundo as variáveis investigadas. Projeto de Expansão e Consolidação do Programa Saúde da Família (PROESF), Brasil, 2005.

Variável	Total n	Acesso %	Forma de acesso ^d		
			Pago %	Gratuito	
				UBS área %	Outro local %
REGIÃO SUL					
Medicamentos prescritos para 250 adultos RENAME 2002^a	374	84,2	62,2	19,7	18,1
Sim	189	87,3	50,9	27,3	21,8
Não	185	81,1	74,7	11,3	14,0
Política de Medicamentos Genéricos 2005^b					
Sim	258	86,1	58,6	22,1	19,4
Não	116	80,2	71,0	14,0	15,1
Grupos Farmacológicos^c					
A - Trato alimentar e metabolismo	46	91,3	73,8	9,5	16,7
B - Sangue e órgãos formadores de sangue	17	88,2	66,7	6,7	26,7
C - Sistema cardiovascular	13	76,9	90,0	-	10,0
D - Dermatológicos	16	93,8	73,3	13,3	13,3
G - Sistema geniturinário e hormônios sexuais	5	80,0	50,0	25,0	25,0
H - Preparados hormonais sistêmicos, exceto hormônios sexuais	6	100,0	83,3	16,7	-
J - Antiinfeciosos para uso sistêmico	54	87,0	44,7	38,3	17,0
M - Sistema músculoesquelético	83	81,9	67,7	11,8	20,6
N - Sistema nervoso	79	87,3	58,0	21,7	20,3
P - Produtos antiparasitários, inseticidas e repelentes	1	-	-	-	-
R - Sistema respiratório	16	75,0	50,0	41,7	8,3
OUTROS (L, S, V)	38	71,1	55,6	25,9	18,5
REGIÃO NORDESTE					
Medicamentos prescritos para 200 adultos RENAME 2002^a	284	72,9	58,5	25,6	15,9
Sim	164	76,2	48,8	35,2	16,0
Não	120	68,3	73,2	11,0	15,9
Política de Medicamentos Genéricos 2005^b					
Sim	185	74,1	56,9	29,2	13,9
Não	99	70,7	61,4	18,6	20,0
Grupos Farmacológicos^c					
A - Trato alimentar e metabolismo	36	72,2	50,0	26,9	23,1
B - Sangue e órgãos formadores de sangue	10	80,0	50,0	12,5	37,5
C - Sistema cardiovascular	8	50,0	75,0	-	25,0
D - Dermatológicos	15	80,0	66,7	8,3	25,0
G - Sistema geniturinário e hormônios sexuais	9	77,8	57,1	42,9	-
H - Preparados hormonais sistêmicos, exceto hormônios sexuais	7	100,0	85,7	14,3	-
J - Antiinfeciosos para uso sistêmico	51	82,4	45,2	35,7	19,1
M - Sistema músculoesquelético	30	76,7	82,6	8,7	8,7
N - Sistema nervoso	48	68,8	60,6	24,2	15,2
P - Produtos antiparasitários, inseticidas e repelentes	14	71,4	30,0	60,0	10,0
R - Sistema respiratório	16	75,0	50,0	41,7	8,3
OUTROS (L, S, V)	40	57,5	69,6	17,4	13,0

a - Relação Nacional de Medicamentos Essenciais de 2002, vigente na época do estudo.

b - Referente à lista de medicamentos genéricos registrados até 2005, época da coleta dos dados.

c - Classificados segundo nível 1 e 2 da *Anatomical Therapeutic Chemical Classification System* (ATC).

d - O denominador da variável "forma de acesso" inclui somente quem teve acesso.

Valor p do teste do qui-quadrado para heterogeneidade de proporções na associação da variável RENAME e forma de acesso.

Tabela 4 - Descrição dos medicamentos prescritos na última consulta médica, conforme a *Anatomical Therapeutical Chemical Index* (ATC). Projeto de Expansão e Consolidação do Programa Saúde da Família (PROESF), Brasil, 2005.

Medicamentos	n	%
A - Trato alimentar e metabolismo	82	12,4
A02 - Medicamentos para distúrbios relacionados à acidez	35	5,3
A03 - Medicamentos para distúrbios gastrintestinais funcionais	10	1,5
A07 - Antidiarreicos	17	3,3
A11 - Vitaminas	14	2,2
Outros (A08, A09, A12)	6	0,9
B - Sangue e órgãos formadores de sangue	27	4,1
B01 - Agentes antitrombóticos	9	1,4
Outros (B03, B05)	18	2,7
C - Sistema cardiovascular	21	3,1
C01 - Terapia cardíaca	2	0,3
C07 - Agentes beta-bloqueadores	6	0,9
C09 - Agentes que atuam sobre o sistema renina-angiotensina	4	0,6
C10 - Antilipêmicos	3	0,4
Outros (C02, C03)	6	0,9
D - Dermatológicos	31	4,7
D01 - Antifúngicos para uso dermatológico	20	3,0
Outros (D06, D07, D08, D10)	11	1,7
G - Sistema geniturinário e hormônios sexuais	14	2,2
G03 - Hormônios sexuais e moduladores do sistema genital	7	1,1
Outros (G01, G02, G04)	7	1,1
H - Preparados hormonais sistêmicos, exceto hormônios sexuais	13	2,0
H02 - Corticosteróides para uso sistêmico	9	1,4
H03 - Terápicos tireoidianos	4	0,6
J - Antiinfecciosos para uso sistêmico	105	16,0
J01 - Antibacterianos para uso sistêmico	92	14,0
Outros (J02, J04, J05, J06)	13	2,0
M - Sistema musculoesquelético	113	17,2
M01 - Produtos antiinflamatórios e antirreumáticos	99	15,0
Outros (M03, M04)	14	2,2
N - Sistema Nervoso	127	19,2
N02 - Analgésicos	18	2,7
N05 - Psicolépticos	80	12,1
N06 - Psicoanalépticos	12	1,8
Outros (N01, N03, N04, N07)	17	2,6
P - Produtos antiparasitários, inseticidas e repelentes	15	2,3
P01, P02, P03	15	2,3
R - Sistema respiratório	32	4,9
R03 - Medicamentos para doenças obstrutivas das vias respiratórias	19	2,9
Outros (R05, R06)	13	2,0
OUTROS (L, S, V)	78	11,9
TOTAL	658	100

Tabela 5 – Proporção de medicamentos presentes nas políticas e no programa avaliados segundo o acesso e forma de acesso (n=658). Projeto de Expansão e Consolidação Saúde da Família (PROESF), Brasil, 2005.

MEDICAMENTOS	RENAME 2002		RENAME 2012**		GENÉRICOS 2005		GENÉRICOS 2012**		PFPB 2012**	
	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não
Acesso*	<i>p=0,054</i>		<i>p=0,306</i>		<i>p=0,121</i>		<i>p=0,039</i>		<i>p=0,884</i>	
Teve acesso (n=522)	55,6	44,4	53,5	46,6	68,8	31,2	74,3	25,7	49,2	50,8
Não teve acesso (n=136)	46,3	53,7	48,5	51,5	61,8	38,2	65,4	34,6	48,5	51,5
Forma de acesso*	<i>p<0,001</i>		<i>p<0,001</i>		<i>p=0,053</i>		<i>p=0,048</i>		<i>p<0,001</i>	
Pago (n=317)	45,7	54,3	45,1	54,9	65,6	34,4	71,3	28,7	41,6	58,4
Gratuito (n=205)	70,7	29,3	66,3	33,7	73,7	26,3	79,0	21,0	61,0	39,0

RENAME= Relação Nacional de Medicamentos Essenciais.

GENÉRICOS= medicamentos genéricos registrados na Agência Nacional de Vigilância Sanitária.

PFPB= Programa Farmácia Popular do Brasil.

* Teste do qui-quadrado para heterogeneidade de proporções.

**Proporção de medicamentos prescritos na época do estudo que atualmente estão presentes nessas políticas e programa, segundo o acesso e forma de acesso.