

Acesso a medicamentos para tratamento de condições agudas prescritos a adultos nas regiões Sul e Nordeste do Brasil

Access to medicines prescribed for acute health conditions in adults in South and Northeast Brazil

Acceso a medicamentos prescritos para adultos en el tratamiento de enfermedades graves en las regiones sur y nordeste de Brasil

Vera Maria Vieira Paniz ¹
 Isabel Carolina Coelho Flores Cechin ¹
 Anaclaudia Gastal Fassa ²
 Roberto Xavier Piccini ³
 Elaine Tomasi ²
 Elaine Thumé ⁴
 Denise Silva da Silveira ²
 Luiz Augusto Facchini ²

Resumo

Estudo transversal no âmbito do Projeto de Expansão e Consolidação Saúde da Família de 2005, com o objetivo de avaliar o acesso total e gratuito a medicamentos prescritos na última consulta médica, para problemas agudos de saúde, e estimar quanto o acesso pode ter melhorado com a inclusão dos medicamentos em políticas e programas vigentes. A amostra incluiu 4.060 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%) do que no Nordeste (71%) e o acesso gratuito foi semelhante (37%), com maior participação do Programa Saúde da Família (PSF) em relação ao modelo tradicional especialmente no Nordeste. Cerca de 60% dos medicamentos prescritos e 50% dos presentes na Relação Nacional 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. Esse programa parece surgir como uma nova forma de garantir o acesso a medicamentos prescritos no sistema de saúde.

Uso de Medicamentos; Prescrições de Medicamentos; Assistência Farmacêutica; Farmacoepidemiologia; Acesso aos Serviços de Saúde

¹ Centro de Ciências da Saúde, Universidade do Vale do Rio dos Sinos, São Leopoldo, Brasil.

² Programa de Pós-graduação em Epidemiologia, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, Brasil.

³ Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, Brasil.

⁴ Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, Brasil.

Correspondência

V. M. V. Paniz
 Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, Centro de Ciências da Saúde, Universidade do Vale do Rio dos Sinos.
 Av. Unisinos 950, São Leopoldo, RS 93022-000, Brasil.
 vpvieira@terra.com.br

Introdução

O acesso a cuidados em saúde é um direito humano fundamental garantido pela *Constituição Federal*. Como parte das estratégias para garantir esse direito, o artigo 6º da *Lei nº 8.080*¹ assegura o provimento da assistência terapêutica integral, incluindo a assistência farmacêutica. Entretanto, sem um acesso equitativo aos medicamentos essenciais, esse direito não pode ser assegurado.

A literatura revela que mais da metade das consultas médicas resulta em prescrição de medicamentos^{2,3}, que muitas vezes não são utilizados por falta de acesso, podendo agravar o estado de saúde e gerar gastos adicionais nos tratamentos².

A Política Nacional de Medicamentos (PNM)⁴ e a Política Nacional de Assistência Farmacêutica (PNAF)⁵ têm implementado, nas últimas décadas, várias ações que visam a garantir o acesso a medicamentos essenciais, de forma gratuita ou a um custo reduzido, e à promoção do uso racional. A Política de Medicamentos Genéricos⁶ tem o objetivo de estimular a variedade da oferta de medicamentos e reduzir os preços, e conta atualmente com uma ampla lista de medicamentos registrados. Como uma das prioridades da PNM, a revisão permanente da *Relação Nacional de Medicamentos Essenciais* (RENAME) passou em 2012⁷ da média de 350 fármacos presentes nas listas anteriores para 810. Ainda, o Programa Farmácia Popular do Brasil (PFPPB), iniciado em 2004⁸ com 27 unidades geridas pelo Governo Federal e expandido por intermédio de convênios com a rede privada a partir de 2006⁹, comercializa hoje cerca de 110 itens com baixo custo (copagamento) e alguns de forma gratuita em mais de 500 farmácias populares¹⁰ e quase 30 mil farmácias privadas credenciadas. Esse programa contempla, dentre outros aspectos, a universalização do acesso aos medicamentos, incluindo os usuários do sistema privado.

Entretanto, a despeito de todos os avanços no âmbito da PNAF, existe um gasto direto expressivo com a aquisição de medicamentos pela população. A última *Pesquisa de Orçamentos Familiares* (POF)¹¹ revelou que a despesa média mensal das famílias brasileiras com saúde é de R\$ 153,81, sendo que quase a metade é gasta com remédios (48,6%). O aumento desse tipo de despesa entre 2003 e 2009 foi importante em regiões como o Sul, que passou de 6,6% para 7% no período.

Considerando que o medicamento é uma das principais estratégias utilizadas nas ações de recuperação da saúde, e que os gastos diretos com estes fármacos nos últimos anos vêm aumentando, faz-se necessário avaliar as ações que enfocam a melhoria do acesso a

medicamentos. Assim, o presente estudo tem como objetivo avaliar o acesso total e gratuito a medicamentos prescritos na última consulta médica, para problemas agudos, em adultos residentes na área de abrangência de unidades básicas de saúde (UBS) das regiões Sul e Nordeste do Brasil e, adicionalmente, estimar quanto este 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

Realizou-se estudo transversal 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^{12,13}. O inquérito foi realizado entre março/agosto de 2005 e contemplou uma amostra de 4.060 adultos de 30-64 anos, não institucionalizados, residentes na área de abrangência das UBS, com capacidade de responder ao questionário. Foram incluídos no presente trabalho os adultos que receberam prescrição de medicamentos na última consulta médica nos trinta dias anteriores à 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^{14,15}.

Realizou-se um processo de amostragem em múltiplos estágios, em que 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 240¹³. 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 onde residiam dois adultos, o elegível era o mais

velho. A descrição detalhada do desenho deste estudo pode ser encontrada em outras publicações^{13,14,15}.

As informações foram obtidas em entrevistas domiciliares, realizadas por entrevistadores treinados, utilizando-se questionário estruturado, padronizado e pré-testado, contemplando indicadores demográficos e socioeconômicos¹⁶, da utilização de serviços de saúde e modelo de atenção da UBS da área de abrangência do entrevistado (Programa Saúde da Família – PSF/Tradicional). O controle de qualidade das entrevistas foi realizado em amostra aleatória de 6% dos participantes, por meio de reentrevista telefônica aplicando-se questionário reduzido, e a análise de concordância obtida pelo índice kappa apresentou boa repetibilidade.

O acesso foi avaliado entre os adultos que responderam “sim” para as questões sobre ter consultado um médico nos últimos trinta dias e ter recebido prescrição de medicamentos na última consulta. Para esses, solicitava-se a apresentação da receita, embalagem e/ou bula e, para cada medicamento prescrito, questionava-se sobre o acesso pela 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 Sistema único de Saúde (SUS); sim, outro modo. Para cada medicamento que os entrevistados não conseguiram 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, usou-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 independentemente 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 (indivíduo obteve todos os medicamentos prescritos), parcial (obteve alguns dos medicamentos prescritos) e nenhum 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 2002¹⁷ (vigente na época da coleta dos dados) e atual – RENAME 2012⁷; na lista de genéricos 2005¹⁸ (vigente na época da coleta dos dados) e atual – 2012¹⁹; no PFPB (rede própria e conveniada – Aqui tem Farmácia Popular)²⁰ vigente e em grupos farmacológicos de acordo com *Anatomical Therapeutic Chemical Classification System* (ATC)²¹, considerando-se até o segundo nível de classificação: grupo anatómico principal e grupo terapêutico principal. Todos os medicamentos foram identificados e padronizados conforme o *Dicionário de Especialidades Farmacêuticas* (DEF)²².

A análise descritiva caracterizou 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 de acordo com 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 12.0 (StataCorp LP, College Station, Estados Unidos) e o efeito de delineamento amostral foi considerado nas análises.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Pelotas (CEP 045/2004). Os participantes que aceitaram o convite 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, 1.136 (28%) consultaram um médico nos trinta dias anteriores à entrevista. Desses, 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 nas regiões Sul (n = 250) e Nordeste (n = 200) permitiu estimar, com nível de confiança de 95% para cada região estudada, uma prevalência de acesso a todos os 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 a todos os medicamentos 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 para acesso gratuito na UBS da área.

A maioria dos adultos investigados era do sexo feminino (66,2%), tinha em média 45 anos de idade (desvio padrão – DP = 9,6) e 6,0 anos de estudos (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%). Observou-se ainda que a maioria dos adultos realizou sua última consulta médica no último mês em uma UBS (53,5%) e recebeu prescrição de um único 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/PSF (dados não demonstrados).

A Tabela 1 apresenta as características do acesso a medicamentos prescritos na última consulta médica, na população de adultos, segundo região e modelo de atenção. Observou-se que a prevalência de acesso a todos os medicamentos prescritos ocorreu de maneira diferente nas duas regiões, sendo maior no Sul 83,2% (IC95%: 78,0-88,4) do que no Nordeste 71% (IC95%: 65,1-76,9). Apenas 37% (IC95%: 31,3-41,9) dos adultos tiveram acesso gratuito a todos os medicamentos prescritos, sem diferença significativa entre regiões. Considerando a participação das UBS no acesso aos medicamentos, percebe-se que as UBS/PSF foram responsáveis pela maior proporção de acesso gratuito em relação às UBS/Tradicional, tanto no Sul (24,8% *vs.* 11,4%) quanto no Nordeste (28,9% *vs.* 8,7%).

A Tabela 2 mostra a caracterização do acesso e da forma de acesso aos 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 Nordeste (n = 284). Os adultos tiveram acesso a 84,2% de todos os medicamentos prescritos no Sul e 72,9% no Nordeste. Quanto à forma de acesso, a maioria dos medicamentos foi paga tanto no Sul (62,2%) quanto no Nordeste (58,5%), e a UBS da área contribuiu com apenas 19,7% do acesso no Sul e 25,6% no Nordeste. Quando observou-se a participação da RENAME no acesso gratuito, notou-se que, mesmo fazendo parte desta lista, metade dos medicamentos foi paga pelos adultos nas duas regiões estudadas. O mesmo ocorreu com os medicamentos que tinham um genérico disponível, embora não tenha apresentado significância estatística quanto à forma de acesso. Em relação aos grupos farmacológicos,

no Sul percebeu-se uma maior gratuidade para os medicamentos anti-infecciosos (55,3%), do sistema respiratório e do sistema geniturinário (50%) e menor para os do sistema cardiovascular (10%), e para a Região Nordeste, a obtenção gratuita de medicamentos ocorreu mais para os produtos antiparasitários (70%) e 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. Outro motivo correspondeu a 14,7% (dados não demonstrados).

Na Tabela 3, estão descritos todos os medicamentos prescritos na última consulta médica, classificados de acordo com o grupo anatômico e grupo terapêutico principal. O grupo anatômico com o maior número de medicamentos prescritos foi o sistema nervoso (19,3%), representado em sua maioria pelos medicamentos psiclépticos (antipsicóticos, ansiolíticos, hipnóticos, 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.

A Tabela 4 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 têm atualmente um medicamento genérico disponível no mercado brasileiro, revelando maior probabilidade de participação desta política no acesso a medicamentos do que em 2005 (68,8%). Resultado semelhante pôde ser verificado em relação à forma de acesso, em que somente 20% dos medicamentos obtidos de graça não têm 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 pagamento ou gratuita.

Discussão

Os resultados revelam que, embora elevado, o acesso a todos os medicamentos prescritos na última consulta médica foi menor para os adultos do Nordeste do que da Região Sul, sendo que somente um terço dos adultos obteve todos os medicamentos de forma gratuita. O PSF teve

Tabela 1

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			Valor de p * do modelo de atenção	Região Nordeste			Valor de p * do modelo de atenção	Valor de p * entre regiões
	Geral	Área com UBS Tradicional	Área com UBS PSF		Geral	Área com UBS Tradicional	Área com UBS PSF		
	%	%	%		%	%	%		
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.

maior participação no acesso gratuito que o modelo tradicional, com maior impacto no Nordeste. Apesar da RENAME ter contribuído para um maior acesso, metade dos medicamentos desta lista foi paga pelos adultos. 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 comuns. A amostra estudada representa a população residente na área de abrangência das UBS das regiões avaliadas, sendo seus achados generalizáveis para esta população. Quanto ao período investigado, outros estudos também avaliaram o acesso a partir do último atendimento médico³ ou consulta nos últimos 15^{2,23} ou 30 dias²⁴. A estratégia utilizada para minimizar um possível viés de memória foi a solicitação da apresentação da receita, embalagem ou bula do medicamento prescrito, o que também garantiu maior acurácia no registro do nome dos medicamentos. Foi apresentada a receita, embalagem ou bula

de 70% dos medicamentos a que os adultos não tiveram acesso, indicando que a estratégia adotada foi bem-sucedida.

Diferentemente de outros estudos^{2,14,15,25}, esta pesquisa amplia a avaliação do acesso ao investigar uma faixa etária específica de adultos que consultaram no último mês e receberam prescrição de medicamentos, independentemente do local da consulta, não sendo, portanto, consideradas as consultas realizadas para a obtenção de receita de medicamento de uso contínuo ou automedicação. A abordagem utilizada para medir o desfecho 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 complexa, sofre variações e se confunde ou mesmo se sobrepõe em grande medida às definições de uso racional e de adesão²⁴, 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, dose, adequação, e outros²⁶.

Tabela 2

Características do acesso e forma de acesso aos medicamentos prescritos na última consulta médica (n = 658) aos adultos residentes na área de abrangência de unidades básicas de saúde (UBS) das regiões 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 %	Pago %	Forma de acesso *	
				Gratuito	
				UBS área %	Outro local %
Região Sul					
Medicamentos prescritos para 250 adultos	374	84,2	62,2	19,7	18,1
RENAME 2002 **				p < 0,001 ***	
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 #					
Sim	258	86,1	58,6	22,1	19,4
Não	116	80,2	71,0	14,0	15,1
Grupos farmacológicos ##					
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 - Anti-infecciosos para uso sistêmico	54	87,0	44,7	38,3	17,0
M - Sistema musculoesquelético	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 **				p < 0,001 ***	
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 #					
Sim	185	74,1	56,9	29,2	13,9
Não	99	70,7	61,4	18,6	20,0
Grupos farmacológicos ##					
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 - Anti-infecciosos para uso sistêmico	51	82,4	45,2	35,7	19,1
M - Sistema musculoesquelético	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

* O denominador da variável "forma de acesso" inclui somente quem teve acesso;

** *Relação Nacional de Medicamentos Essenciais* (RENAME) de 2002¹⁷, vigente na época do estudo;

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

Referente à lista de medicamentos genéricos registrados até 2005, época da coleta dos dados;

Classificados segundo níveis 1 e 2 da *Anatomical Therapeutic Chemical Classification System* (ATC)²¹.

Tabela 3

Descrição dos medicamentos prescritos na última consulta médica, conforme a *Anatomical Therapeutical Chemical Classification System (ATC)* ²¹. Projeto de Expansão e Consolidação 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 - Corticosteroides 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	100,0

Tabela 4

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	p = 0,054 **		p = 0,306 **		p = 0,121 **		p = 0,039 **		p = 0,884 **	
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	p < 0,001 **		p < 0,001 **		p = 0,053 **		p = 0,048 **		p < 0,001 **	
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

Genéricos: medicamentos genéricos registrados na Agência Nacional de Vigilância Sanitária; PFPB: Programa Farmácia Popular do Brasil; RENAME: *Relação Nacional de Medicamentos Essenciais*.

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

** Teste do qui-quadrado para heterogeneidade de proporções.

É importante destacar que a definição de acesso a medicamentos adotada nesta pesquisa foi semelhante à utilizada em outros estudos, permitindo comparabilidade^{14,15,27}.

A alta prevalência de acesso a medicamentos verificada foi semelhante a outros estudos nacionais^{3,15,23} e internacional²⁸, mesmo com abordagens distintas, mas inferior a dois trabalhos realizados na Região Sul que encontraram 95% de acesso em população coberta pelo PSF²⁷ e idosos²⁵. O menor acesso verificado no Nordeste em relação ao Sul também foi semelhante ao encontrado para medicamentos de uso contínuo nestas regiões¹⁵. Entretanto, no presente estudo, somente 1/3 dos adultos obteve seus medicamentos gratuitamente, independentemente do local de obtenção, sendo este dado inferior ao encontrado para o acesso a medicamentos de uso contínuo entre idosos das regiões Sul (55,1%) e Nordeste (62,4%)¹⁴, e a dois outros estudos que investigaram o acesso gratuito por meio do SUS entre idosos (50,3%)²⁵ e entre a população que teve prescrição no próprio sistema (45,3%)². A maior prevalência de acesso no Sul do que no Nordeste, mas com proporções semelhantes de acesso gratuito nas duas regiões, sugere que esta proporção adicional de acesso na Região Sul se deve ao melhor poder aquisitivo desta população em relação à do Nordeste, confirmado também em outros estudos^{3,15}. A evidente associação entre posição socioeconômica e acesso a medicamentos revela que uma expressiva parcela da população tem o sistema público de saúde como a única alternativa para viabilizar a terapêutica necessária.

Nas duas regiões, a proporção de adultos que obteve todos os medicamentos gratuitamente na UBS da sua área foi maior no PSF do que no modelo tradicional. A maioria da população coberta pelo PSF apresenta baixo poder aquisitivo, tornando a disponibilidade de medicamentos gratuitos por intermédio do PSF especialmente importante para esta população, uma vez que a obtenção gratuita pode reduzir a carga dos gastos destas famílias com saúde²⁹.

Considerando o total de medicamentos prescritos, observa-se que a falta de acesso foi elevada principalmente no Nordeste, onde 30% dos medicamentos prescritos não foram obtidos. Esses dados são muito superiores ao encontrado em outros estudos^{14,25,27}, 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.²⁷ também ter investigado a população coberta pelo PSF, avaliou medicamentos para problemas agudos e crônicos, prescritos e não prescritos para todas as faixas etárias, enquanto o estudo de Aziz et al.²⁵ utilizou os mesmos critérios para estudo de base populacional com idosos, faixa etária esta também investigada em outra publicação¹⁴. No presente trabalho, foram avaliados somente os medicamentos receitados para problemas agudos de saúde. Sabe-se que indivíduos acometidos por problemas crônicos têm maior adesão ao tratamento devido ao conhecimento das complicações decorrentes da falta deste, já indivíduos que recebem prescrição de

medicamentos para um problema agudo de saúde podem, na indisponibilidade gratuita destes, deixar de buscar obtê-los de outro modo. Soma-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 saúde³⁰.

Quanto à forma de acesso, nas duas regiões o maior acesso foi pago (60%), sendo que a UBS da área no Nordeste contribuiu com proporção maior de acesso gratuito do que a da Região Sul. Esses resultados são bastante distintos dos encontrados na Região Sul para a população coberta pelo PSF que revelou prevalência de 47,6% de acesso pago para medicamentos de uso agudo²⁷. Entretanto, em outro estudo realizado nessas mesmas regiões¹⁴, embora a forma de acesso pago a medicamentos de uso contínuo tenha sido menor (cerca de 30%), também foi evidenciada a maior participação da UBS da área no acesso gratuito na Região Nordeste do que na Sul (60,7% vs. 42%). Esses dados corroboram com a hipótese de que o acesso gratuito a medicamentos de uso crônico é facilitado aos usuários, e uma preocupação menor é evidenciada para os de uso agudo, especialmente em áreas não cobertas pelo PSF.

A RENAME disponível na época do estudo¹⁷ contribuiu para o maior acesso a medicamentos, entretanto, mesmo fazendo parte da lista, 50% dos medicamentos foram pagos pelos adultos nas duas regiões. Esse achado concorda com um estudo que detectou que 60,6% dos medicamentos não dispensados nas UBS pertenciam a RENAME²⁹, indicando uma política de assistência farmacêutica pouco efetiva, que não atende às diretrizes da política de medicamentos⁴. Contudo, no presente trabalho, entre todos os medicamentos prescritos, pouco mais da metade (53,7%) fazia parte da RENAME¹⁷ vigente à época do estudo, demonstrando baixa essencialidade e sugerindo falta de adequação das listas municipais às necessidades da população ou, de outro modo, uma inadequação das prescrições às listas, como demonstrado em vários estudos, com prevalências variando de 57,7% a 92,7%^{23,29,31}. 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 fornecidos²⁹.

Não foram observadas diferenças na forma de acesso a medicamentos segundo a política de genéricos¹⁸, como também entre 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 foi percebida 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. Contudo, os resultados encontrados na Região Sul são consistentes com outros estudos realizados nesta região^{27,32}.

Em relação aos motivos da falta de acesso ao medicamento, resultados semelhantes têm sido relatados por outros estudos^{2,3,23,25}, revelando a estreita relação entre o poder aquisitivo e o acesso ao medicamento. Entretanto, cabe ressaltar uma limitação do instrumento utilizado, uma vez que a opção de escolha não quis/esqueceu deveria indicar não adesão ao tratamento, mas acabou incluindo pessoas que enfrentam outras barreiras de acesso não detalhadas no instrumento, o que dificultou a interpretação desse resultado.

Este trabalho visou também a explorar a proporção de medicamentos prescritos na época da coleta de dados, que atualmente teriam maior probabilidade de acesso ou gratuidade por meio das seguintes políticas e programas vigentes: RENAME⁷, política de medicamentos genéricos¹⁹ e PFPB²⁰. Observou-se 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^{33,34}. A inclusão dos 470 itens na lista de 2012⁷ em relação à de 2002¹⁷ não revelou melhoria na probabilidade de acesso, porque a ampliação da RENAME foi feita 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 tem conceito e composição completamente reformulados em relação às anteriores^{35,36}. A Portaria MS nº 533 de 28 de março de 2012⁷ a redefiniu como lista única formada pelos componentes de financiamento da assistência farmacêutica (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”³⁶. A portaria estabelece o elenco de medicamentos e insumos da RENAME no âmbito do SUS e estrutura em componentes da assistência farmacêutica, sendo os medicamentos do Componente Básico da Assistência Farmacêutica (CBAF) aqueles utilizados na atenção básica. Neste trabalho, 52%

dos 658 medicamentos prescritos aos 450 adultos estudados estão na lista da RENAME 2012 e, destes, 95,4% constam do CBAF.

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 de 2005⁶ para 2012¹⁹ aumentou significativamente, possibilitando a aquisição de medicamentos a preços inferiores aos dos medicamentos de referência, acarretando menos gastos tanto para o serviço público de saúde quanto para o consumidor.

Em relação ao PFPB, observa-se que 40% dos medicamentos pagos em 2005 poderiam hoje ser obtidos por meio deste programa⁸. Destaca-se que esse resultado não tem 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 o Brasil^{8,23}. O PFPB foi lançado como a 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 medicamentos³⁷. 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 saúde¹¹. Entretanto, um 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 do que o de genéricos³⁸, 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 à população a preços até 90% mais baixos. 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 o fornecimento dos medicamentos que não conseguem obter nas unidades públicas de dispensação³⁷. Nesse caso, esse 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.

Apesar da escassez de estudos sobre acesso a medicamentos e das diferenças metodológicas entre eles, as publicações apontam alguns importantes pontos de convergência: (a) o acesso a todos os medicamentos é maior para indivíduos com melhor condição econômica que podem pagar o seu tratamento; (b) o acesso gratuito para indivíduos que dependem do sistema público de saúde para a obtenção de medicamentos ainda é limitado, independentemente da faixa etária ou condição de saúde avaliada; (c) o gasto direto com a aquisição de medicamentos essenciais pela população ainda é expressivo e; (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 às 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. Nesse 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.

Colaboradores

V. M. V. Paniz participou da concepção do artigo, revisão bibliográfica, análise dos dados, interpretação e redação final. I. C. C. F. Cechin contribuiu na revisão bibliográfica, interpretação dos dados e redação do artigo. A. G. Fassa, R. X. Piccini, E. Tomasi, E. Thumé, D. S. Silveira, L. A. Facchini colaboraram na revisão final do artigo.

Agradecimentos

O trabalho integrou o Componente 3 do Projeto de Expansão e Consolidação do Saúde da Família (PROESF), financiado pelo Ministério da Saúde e Banco Mundial.

Referências

1. 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. Diário Oficial da União 1990; 20 set.
2. Boing AC, Bertoldi AD, Boing AF, Bastos JL, Peres KG. Acesso a medicamentos no setor público: análise de usuários do Sistema Único de Saúde no Brasil. Cad Saúde Pública 2013; 29:691-701.
3. Carvalho ME, Pascom ARP, Souza-Júnior PRB, Damacena GN, Szwarcwald CL. Utilization of medicines by the Brazilian population, 2003. Cad Saúde Pública 2005; 21 Suppl 1:S100-8.
4. Ministério da Saúde. Portaria GM nº 3.916, de 30 de outubro de 1998. Aprova a Política Nacional de Medicamentos. Diário Oficial da União 1998; 10 nov.
5. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 338, de 6 de maio de 2004. Aprova a Política Nacional de Assistência Farmacêutica. Diário Oficial da União 2004; 20 mai.
6. Brasil. Lei nº 9.787, 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. Diário Oficial da União 1999; 11 fev.
7. 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.
8. Brasil. Decreto nº 5.090, de 20 de 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.
9. 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.
10. Acúrcio FA. Medicamentos: políticas, assistência farmacêutica, farmacoepidemiologia e farmacoeconomia. Belo Horizonte: Coopmed; 2013.
11. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa de Orçamentos Familiares 2008-2009: perfil das despesas no Brasil. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; 2012.
12. Ministério da Saúde. Termo de referência para o estudo de linha de base nos municípios selecionados para o componente 1 do PROESF. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.

13. Facchini LA, Piccini RX, Tomasi E, Thumé E, Teixeira VA, Silveira DS, et al. Avaliação de efetividade da Atenção Básica à Saúde em municípios das regiões Sul e Nordeste do Brasil: contribuições metodológicas. *Cad Saúde Pública* 2008; 24 Suppl 1:S159-72.
14. 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.
15. 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.
16. Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa. Critério de classificação econômica do Brasil. São Paulo: Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa; 2002.
17. Gerência Técnica de Assistência Farmacêutica, Departamento de Atenção Básica, Secretaria de Políticas de Saúde, Ministério da Saúde. Relação Nacional de Medicamentos Essenciais – RENAME. 3ª Ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2002.
18. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Lista de genéricos registrados por ordem de resolução. Atualizado até Diário Oficial da União de 12/11/2004. <http://www.anvisa.gov.br/hotsite/genericos/lista/resolucao.htm> (acessado em 17/Nov/2012).
19. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Lista medicamentos genéricos já registrados na ANVISA classificada por ordem alfabética. Atualizado até Diário Oficial da União de 30/03/2012. <http://portal.anvisa.gov.br/wps/wcm/connect/77b3e30048c31b8ca9c2aba3f2835ae8/registros+ordem+alfab%C3%A9tica+de+nome+comercial+mar%C3%A7o+2012.pdf?MOD=AJPERES> (acessado em 17/Nov/2012).
20. Ministério da Saúde. Portaria nº 184, de 3 fevereiro de 2011. Dispõe sobre o Programa Farmácia Popular do Brasil. Diário Oficial da União 2011; 4 fev.
21. World Health Organization Collaborating Centre for Drug Statistics Methodology. Anatomical Therapeutic Chemical (ATC) classification index with Defined Daily Doses (DDD's). Geneva: World Health Organization; 2004.
22. Melo JES. Dicionário de especialidades farmacêuticas 2004-2005. 33ª Ed. Rio de Janeiro: EPUB; 2005.
23. Ministério da Saúde. Avaliação da assistência farmacêutica no Brasil: estrutura, processo e resultados. Brasília: Ministério da Saúde; 2005.
24. 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.
25. 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.
26. Leite SN, Vasconcelos MPC. Adesão à terapêutica medicamentosa: elementos para discussão de conceitos e pressupostos adotados na literatura. *Ciênc Saúde Coletiva* 2003; 8:775-82.
27. Bertoldi AD, 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* 2009; 89:295-302.
28. Emmerick IC, Luiza VL, Camacho LA, Ross-Degnan D. Access to medicines for acute illness in middle income countries in Central America. *Rev Saúde Pública* 2013; 47:1069-79.
29. Naves JOS, Silver LD. Evaluation of pharmaceutical assistance in public primary care in Brasília, Brazil. *Rev Saúde Pública* 2005; 39:223-30.
30. Ministério da Saúde. Portaria GM nº 371, de 4 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. Diário Oficial da União 2002; 6 mar.
31. 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.
32. 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.
33. Costa KS, Barros MBA, Francisco PMSB, César CL, Goldbaum M, Carandina L. Utilização de medicamentos e fatores associados: um estudo de base populacional no Município de Campinas, São Paulo, Brasil. *Cad Saúde Pública* 2011; 27:649-58.
34. Pereira VOM, Acúrcio FA, Guerra Júnior AA, Silva GD, Cherchiglia ML. Perfil de utilização de medicamentos por indivíduos com hipertensão arterial e diabetes mellitus em municípios da Rede Farmácia de Minas. *Cad Saúde Pública* 2012; 28:1546-58.
35. Ministério da Saúde. Resolução nº 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). Diário Oficial da União 2012; 18 jan.
36. Santos-Pinto CDB, Ventura M, Pepe VL, Osorio-de-Castro CG. Novos delineamentos da Assistência Farmacêutica frente à regulamentação da Lei Orgânica da Saúde. *Cad Saúde Pública* 2013; 29:1056-8.
37. Santos-Pinto CDB, Costa NR, Osorio-de-Castro CGS. Quem acessa o Programa Farmácia Popular do Brasil? Aspectos do fornecimento público de medicamentos. *Ciênc Saúde Coletiva* 2011; 16:2963-73.
38. 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.

Abstract

This was a cross-sectional study within Brazil's Project for the Expansion and Consolidation of Family Health, 2005, with the objective of universal and free access to the medication prescribed in the last medical appointment for acute health problems and to estimate the degree to which access may have improved with inclusion of the medicines in prevailing policies and programs. The sample included 4,060 adults living in the area of primary health care units in 41 municipalities in South and Northeast Brazil. Access was greater in the South (83.2%) than in the Northeast (71%), and free access was similar (37%), with a greater share by the Family Health Program (FHP) when compared to the traditional model, especially in the Northeast. Some 60% of prescribed medicines and 50% of those on the National List of Essential Medicines (RENAME) were paid for. No variation was observed in the proportion of medicines present on the prevailing RENAME list and access. However, 40% of the medicines that were paid for can currently be obtained through the Popular Pharmacy Program. The latter program appears to emerge as a new way to guarantee access to medicines prescribed in the health system.

Drug Utilization; Drug Prescriptions; Pharmaceutical Services; Pharmacoepidemiology; Health Services Accessibility

Resumen

Estudio transversal en el ámbito del Proyecto de Expansión y Consolidación Salud de la Familia de 2005, con el objetivo de evaluar el acceso total y gratuito a medicamentos prescritos en la última consulta médica, para problemas graves de salud, y estimar la mejora en su acceso con la inclusión de los mismos en las políticas y programas vigentes. La muestra incluyó a 4.060 adultos, residentes en el área de las unidades básicas de salud de 41 municipios del Sur y Nordeste de Brasil. el acceso fue mayor en el Sur (83,2%) que en el Nordeste (71%) y el acceso gratuito fue semejante (37%) con una mayor participación del Programa Salud de la Familia (PSF), en relación con el modelo tradicional, especialmente en el Nordeste. Cerca de un 60% de los medicamentos prescritos y un 50% de los presentes en la Relación Nacional de Medicamentos Esenciales (RENAME) fueron pagados. No se observó ninguna variación en la proporción de medicamentos presentes en la RENAME vigentes y en acceso. No obstante, un 40% de los medicamentos que fueron pagados pueden ser actualmente obtenidos mediante el Programa Farmacia Popular. Este programa parece surgir como una nueva forma de garantizar el acceso a medicamentos prescritos en el sistema de salud.

Utilización de Medicamentos; Prescripciones de Medicamentos; Servicios Farmacéuticos; Farmacoepidemiología; Accesibilidad a los Servicios de Salud

Recebido em 26/Jan/2015
Versão final reapresentada em 05/Jul/2015
Aprovado em 23/Jul/2015