Ministério da Saúde
Fundação Oswaldo Cruz
Centro de Pesquisas René Rachou
Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva

ACESSO A MEDICAMENTOS PELA POPULAÇÃO ADULTA BRASILEIRA

por

Elislene Dias Drummond

Belo Horizonte
2016

ELISLENE DIAS DRUMMOND

ACESSO A MEDICAMENTOS PELA POPULAÇÃO ADULTA BRASILEIRA

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva do Centro de Pesquisas René Rachou, como requisito parcial para obtenção do título de mestre em Saúde Coletiva, área de concentração Epidemiologia.

Orientação: Profª Dra Fabíola Bof de Andrade

Coorientação: Profª Dra Taynãna César Simões

Belo Horizonte

2016

Catalogação-na-fonte
Rede de Bibliotecas da FIOCRUZ
Biblioteca do CPqRR
Segemar Oliveira Magalhães CRB/6 1975

D795a 2016

Drummond, Elislene Dias.

Acesso a medicamentos pela população adulta brasileira / Elislene Dias Drummond. – Belo Horizonte, 2016.

XV, 77 f.: il.; 210 x 297mm.

Bibliografia: f.: 85 - 92

Dissertação (Mestrado) – Dissertação para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva pelo Programa de Pós - Graduação em Saúde Coletiva do Centro de Pesquisas René Rachou. Área de concentração: Epidemiologia

1. Assistência Farmacêutica/organização & administração 2. Uso de Medicamentos/estatística & dados numéricos 3. Epidemiologia/estatística & dados numéricos I. Título. II. Andrade, Fabíola Bof de (Orientação). III. Simões, Taynãna César (Coorientação).

CDD – 22. ed. – 362.178 2

ELISLENE DIAS DRUMMOND

ACESSO A MEDICAMENTOS PELA POPULAÇÃO ADULTA BRASILEIRA

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva do Centro de Pesquisas René Rachou, como requisito parcial para obtenção do título de mestre em Saúde Coletiva, área de concentração Epidemiologia.

Banca examinadora:

Profª. Drª Fabíola Bof de Andrade (CPqRR/FIOCRUZ) – Presidente

Profª. Drª Tatiana Chama Borges Luz (CPqRR/FIOCRUZ) – Titular

Profª. Drª Cristiane Aparecida Menezes de Pádua (UFMG) – Titular

Profª. Drª Celina Marina Modena (CPqRR/FIOCRUZ) – Suplente

Dissertação defendida e aprovada em Belo Horizonte, 24/05/2016.

Dedico este trabalho a Jesus, meu
amigo de todas as horas.

AGRADECIMENTOS

A Deus, pela presença real em minha vida.

Aos meus pais, João e Marilene, pelas constantes orações e sábias palavras de incentivo.

Ao meu marido Allysson, meu maior incentivador, pelo amor, carinho e compreensão.

À Dra Zélia Profeta, que me concedeu a oportunidade de ingressar no Programa de Pós-graduação do CPqRR e por acreditar que eu seria capaz de conciliar os estudos com o trabalho.

À minha orientadora Dra Fabíola Bof de Andrade e minha coorientadora Dra Taynãna César Simões, pelo apoio, incentivo e paciência. Pelas correções, que foram muito importantes para o meu aprendizado, por me orientarem com presteza, competência e generosidade, sempre acompanhadas de bom humor.

À Jennyfer Etiene, pela amizade, pelas escutas e por sua dedicação ao NUST, principalmente, nos meus momentos de ausência.

À minha amiga Paula Cristina, pelas valiosas sugestões que me pouparam tempo e me auxiliaram no desenvolvimento do trabalho.

Ao Aldo, pelo apoio e confiança.

À Estefânia, pelas primeiras conversas sobre o mestrado e disponibilização de materiais que foram úteis para a organização das ideias iniciais.

A todos os professores, pela dedicação e compartilhamento de conhecimentos e experiências.

Aos colegas do Programa, pelo auxílio nos momentos difíceis, pelas conversas e inúmeras dicas. Em especial, à Cristiane e ao Antônio, pela parceria nos trabalhos e, principalmente, pela amizade.

Muito obrigada!!!

RESUMO

O objetivo desse estudo foi estimar a prevalência e investigar os fatores associados ao acesso, pela população adulta brasileira, a medicamentos prescritos. Além disso, foram descritos a presença de dispêndio monetário para obtenção, o local de obtenção dos fármacos e os motivos para o não acesso. Com base em um delineamento transversal, a partir dos dados da Pesquisa Nacional de Saúde de 2013, analisou-se uma amostra representativa da população brasileira, composta por indivíduos maiores de 18 anos, que tiveram medicamentos prescritos por profissional de saúde, nas duas semanas anteriores a realização da pesquisa. A principal variável dependente foi o acesso a medicamentos prescritos, categorizada em: acesso total (acesso a todos os medicamentos prescritos), acesso parcial (acesso a alguns medicamentos prescritos), acesso nulo (nenhum acesso a medicamentos prescritos). Como variáveis independentes, foram estudadas condições demográficas (sexo, idade, cor da pele, relação conjugal), condições socioeconômicas (macrorregião de residência, escolaridade), estilo de vida (prática de atividade física), condições de saúde (número de doenças crônicas e autoavaliação do estado de saúde) e acesso a serviços de saúde (domicílio cadastrado na Estratégia Saúde da Família - ESF, filiação a plano de saúde, e último local de atendimento). Realizou-se análise descritiva dos dados, seguida por análise bivariada por meio do teste qui-quadrado com correção de Rao Scott e regressão logística multinomial. Os resultados mostraram alta prevalência de acesso total a medicamentos no Brasil [83,0%, IC (95%) 81,3-84,6)] e regiões (Sudeste: 83,6%, Sul: 85,4%, Centro-oeste: 83,1%, Nordeste: 81,7% e Norte: 74,4%). A maioria dos indivíduos teve dispêndio monetário com a obtenção dos fármacos (63,9%), sendo que os principais motivos para o não acesso a todos os medicamentos foram a indisponibilidade do medicamento no serviço público de saúde (57,6%) e a ausência de dinheiro para a compra (11,9%). A partir da análise ajustada, observou-se, no Brasil, maiores chances de acesso parcial para os indivíduos do sexo feminino e pessoas cujo último local de atendimento foi o serviço público. Maior chance de acesso nulo foi associada à cor de pele não branca. Entre as regiões, as pessoas

cujo local do último atendimento foi o serviço público apresentaram significativamente mais chances de acesso parcial no Sudeste, Sul e Nordeste. De forma geral, os resultados revelam que o acesso a medicamentos é desigual e associado a condições socioeconômicas. Assim, o fortalecimento do SUS é fundamental para a distribuição gratuita de fármacos, de modo a reduzir as iniquidades no acesso a medicamentos.

Palavras-chave: Assistência Farmacêutica; Epidemiologia; Acesso a medicamentos.

ABSTRACT

This study aimed to estimate the prevalence and investigate the factors associated with access to prescribed medicines among Brazilian adult population. In addition, the study described the presence of monetary expenditure to access, the sources for obtaining and the reasons for not accessing the medicines. This was a cross-sectional study with data from the 2013 National Health Survey. The sample was representative of individuals 18 years and older who had medicine prescription by a health professional in the two weeks prior to the survey. The main dependent variable was access to prescribed medicines, categorized as full access (access to all prescribed medicines), partial access (access to some prescribed medicines), no access (no access to prescribed medication). Independent variables were the following: demographic (gender, age, skin color, marital relationship), socioeconomic status (country region, schooling), life style (physical activity), health status (number of chronic diseases and self-rated health) and access to health services (home registered in the Family Health Strategy, health insurance and place of last health attendance). Data analysis included a descriptive analysis, followed by bivariate analysis using the Rao Scott test and multinomial logistic regression. The results showed a high prevalence of full access in Brazil [83.0% (95% CI 81.3 to 84.6)] and regions (Southeast: 83.6%, South: 85.4%, Midwest: 83.1% Northeast: 81.7% and North: 74.4%). Most individuals accessed the medicines by means of monetary expenditure (63.9%) and the main reasons reported for non-access were the unavailability of medicine in the public health service (57.6%) and lack of money for purchase (11.9%). The adjusted analysis for Brazil showed higher chances of partial access among women and people whose last health attendance was in the public service. Greater chance of no access was associated with non-white skin color. In Southeast, South and Northeast people whose place of last health attendance was the public service had significantly more chance of partial access. Overall, the results show that access to medicines is unequal and associated with socioeconomic conditions. Thus, strengthening the public health system is essential for the delivery

of prescribed medicines free of cost in order to reduce inequities access to medicines.

Keywords: Pharmaceutical Services; Access to medicines; Epidemiology.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Despesas anuais do Ministério da Saúde na aquisição e financiamento de medicamentos no período de 2003 a 2013 32
Figura 2 – Número anual de pessoas atendidas pelo “Aqui tem Farmácia Popular” no período de 2006 a 2014 33
Figura 3 – Fluxograma do acesso a medicamentos pelos usuários que receberam prescrição após atendimento de saúde realizado nas duas semanas anteriores à pesquisa 49
Figura 4 – Distribuição percentual do acesso a medicamentos para o Brasil e Grandes 69
Figura 5 – Distribuição percentual do acesso a medicamentos prescritos de acordo com o local de obtenção para o Brasil e Grandes Regiões 70

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Síntese dos estudos sobre acesso a medicamentos 38
Quadro 2 – Variáveis dependentes 51
Quadro 3 – Variáveis independentes 53

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Consumo de medicamentos no mundo de acordo com níveis de renda dos países, em US$ bilhões, 1985-1999..... 21
Tabela 2 – Distribuição amostral conforme análise bivariada para as variáveis independentes, Brasil..... 67
Tabela 3 – Descrição dos motivos para o não acesso a medicamentos prescritos, no Brasil e Grandes Regiões..... 71
Tabela 4 – Modelos de regressão logística multinomial para avaliação dos fatores associados ao acesso a medicamentos prescritos..... 74

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

CEME – Central de Medicamentos
CONEP – Comissão Nacional de Ética em Pesquisa
CNS – Conselho Nacional de Saúde
CONASS – Conselho Nacional dos Secretários de Saúde
FPB – Farmácia Popular do Brasil
IAP – Instituto de Aposentadoria e Pensão
IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
INPS – Instituto Nacional de Previdência Social
MEC – Ministério da Educação
MPAS – Ministério da Previdência e Assistência Social
MS – Ministério da Saúde
OMS – Organização Mundial de Saúde
PFPB – Programa Farmácia Popular do Brasil
PMS – Pesquisa Mundial de Saúde
PNAD – Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios
PNAUM – Pesquisa Domiciliar para Medida de Acesso e Uso de Medicamentos
PNAF – Política Nacional de Assistência Farmacêutica
PNM – Política Nacional de Medicamentos
PNS – Pesquisa Nacional de Saúde
RMB – Relação Nacional de Medicamentos Básicos
RENAME – Relação Nacional de Medicamentos Essenciais
SIPD – Sistema Integrado de Pesquisas Domiciliares
SUS – Sistema Único de Saúde
UPA – Unidade Primária de Amostragem
WHO – World Health Organization

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO 16
2 OBJETIVOS 19
2.1 Objetivo geral 19
2.2 Objetivos específicos 19
3 REVISÃO DE LITERATURA 20
3.1 Acesso a medicamentos 20
3.2 Políticas de acesso a medicamentos no Brasil 23
3.2.1 Assistência Farmacêutica no Brasil 23
3.2.2 Política Nacional de Medicamentos 26
3.2.3 Política Nacional de Assistência Farmacêutica 27
3.2.4 Integração das políticas de assistência farmacêutica e de medicamentos e a ampliação do acesso a medicamentos 30
3.3 Fatores associados ao acesso a medicamentos 34
4 METODOLOGIA 47
4.1 Desenho do estudo e fonte de dados 47
4.2 Procedimento amostral e população de estudo 47
4.3 Variáveis de estudo 48
4.4 Análise dos dados 56
4.5 Considerações éticas 57
5 ARTIGO 58
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS 84
REFERÊNCIAS 85

1 INTRODUÇÃO

A transição demográfica vivenciada em todo o mundo, caracterizada pelo envelhecimento populacional, vem sendo acompanhada por significativas mudanças no perfil epidemiológico das doenças. Este, que tem sido caracterizado pela redução das doenças transmissíveis e aumento da incidência das doenças crônicas e degenerativas (BERENSTEIN; WAJNMAN, 2008), impõe modificações qualitativas e quantitativas no consumo de medicamentos, especialmente aqueles destinados ao tratamento de doenças crônico-degenerativas (BRASIL, 1998), responsáveis por 74% das mortes no Brasil (WHO, 2014a). Além disso, o aumento dessas doenças, aliado à persistência de altas prevalências de doenças transmissíveis em países menos desenvolvidos (WHO, 2005), determinam desafios importantes para a gestão dos serviços de saúde no tocante ao acesso a medicamentos.

Os medicamentos representam instrumentos valiosos no tratamento e recuperação da saúde, pois promovem a cura, prolongam a vida e retardam o aparecimento das complicações associadas às enfermidades (PEPE, 2000). A falta de acesso a medicamentos pode levar ao agravamento das doenças e, consequentemente, ao retorno das pessoas aos serviços de saúde, além de onerar a atenção secundária e terciária (ARRAIS, 2005). O acesso a medicamentos essenciais é considerado pela Organização das Nações Unidas como um dos indicadores que mensuram os avanços na concretização do direito à saúde (WHO, 2011), embora se tenham evidências de que o acesso a medicamentos é feito de forma desigual, coexistindo com grandes iniquidades sociais (WIRTZ et al., 2013; BRASIL, 2014; VIANA et al., 2015; KATREIN et al., 2015).

Dados da Organização Mundial de Saúde (OMS) mostram que apenas dois terços da população mundial possui acesso regular a medicamentos (WHO, 2011), sendo que 15% daqueles que vivem em países desenvolvidos consomem mais de 90% da produção mundial de produtos farmacêuticos. Além disso, a despesa média per capita com produtos farmacêuticos em países de alta renda é 100 vezes maior que a de países de baixa renda (WHO, 2008).

Os estudos mostram elevadas prevalências de acesso global a medicamentos (RUSHWORTH et al., 2015; WIRTZ et al., 2013; BLUM; LUIZA; BERMUDEZ, 2011; CARVALHO et al., 2005), no entanto quando se observa o acesso gratuito, verifica-se redução importante nesta prevalência (BOING et al., 2013). No Brasil, em 2014, a prevalência de acesso gratuito para doenças crônicas variou de 27% (medicamento para doença pulmonar) a 61% (medicamentos para hipertensão). Esse acesso também é muito baixo quando avaliado para medicamentos para episódios e afecções agudas (prevalência de medicamentos pagos pelo paciente: 81,2% para afecções respiratórias agudas; 77,9% para dor; 70,9% para febre; 63,1% para infecção e 54,8% para afecções gastrointestinais) (BRASIL, 2014). Estudo realizado com 36 países em desenvolvimento, entre 2001 e 2006, mostrou que a disponibilidade de medicamentos essenciais para o tratamento de doenças crônicas foi de 36% no setor público (CAMERON et al., 2009).

No tocante aos fatores associados ao acesso a medicamentos, a análise de literatura aponta que, apesar de observadas melhorias, esteja relacionado a diferenças sociodemográficas (BERTOLDI et al., 2004; CARVALHO et al., 2005; ARRAIS et al., 2005; PANIZ et al., 2008; PANIZ et al., 2010; VOSGERAL et al., 2011; AZIZ et al., 2011; BOING et al., 2013; VIANA et al., 2015; KATREIN et al., 2015) e a condições gerais de saúde (BERTOLDI et al., 2004; ARRAIS et al., 2005; CARVALHO et al., 2005; VOSGERAL et al., 2011). Essas diferenças também são observadas em níveis regionais, tais como nas Grandes Regiões brasileiras. Maiores prevalências de acesso a medicamentos são observadas na região Sul e as menores, nas regiões Norte e Nordeste (BOING et al., 2013; VIANNA et al., 2015).

O acesso a medicamentos se dá por sua disponibilidade física, acessibilidade geográfica, capacidade aquisitiva e aceitabilidade dos usuários, bem como pela qualidade dos produtos, que deve estar presente em todas essas dimensões do acesso (WHO, 2000). Assim, de acordo com a Organização Mundial de Saúde, políticas nacionais e estratégias de preços e aquisição de medicamentos são necessárias para garantir que os medicamentos sejam acessíveis (WHO, 2004a). No

entanto, para que essas políticas sejam adequadas às necessidades da população, é necessária a avaliação contínua dos indicadores de acesso e a avaliação dos seus fatores associados, sendo os inquéritos nacionais especialmente úteis para esta finalidade. Inquéritos nacionais são componentes essenciais de um sistema nacional de informações e buscam suprir as necessidades dos gestores no que se refere à insuficiência de informações (MALTA, et al., 2008). Permitem conhecer o perfil da população e podem fornecer indicadores para avaliação do desempenho de todo o sistema de saúde (SZWARCWALD; SOUZA-JÚNIOR; DAMACENA, 2010).

Atualmente, a Pesquisa Nacional de Saúde (PNS), realizada em 2013, com o objetivo de caracterizar a situação de saúde do país (SZWARCWALD et al., 2014), representa uma das maiores bases de dados contendo informações sobre acesso e utilização de medicamentos pela população brasileira. Nesse sentido, é relevante usufruir do esforço dedicado à realização de uma pesquisa em âmbito nacional, com vistas a contribuir para o aperfeiçoamento dos programas e políticas de saúde pública, que visem a ampliar o acesso a medicamentos e a melhorar a qualidade da assistência farmacêutica no país. Assim, o objetivo desse trabalho foi avaliar o acesso a medicamentos prescritos por profissionais de saúde na população adulta brasileira, bem como os fatores associados ao acesso, segundo as informações disponíveis na PNS e revisão de literatura.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

Caracterizar o acesso a medicamentos prescritos por profissionais de saúde na população adulta brasileira e avaliar os fatores associados ao acesso.

2.2 Objetivos específicos

Estimar a prevalência de acesso a medicamentos prescritos por profissionais de saúde na população adulta brasileira;

Descrever o acesso a medicamentos prescritos por profissionais de saúde de acordo com os locais de obtenção;

Descrever os motivos para o não acesso a medicamentos prescritos;

Descrever o dispêndio monetário para obtenção de medicamentos prescritos;

Avaliar a associação entre o acesso a medicamentos prescritos por profissionais de saúde e fatores sociodemográficos e condições gerais de saúde.

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 Acesso a medicamentos

Os medicamentos - produtos farmacêuticos utilizados com finalidades profilática, curativa, paliativa ou para fins de diagnóstico (BRASIL, 1973a) - podem ser considerados um dos principais instrumentos terapêuticos capazes de modificar as condições de saúde do indivíduo. Entretanto, sua falta ou utilização errônea e indiscriminada podem provocar danos à saúde das coletividades humanas (PAULA et al, 2009), sendo necessária a definição de políticas públicas com o intuito de promover o acesso e o uso racional. Assegurar o acesso a medicamentos essenciais é uma das competências primordiais do Estado (BENNETT et al.,1997).

De acordo com a Política Nacional de Medicamentos (PNM), medicamentos essencias são aqueles considerados "básicos e indispensáveis para atender a maioria dos problemas de saúde da população" (BRASIL, 1998). Já a OMS adota a seguinte definição:

> Medicamentos essenciais são aqueles que satisfazem as principais necessidades de cuidados de saúde da maioria da população; são selecionados de acordo com a prevalência das doenças, a evidência de eficácia e segurança em estudos comparativos de custo-efetividade; devem estar sempre disponíveis no contexto do sistema de saúde, em quantidades adequadas, em apresentações apropriadas, com qualidade assegurada e a um preço que o indivíduo e a comunidade possam pagar (WHO, 2014b).

Apesar de ser amplamente utilizado, o termo "acesso" não possui uma definição clara, o que dificulta a mensuração e o monitoramento de intervenções implementadas, além de limitar a comparação entre grupos ou países (WHO, 2000). É um conceito complexo, que varia entre autores e que muda de acordo com o tempo e com o contexto (TRAVASSOS; MARTINS, 2004).

No que se refere ao acesso a medicamentos, a Organização Mundial da Saúde o define como a capacidade de se obter o medicamento, seja por distribuição gratuita ou por compra (WHO, 1985). Outros autores dizem que é a relação entre a

necessidade do medicamento e a sua oferta, considerando que essa necessidade seja satisfeita no local e no momento requerido pelo usuário, com a garantia de qualidade e a informação suficiente para o uso adequado (BERMUDEZ et al., 2000). Acesso também é definido como acessibilidade e disponibilidade contínua dos medicamentos nas unidades de saúde públicas ou privadas ou pontos de dispensação de medicamentos que estão dentro de uma hora de caminhada das casas da população (UNITED NATIONS, 2003). A acessibilidade é medida pelo custo necessário para compra da medicação durante o tempo indicado para o tratamento uma determinada doença (UNITED NATIONS, 2003).

Estima-se que pelo menos um terço da população mundial – quase 2 bilhões de pessoas – não tenha acesso regular a medicamentos, o que evidencia iniquidades no cuidado à saúde (WHO, 2011a). Em 1985, 18% da população mundial que vivia em países desenvolvidos consumiram 89% dos produtos farmacêuticos do mundo. Em 1999, aquela percentagem caiu para 15%, mas o consumo de medicamentos cresceu para 91% do total. No mesmo período, observou-se queda no consumo de produtos farmacêuticos nos países de baixa e média rendas, conforme Tabela 1 (WHO, 2004b).

Tabela 1 – Consumo de medicamentos no mundo de acordo com níveis de renda dos países, em US$ bilhões, 1985-1999.

Nível de renda do país	**1985**		**1990**		**1999**	
	Valor	**%**	**Valor**	**%**	**Valor**	**%**
Baixo	3.512	3,9	4.675	2,7	9.222	2,9
Médio	5.884	6,6	13.121	7,5	18.614	5,9
Alto	79.006	88,9	156.358	89,8	289.822	91,2
Total	**88.402**	**100**	**174.374**	**100**	**317.658**	**100**

Fonte: WHO, 2004b

No Brasil, 15% da população com renda acima de 10 salários mínimos consome 48% da produção farmacêutica total, enquanto 51% da população, com renda até quatro salários mínimos, consome apenas 16% da produção (BRASIL, 1998).

A prevalência de acesso global, medida pela obtenção do medicamento, independentemente do local de aquisição, tem sido elevada em países desenvolvidos ou em desenvolvimento (RUSHWORTH et al., 2015; LEYVA-FLORES et al., 1998; WIRTZ et al., 2013). Na Escócia, 88,5% dos moradores de áreas remotas e rurais, que possuíam prescrição médica, tiveram acesso a medicamentos (RUSHWORTH et al., 2015). No México, verificou-se que, em 1994, a prevalência de acesso foi de 97% entre as pessoas que receberam prescrição (LEYVA-FLORES et al., 1998) e de 89,2% entre aqueles que relataram ter algum problema de saúde em 2012 (WIRTZ et al., 2013). Em países subdesenvolvidos da África e Ásia, metade da população não tem acesso a medicamentos (WHO, 2008).

No Brasil, de acordo com os resultados da Pesquisa Mundial de Saúde (PMS) de 2003, a prevalência de acesso foi de 87% (CARVALHO et al., 2005). Em 2004, conforme Pesquisa Domiciliar para Medida de Acesso e Uso de Medicamentos (PNAUM), esse valor foi de 90% (BLUM; LUIZA; BERMUDEZ, 2011). Dados recentes da PNAUM realizada em 2013/2014 demostraram elevada prevalência de acesso a medicamentos para hipertensão (94%) e diabetes (95%) (BRASIL, 2014).

No que se refere aos principais motivos para a não obtenção de medicamentos, a literatura mostra que estes correspondem à impossibilidade de pagamento (SZWARCWALD et al., 2004; OPAS, 2005; CARVALHO et al., 2005; PANIZ, et al. 2010) e à ausência do produto na farmácia (CARVALHO et al., 2005).

A capacidade aquisitiva é um problema importante na questão de acesso à saúde. No Brasil, os cuidados com a saúde representam a quarta maior categoria das despesas de consumo das famílias, depois de habitação, alimentação e transporte. Entre todas as despesas de saúde, os medicamentos representam a maior parcela, seguidos por planos de saúde (SILVEIRA; OSÓRIO; PIOLA, 2002). Os gastos das famílias brasileiras com medicamentos são altamente impactantes, principalmente para as classes de menor rendimento (rendimentos até R$ 400,00 mensais), representando 76% do total de gastos com saúde, enquanto que para famílias de maior poder aquisitivo, esse gasto gira em torno de 23,7% (IBGE, 2007).

Diante da preocupação com a falta de medicamentos para a população de baixa renda, o Brasil e outros países em desenvolvimento, especialmente a partir da década de 1970, buscaram desenvolver políticas e programas governamentais para assegurar a disponibilidade de medicamentos para a população (MELO; RIBEIRO; STORPIRTIS, 2006).

3.2 Políticas de acesso a medicamentos no Brasil

3.2.1 Assistência Farmacêutica no Brasil

No Brasil, a inserção da assistência farmacêutica nas políticas públicas teve origem na década de 1930, com a criação dos Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAPs). Neste período, a venda de medicamentos era realizada, obrigatoriamente, pelas instituições previdenciárias e, após a criação do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), passou a ser feita em drogarias próprias, sindicatos ou empresas conveniadas (BERMUDEZ; OLIVEIRA; LUIZA, 2012).

A primeira política pública na área de assistência farmacêutica no país foi instituída em 1971, com a criação da Central de Medicamentos – CEME (CONASS, 2011), cujos objetivos eram o fornecimento de medicamentos de uso humano, a preços acessíveis, àqueles que não tinham condições econômicas de adquiri-los (BRASIL, 1971), e a regulação da produção e distribuição de medicamentos pelos laboratórios farmacêuticos públicos (BRASIL, 1972).

Durante muito tempo, as ações de Assistência Farmacêutica no sistema de saúde público brasileiro se misturaram às ações da CEME (OLIVERIA, 2010), cuja atuação era marcada por uma política fortemente centralizada de aquisição e de distribuição de medicamentos (CONASS, 2011).

Inicialmente a CEME era subordinada à Presidência da República (TAVEIRA, 2013), quando, em julho de 1975, por meio do Decreto nº. 75.985, passou a ser vinculada ao Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS) e, em 1985, pelo Decreto

nº. 67.91.439, foi transferida para o Ministério da Saúde (SANT´ANA; ASSAD, 2004). Durante sua vigência, a CEME passou por várias fases, conforme as influências das diversas correntes ideológicas e interesses políticos vigentes na época, de modo que suas ações, constantemente, desviaram-se dos objetivos iniciais (COSENDEY, 2000), culminando com a sua desativação em 1997, em meio a inúmeras críticas de ineficiência (PORTELA, 2010).

Dentre as iniciativas da CEME, vale destacar o primeiro Plano Diretor de Medicamentos, estabelecido pelo Decreto nº 72.552, de 30 de julho de 1973, com o intuito de coordenar e controlar o sistema nacional de produção, distribuição e comercialização farmacêuticas, por meio de medidas de Racionalização do Sistema Oficial de Produção de Medicamentos e do Sistema Oficial de Controle Técnico da Produção e Comercialização Farmacêutica (BRASIL, 1973b).

Outro marco importante da CEME foi a implementação da Relação Nacional de Medicamentos Básicos (RMB), por meio da Portaria MPAS/GM 514, de 18 de outubro de 1976, constituída por 300 substâncias, em 535 apresentações (OLIVEIRA; LABRA; BERMUDEZ, 2006).

Destaca-se o pioneirismo do Brasil que, anteriormente, em 1964, estabeleceu a primeira lista denominada Relação Básica e Prioritária de Produtos Biológicos e Materiais para Uso Farmacêutico Humano e Veterinário, por meio do Decreto nº. 53.612, (BERMUDEZ; OLIVEIRA; LUIZA, 2012), precedendo à Organização Mundial de Saúde (OMS), cuja primeira lista de medicamentos essenciais foi publicada em 1977 (PORTELA, 2010).

A RMB foi atualizada em 1977 (Portaria MPAS/ GM 817/77) e passou a ser oficialmente denominada Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) pela Portaria Interministerial MPAS/MS/MEC 03, de 15 de dezembro de 1982 (SILVA, 2000).

Outra ação relevante da CEME foi o lançamento do Programa de Farmácia Básica, em 1987, que compreendeu a seleção de, aproximadamente, 40 itens de medicamentos integrantes da RENAME, destinados à atenção primária (OLIVEIRA; LABRA; BERMUDEZ, 2006), com o intuito de padronizar os medicamentos usados no tratamento das doenças mais frequentes no Brasil, em nível ambulatorial. Devido às diversidades nos perfis epidemiológicos das regiões brasileiras, o programa fracassou diante da falta de alguns medicamentos e excesso de outros (COSENDEY et al., 2000).

Em 1988, com a promulgação da nova Constituição Federal, é instituído o Sistema Único da Saúde (SUS), quando a saúde passa a ser considerada direito de todos e dever do Estado. A descentralização, o atendimento integral e a participação da comunidade passam a constituir as diretrizes que orientaram a organização das ações e serviços públicos de saúde no país (BRASIL, 1988).

Em relação aos medicamentos, a Lei 8080, que dispõe sobre a organização e funcionamento do SUS, atribuiu a esse sistema a competência pela formulação da política de medicamentos e pela execução de ações de assistência terapêutica integral, inclusive a farmacêutica (BRASIL, 1990). Entretanto, naquele momento, as ações relacionadas à Assistência Farmacêutica ainda estavam sob a responsabilidade da CEME cuja atuação centralizada apresentava-se em desacordo com a dinâmica de descentralização das ações de saúde que estavam sendo implementadas (MÉDICI et al*,*1992 apud LAMB, 2013). Esse fato, aliado a outros fatores relacionados à falta de efetividade da proposta, levou à extinção da CEME em 1997.

A desarticulação da Assistência Farmacêutica no Brasil com as mudanças que vinham sendo implementadas no campo da saúde, bem como a necessidade de superar os problemas relacionados ao abastecimento de medicamentos e ampliação do acesso, culminaram com a publicação da Portaria n.º 3.916, de 30 de outubro de 1998, que aprovou a Política Nacional de Medicamentos no Brasil (PNM) (CONASS, 2011).

3.2.2 Política Nacional de Medicamentos

O I Encontro Nacional de Assistência Farmacêutica e Política de Medicamentos, realizado pela CEME, em Brasília, em 1988, marcou a reorganização da Assistência Farmacêutica no Brasil, pois lançou as bases de uma proposta para a política de medicamentos – fundamentada nos princípios doutrinários e organizativos do SUS – e intensificou a discussão sobre um conceito de Assistência Farmacêutica, capaz de orientar as ações no âmbito da saúde (PERINI, 2003).

Em 1990, a Lei Federal 8.080 previu a formulação, pelo SUS, de uma política de medicamentos de interesse para a saúde, um elemento importante para a melhoria das condições de assistência à saúde da população (BRASIL, 1990).

Assim, em 1998, foi publicada, pela Portaria nº 3.916 do Ministério da Saúde, a Política Nacional de Medicamentos, que representou um marco fundamental para a Assistência Farmacêutica no Brasil, por formalizar, por parte do governo, um compromisso com a regulação do setor farmacêutico e com a promoção do acesso a medicamentos (BERMUDEZ; OLIVEIRA; LUIZA, 2012).
A PNM tem o propósito de “garantir a necessária segurança, eficácia e qualidade dos medicamentos, a promoção do uso racional e o acesso da população àqueles considerados essenciais” (BRASIL, 1998).

Para a consecução dos objetivos da PNM, as ações governamentais – nas esferas municipal, estadual e federal – devem ser conduzidas de acordo com as seguintes diretrizes: (I) Adoção de uma relação de medicamentos essenciais (RENAME); (II) Regulamentação sanitária de medicamentos; (III) Reorientação da Assistência Farmacêutica; (IV) Promoção do uso racional de medicamentos; (V) Desenvolvimento científico e tecnológico; (VI) Promoção da produção de medicamentos; (VII) Garantia da segurança, eficácia e qualidade dos medicamentos; (VIII) Desenvolvimento e capacitação de recursos humanos (BRASIL, 1998).

Essas diretrizes abrangem um conjunto de prioridades, bases para o efetivo cumprimento do propósito da política, como: revisão permanente da RENAME, Assistência Farmacêutica, Promoção do Uso Racional de Medicamentos e Organização das Atividades de Vigilância Sanitária de Medicamentos (BRASIL, 1998).

A PNM foi fundamental para a concretização de ações direcionadas para a promoção do acesso e utilização racional de medicamentos pela população, bem como para o amadurecimento do conceito de Assistência Farmacêutica (MACHADO, 2012).

O conceito de Assistência Farmacêutica descrito na PNM é adotado como sinônimo de serviços farmacêuticos, que descrevem atividades cujos objetivos são o abastecimento de medicamentos de qualidade e sua entrega aos usuários, valorizando as atividades de cunho administrativo e gerencial (OLIVEIRA; BERMUDEZ; OSORIO-DE-CASTRO, 2007).

A reorientação do modelo de assistência farmacêutica proposto pela PNM tem como base a descentralização da gestão, a promoção do uso racional dos medicamentos, a otimização e eficácia do sistema de distribuição no setor público, além do desenvolvimento de iniciativas para a redução nos preços dos produtos (BRASIL, 1998). Nesse modelo, a Assistência Farmacêutica não poderia se restringir à aquisição e à distribuição de medicamentos (BRASIL, 1998), mas deveria englobar os processos de seleção, programação, aquisição, armazenamento, distribuição e dispensação de medicamentos, componentes que se inter-relacionam e integram o "Ciclo da Assistência Farmacêutica" (MARIN et al., 2003, p. 130).

3.2.3 Política Nacional de Assistência Farmacêutica

A Política Nacional de Assistência Farmacêutica (PNAF) foi instituída pela Resolução nº 338, de 06 de maio de 2004, a partir das discussões e deliberações da 1ª Conferência Nacional de Medicamentos e Assistência Farmacêutica e da 12ª Conferência Nacional de Saúde, realizadas no ano de 2003 (BRASIL, 2004a).

A implementação dessa política representou um grande avanço, principalmente por deslocar a ênfase dos medicamentos para o serviço de saúde (JARAMILO; CORDEIRO, 2014). Isso porque a PNAF privilegia o fornecimento de medicamentos, no entanto, sem deixar de atribuir a mesma relevância aos serviços, como dispensação e atenção, que são pontos fundamentais para a promoção do uso racional de medicamentos (OLIVEIRA; BERMUDEZ; OSORIO-DE-CASTRO, 2007).

A Política Nacional de Assistência Farmacêutica ampliou o conceito de Assistência Farmacêutica ao defini-lo como:

> Conjunto de ações voltadas à promoção, proteção e recuperação da saúde, tanto individual como coletiva, tendo o medicamento como insumo essencial e visando ao acesso e ao seu uso racional. Esse conjunto envolve a pesquisa, o desenvolvimento e a produção de medicamentos e insumos, bem como a sua seleção, programação, aquisição, distribuição, 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, 2004a).

Nesse contexto, destaca-se a ênfase nas ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, em consonância com os princípios da universalidade e integralidade do Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2004a).

Além disso, a Assistência Farmacêutica, como parte integrante da política nacional de saúde, passou a ser compreendida como política norteadora para a formulação das políticas setoriais, tais como as políticas de medicamentos, de ciência e tecnologia, de desenvolvimento industrial e de formação de recursos humanos, de forma a garantir a intersetorialidade (BRASIL, 2004a).

A Política Nacional de Assistência Farmacêutica engloba treze eixos estratégicos:

I - a garantia de acesso e equidade às ações de saúde;

II - manutenção de serviços de assistência farmacêutica na rede pública de saúde, nos diferentes níveis de atenção;

III - qualificação dos serviços de assistência farmacêutica;

IV - descentralização das ações, de forma pactuada, com o objetivo de superar a fragmentação em programas desarticulados;

V - desenvolvimento, valorização, formação e capacitação de recursos humanos;
VI - modernização e ampliação da capacidade instalada e de produção dos Laboratórios Farmacêuticos Oficiais;
VII - adoção da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME), atualizada periodicamente, como ferramenta racionalizadora das ações no âmbito da assistência farmacêutica;
VIII - pactuação de ações intersetoriais que visem à internalização e o desenvolvimento de tecnologias que atendam às necessidades de produtos e serviços do SUS;
IX - implementação de forma intersetorial, de uma política pública de desenvolvimento científico e tecnológico, envolvendo os centros de pesquisa e as universidades brasileiras, com o objetivo do desenvolvimento de inovações tecnológicas que atendam aos interesses nacionais e às necessidades e prioridades do SUS;
X - definição e pactuação de ações intersetoriais que visem à utilização das plantas medicinais e medicamentos fitoterápicos no processo de atenção à saúde;
XI - construção de uma Política de Vigilância Sanitária que garanta o acesso da população a serviços e produtos seguros, eficazes e com qualidade;
XII - estabelecimento de mecanismos adequados para a regulação e monitoração do mercado de insumos e produtos estratégicos para a saúde, incluindo os medicamentos;
XIII - promoção do uso racional de medicamentos, por intermédio de ações que disciplinem a prescrição, a dispensação e o consumo.

A Política Nacional de Assistência Farmacêutica complementa a Política Nacional de Medicamentos, pois mantém os princípios da descentralização e de pactuação entre os gestores e, simultaneamente, destaca a necessidade de integralizar as ações de assistência farmacêutica no SUS, por meio do acesso a medicamentos, da qualidade e da humanização da Assistência Farmacêutica no país (OLIVEIRA; BERMUDEZ; OSORIO-DE-CASTRO, 2007).

3.2.4 Integração das políticas de assistência farmacêutica e de medicamentos e a ampliação do acesso a medicamentos

Para assegurar a efetiva implementação da Política Nacional de Medicamentos e da Política Nacional de Assistência Farmacêutica, várias iniciativas foram conduzidas com o intuito de concretizar os objetivos definidos e promover melhorias na assistência à saúde da população. Dentre estas, destaca-se a implementação da política de medicamentos genéricos, publicada pela Lei nº 9.787, de 10 de janeiro de 1999, com o objetivo de fomentar a concorrência comercial, reduzindo os preços e facilitando o acesso da população aos medicamentos (ARAÚJO et al., 2010).

Outro marco importante foi a criação do Programa Farmácia Popular do Brasil (PFPB), implantado em 2004 pelo Decreto nº 5.090, com a finalidade de ampliar o acesso da população a medicamentos essenciais e reduzir os gastos com medicamentos no orçamento familiar (BRASIL, 2004b). O programa se baseia no sistema de copagamento, em que o medicamento é vendido a baixo custo na Farmácia Popular ao usuário portando a receita médica ou odontológica. A maior parte do valor do medicamento é subsidiada pelo governo federal (BRASIL, 2005).
O programa fornece medicamentos e produtos para a saúde por três iniciativas: pela Rede Própria, pelo “Aqui Tem Farmácia Popular” e pelo “Saúde não tem preço” (BRASIL, 2015).

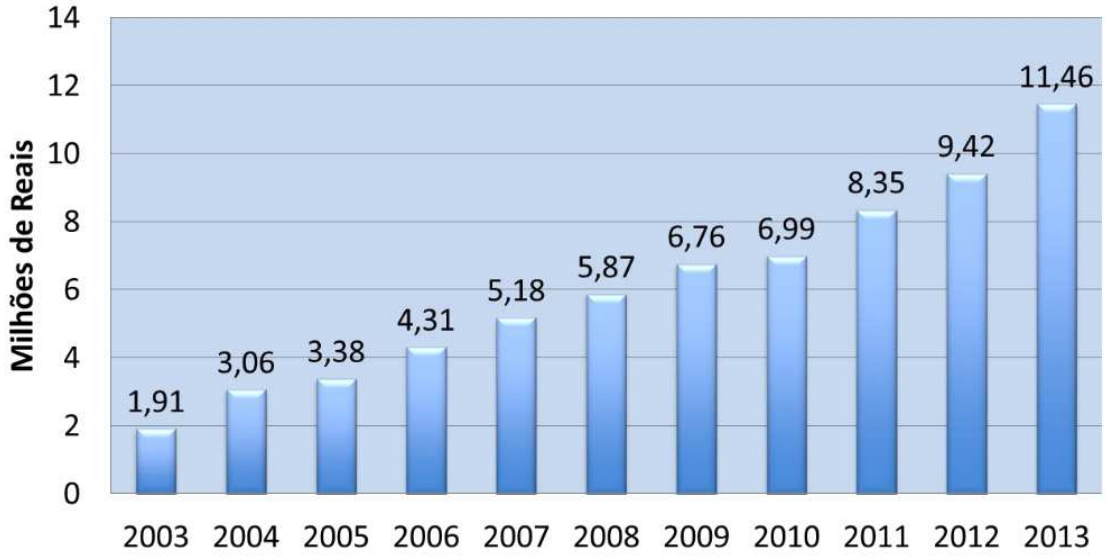
A Rede Própria, criada em 2004, é formada por Farmácias Populares próprias do governo federal ou, na maioria dos casos, criadas em parceria com os estados, Distrito Federal, municípios e entidades filantrópicas, responsáveis pelo fornecimento de medicamentos pelo sistema de copagamento (MACHADO; BAPTISTA; NOGUEIRA, 2011). Atualmente, são fornecidos 112 itens, incluindo medicamentos e preservativo masculino, os quais são dispensados pelo seu valor de custo, representando uma diminuição de até 90% do valor de mercado (BRASIL, 2015).

O “Aqui Tem Farmácia Popular” refere-se a uma expansão do programa “Farmácia Popular do Brasil”, que foi implementada pela Portaria nº 491, de 9 de março de 2006, e funciona mediante o credenciamento da rede privada de farmácias e drogarias comerciais de todo o país (MACHADO; BAPTISTA; NOGUEIRA, 2011), com o objetivo de favorecer a aquisição de medicamentos indispensáveis ao tratamento de hipertensão arterial e diabetes *mellitus*, doenças de maiores prevalências na população brasileira (BRASIL, 2006). Esse programa proporcionou um avanço no consumo de medicamentos, principalmente, nas classes sociais C e D (TREVISAN; JUNQUEIRA, 2010).

A partir de 2011, uma nova modalidade do Programa, denominada “Saúde não tem preço”, passou a disponibilizar gratuitamente uma série de medicamentos indicados para o tratamento da hipertensão arterial e do diabetes *mellitus*, tanto nas unidades próprias, quanto nas drogarias e farmácias conveniadas (BRASIL, 2011).

O PFPB coexiste com outras estratégias federais de assistência farmacêutica voltadas para a rede pública. Entre 2004 e 2008, houve aumento dos gastos federais direcionados para outros programas, mas o “Farmácia Popular” apresentou o maior crescimento de gastos em termos relativos (MACHADO, 2011). Para tanto, o gasto do Ministério da Saúde com aquisição e financiamento de medicamentos teve aumento anual progressivo e significativo, no período de 2003 a 2013, como pode ser observado na Figura 1.

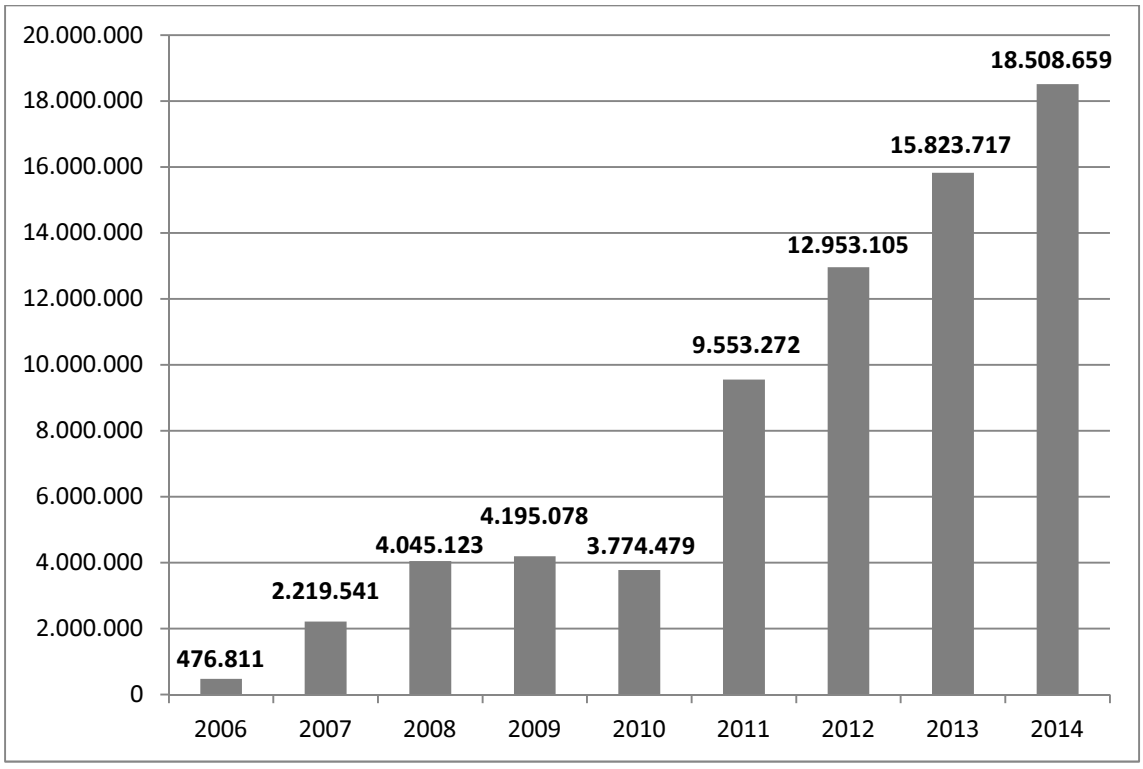
Figura 1 - Despesas anuais do Ministério da Saúde na aquisição e financiamento de medicamentos no período de 2003 a 2013.



Fonte: Brasil, 2014.

O número de farmácias participantes do PFPB também aumentou substancialmente, o que proporcionou melhorias no acesso a medicamentos e permitiu que um número maior de pessoas tivesse acesso a medicamentos subsidiados pelo governo federal (EMMERICK, 2015). Em 2006, 476,8 mil pessoas utilizaram o Programa e, em 2014, o número de beneficiados atingiu 18 milhões de indivíduos (Figura 2). Além disso, o subsídio governamental e a dispensação de medicamentos genéricos ou de marcas similares tornam o programa eficaz, pois favorece o acesso a medicamentos pelas pessoas de baixa renda, viabilizando a adesão ao tratamento desta população (INOCÊNCIO; DE VIVO, 2011).

Figura 2 – Número anual de pessoas atendidas pelo “Aqui tem Farmácia Popular” no período de 2006 a 2014.



Fonte: Elaboração a partir de dados disponibilizados via e-SIC.

Uma análise da procedência da população atendida pelo PFPB no período de 2005 a 2007, em todo o país, revelou que a maioria dos usuários é originária do setor privado. Entretanto, ao se comparar os dados por macrorregião geográfica, observou-se maior número de atendimentos à população proveniente da rede pública nas regiões Norte e Nordeste (SANTOS-PINTO; COSTA; OSORIO-DE-CASTRO, 2011).

A maior parte dos medicamentos (70%) disponíveis pelo PFPB também faz parte do elenco de outros programas do Ministério de Saúde, pois ambos se baseiam na RENAME. Assim, o PFPB é uma alternativa para a obtenção de medicamentos, tanto para usuários da rede privada quanto para os usuários da rede pública. No entanto, o grande número de atendimentos pelo PFPB a usuários provenientes do SUS pode refletir problemas com o fornecimento público de medicamentos, uma vez que os usuários buscam, nas unidades do PFPB, medicamentos que deveriam ter

sido obtidos na unidade básica de saúde (SANTOS-PINTO; COSTA; OSORIO-DE-CASTRO, 2011). Por outro lado, os altos preços no setor privado podem contribuir para que o programa seja uma alternativa de acesso aos fármacos para os pacientes provenientes dos serviços de atendimento privado (SANTOS-PINTO et al., 2010).

3.3 Fatores associados ao acesso a medicamentos

A falta de acesso a medicamentos é o reflexo de questões relacionadas à organização e financiamento dos serviços de saúde (WHO, 2004b). As evidências quanto à falta de acesso estão relacionadas a fatores como à indisponibilidade dos produtos, à qualidade e preço dos medicamentos (WHO, 2004a). Além disso, o acesso a medicamentos se mostra heterogêneo de acordo com variáveis sociodemográficas (CARVALHO et al., 2005; PANIZ et al., 2008; PANIZ et al., 2010; AZIZ et al., 2011; BOING et al., 2013; VIANA et al., 2015; KATREIN et al., 2015) e com as condições gerais de saúde da população (CARVALHO et al., 2005; AZIZ et al., 2011; VIANA et al., 2015).

Em relação às condições sociodemográficas, de modo geral, observam-se diferenças nas prevalências de acesso a medicamentos conforme sexo (CARVALHO et al., 2005; EMMERICK et al, 2013), idade (CARVALHO et al., 2005; PANIZ et al., 2008; AZIZ et al., 2011; VIANA et al., 2015), escolaridade (PANIZ et al., 2008; EMMERICK et al, 2013), renda (CARVALHO et al., 2005; PANIZ et al., 2008; VIANA et al., 2015; KATREIN et al., 2015) e cor da pele (AZIZ et al., 2011; BOING et al., 2013).

Carvalho et al. (2005) analisaram os dados da Pesquisa Mundial de Saúde realizada no Brasil, no ano de 2003, para 5.000 adultos maiores de 18 anos que conseguiram obter os medicamentos prescritos por profissionais de saúde. Os autores observaram que o acesso a medicamentos por mulheres foi maior que por homens. Entretanto, Emmerick et al. (2013) observaram maior acesso entre os homens, em estudo baseado em inquérito domiciliar realizado em Nicarágua, Honduras e Guatemala em 2013. Em estudo realizado com 1.469 indivíduos idosos na área

urbana do município de Florianópolis/SC, em 2009, não foi observada associação entre a prevalência de acesso a medicamentos e sexo (AZIZ et al., 2011).

No que se refere à idade, as evidências mostram resultados divergentes quanto à associação entre esse fator e a prevalência de acesso (CARVALHO et al., 2005; PANIZ et al., 2008; AZIZ et al., 2011). Alguns estudos demostraram o aumento do acesso com o aumento da idade (CARVALHO et al., 2005; PANIZ et al., 2008), enquanto outros não observaram associação significante (AZIZ et al., 2011; KATREIN et al., 2015). Paniz et al. (2008) encontraram um aumento da prevalência de acesso a medicamentos com o aumento da idade entre adultos da região Sul e idosos da região Nordeste, sendo que essa associação não foi confirmada entre idosos residentes na região urbana de Florianópolis (AZIZ et al., 2011). Em relação ao acesso a medicamentos pelo SUS, estudos verificaram maior acesso entre indivíduos idosos nas faixas etárias mais jovens na população brasileira (AZIZ et al., 2011; VIANA et al., 2015).

A cor da pele tem sido utilizada como importante proxy de condição socioeconômica, sendo que indivíduos de cor branca apresentam maior chance de acesso global, desconsiderando o tipo de serviço que tenha ofertado o medicamento (público ou privado) (BERTOLDI et al., 2004). Porém, ao se considerar o acesso exclusivamente via SUS, verifica-se maior prevalência de acesso entre indivíduos de pele preta (BOING et al., 2013). Resultados semelhantes foram encontrados entre idosos pretos e pardos residentes em Florianópolis/SC (AZIZ et., 2011). Entretanto, Katrein et al. (2015) não observaram diferenças no acesso a medicamentos para doenças crônicas em relação ao tipo de pele entre mulheres brasileiras.

Em relação às medidas socioeconômicas, as evidências mostram que indivíduos de menor escolaridade e renda têm menor acesso a medicamentos (BERTOLDI et al., 2004; CARVALHO et al. 2005; KATREIN et al., 2015). A falta de dinheiro está entre os principais fatores associados à falta de acesso a medicamentos em estudos conduzidos por diferentes autores (CARVALHO et al., 2005; PANIZ et al., 2010; BOING et al., 2013; EMMERICK et al., 2013; KATREIN et al., 2015; AZIZ et al., 2011).

Paniz et al. (2008) observaram que, para os idosos das regiões Sul e Nordeste do Brasil, maior escolaridade se associou a maior acesso a medicamentos de uso contínuo. Corroborando esses achados, Emmerick et al. (2013) observaram que o alto nível educacional aumenta a chance de acesso a medicamentos no sistema de saúde.

Katrein et al. (2015) observaram que o acesso a medicamentos aumentou com o incremento no nível socioeconômico, em um estudo conduzido a partir dos dados de 15.575 mulheres brasileiras com idades entre 15 e 49 anos, obtidos por meio da Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Mulher e da Criança, realizada no Brasil em 2006. As mulheres com nível socioeconômico mais elevado tiveram prevalência de acesso 11% maior do que aquelas de nível socioeconômico mais baixo. No estudo conduzido por Viana et al. (2015), 50,7% dos indivíduos que tiveram acesso a todos os medicamentos de que precisavam, os obtiveram pela compra, sendo maiores as chances de acesso entre aqueles de maior renda.

Com relação às condições gerais de saúde as evidências mostram que existem diferenças nas prevalências de acesso a medicamentos de acordo com o número de doenças crônicas (CARVALHO et al., 2005; KATREIN et al., 2015; VIANA et al., 2015), percepção do estado de saúde (CARVALHO et al., 2005; EMMERICK et al., 2013) e filiação a planos de saúde (EMMERICK et al., 2013; KATREIN et al., 2015). Quanto maior o número de doenças, menor o acesso total a medicamentos necessários para o tratamento (prevalência de acesso de 94% entre indivíduos com apenas uma doença e 88% entre aqueles com 3 ou mais doenças crônicas) (BRASIL, 2014).

Katrein et al. (2015) observaram que mulheres portadoras de uma ou duas doenças crônicas tiveram probabilidade de acesso a medicamentos 7% maior em relação a quem tinha três ou mais doenças. Viana et al. (2015) verificaram que os indivíduos portadores de quatro ou mais morbidades apresentaram 2,7 vezes mais chances de não obterem medicamentos, quando comparados a indivíduos sem doenças. AZIZ et

al. (2011) observaram que a prevalência de acesso a medicamentos entre idosos portadores de cinco ou mais doenças crônicas foi 6,7% menor, quando comparada aos indivíduos com uma ou nenhuma doença crônica.

De acordo com a literatura, a autoavaliação do estado de saúde deve ser considerada quando da avaliação do acesso a medicamentos, uma vez que pessoas com pior estado de saúde tendem a procurar mais os serviços de saúde em busca de melhora (ARRAIS et al., 2005). Maiores prevalências de acesso têm sido observadas entre indivíduos com pior autoavaliação de saúde (CARVALHO et al., 2005). Entretanto, Viana et al. (2015) observaram que os idosos do grupo que não tiveram acesso à totalidade dos medicamentos relataram pior percepção do estado de saúde.

No que se refere à filiação a planos de saúde, pessoas filiadas apresentam mais chance de acesso a medicamentos por compra quando comparadas com as que não são filiadas (VIANA et al., 2015). Entretanto, Katrein et al. (2015) não observaram diferença no acesso a medicamentos segundo a posse de convênio de saúde. Estudo realizado por Lima et al. (2002), a partir dos dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) de 1998, revelou que o aumento da cobertura por planos de saúde se mostrou diretamente relacionado à renda familiar mensal, havendo uma associação positiva entre a renda e as taxas de consultas médicas. Segundo os autores, esse fato contribuiu para o maior acesso aos serviços de saúde e para a aquisição de medicamentos por parte das pessoas de melhor nível socioeconômico.

O Quadro 1 resume os principais resultados da revisão de literatura feita neste estudo.

Quadro 1 – Síntese dos estudos sobre acesso a medicamentos.

Autor, ano de publicação	**Local**	**Amostra**	**Medida de acesso**	**Principais resultados**
LOYOLA FILHO et al., 2002.	Brasil/Minas Gerais	n = 419 indivíduos com idade acima de 18 anos.	Uso de medicamentos segundo a prescrição médica nos últimos 90 dias.	92,1% das pessoas que utilizaram medicamentos prescritos tiveram gastos monetários com medicamentos nos últimos 12 meses.
CARVALHO et al., 2005.	Brasil	n = 5.000 adultos maiores de 18 anos que possuíam algum medicamento em casa. Dados oriundos da Pesquisa Mundial de Saúde, Brasil, 2003.	Utilização de medicamentos nas duas semanas anteriores à data da pesquisa, segundo prescrição médica.	87% dos adultos obtiveram todos os medicamentos prescritos. Dentre os indivíduos que não conseguiram adquirir todos os medicamentos prescritos (13%), a maioria (55,0%) relatou que não podia pagar.

Autor, ano de publicação	Local	Amostra	Medida de acesso	Principais resultados
PANIZ et al., 2008.	Brasil/Regiões Sul e Nordeste do Brasil	n = 4.060 adultos com idades entre 30 e 64 anos e 4.003 idosos com idades acima de 64 anos. Dados oriundos do estudo de linha de base do Projeto de Expansão e Consolidação Saúde da Família (PROESF).	Obtenção de todos os medicamentos de uso contínuo.	A prevalência de acesso a medicamentos de uso contínuo em adultos foi de 81%, sem diferença significativa entre as regiões [Sul (83,7%) e Nordeste (78,8%)]. Houve diferença significante entre as regiões para a população idosa [Sul (89,2%) e Nordeste (85%)]. Entre os adultos da Região Sul, maior idade, melhor nível econômico, tipo de morbidade crônica e participação em grupos na Unidade Básica de Saúde (UBS) foram associados a um maior acesso a medicamentos de uso contínuo. Entre os adultos do Nordeste, somente o relato de

Autor, ano de publicação	Local	Amostra	Medida de acesso	Principais resultados
				hipertensão arterial sistêmica exclusiva ou combinada com diabetes *mellitus* esteve associado. Entre os idosos da Região Sul, maior escolaridade se associou a um maior acesso a medicamentos de uso contínuo, enquanto, entre os idosos do Nordeste, as variáveis associadas foram maior idade, maior escolaridade, ser não fumante, ter vínculo com a UBS e ser atendido pelo modelo de atenção PSF.
PANIZ et al., 2010.	Brasil/Regiões Sul e Nordeste	n = 4.003 idosos residentes na área das unidades básicas de saúde (UBS) de 41	Obtenção gratuita de medicamentos prescritos para hipertensão e diabetes.	No Nordeste, a prevalência de acesso gratuito foi 62,4% e no Sul, 55,1%. O Programa Saúde da Família (PSF) teve mais impacto sobre o

Autor, ano de publicação	Local	Amostra	Medida de acesso	Principais resultados
		municípios do Sul e do Nordeste brasileiros.		acesso que o modelo tradicional, sendo o acesso maior no Nordeste (61,2%) que no Sul (39,6%). A indisponibilidade do medicamento no serviço público e falta de dinheiro foram determinantes para a falta de acesso a medicamentos.
AZIZ et al., 2011.	Brasil/Santa Catarina/Florianópolis	n = 1.705 idosos residentes na região urbana do município de Florianópolis, SC.	Obtenção de todos os medicamentos prescritos.	Prevalência de acesso a medicamentos de modo geral e pelo SUS foi de 95,8% e 50,3%, respectivamente. Menor acesso a medicamentos entre aqueles com maior dependência funcional e maior número de doenças crônicas. Não houve associação com sexo, idade, renda, cor da pele,

Autor, ano de publicação	Local	Amostra	Medida de acesso	Principais resultados
				escolaridade, número de medicamentos utilizados, possuir cuidador ou plano de saúde privado. A aquisição de medicamentos pelo SUS foi significativamente associada à cor da pele parda ou negra, menor idade, menor escolaridade, menor renda, maior número de doenças crônicas, ausência de plano de saúde e realização de consulta médica nos últimos três meses.
BOING et al., 2013.	Brasil	n = 19.427 indivíduos que tiveram medicamentos prescritos no SUS	Obtenção de todos os medicamentos prescritos no SUS.	A prevalência de acesso a medicamentos no SUS entre os indivíduos que tiveram prescrição pelo SUS foi de 45,3 %. Maior acesso entre habitantes da

Autor, ano de publicação	Local	Amostra	Medida de acesso	Principais resultados
		nas duas últimas semanas anteriores à pesquisa. Dados oriundos da Pesquisa Nacional por Amostras de Domicílios de 2008.		região Sul, de cor de pele preta, com menor escolaridade e menor renda e entre aqueles que residem em domicílios cadastrados na ESF. O acesso pelo setor privado foi maior entre as pessoas de maior renda, com maior escolaridade e de cor de pele branca. Os principais motivos para não obtenção foram a falta de dinheiro e a ausência do produto na farmácia.
EMMERICK et al., 2013.	América Central	n = 2.761 indivíduos. Inquérito domiciliar realizado em Guatemala, Honduras e	Obtenção de todos os medicamentos necessários para tratamento de condições agudas.	A obtenção de todos os medicamentos foi maior para aqueles que buscaram o sistema formal de saúde. Procurar o setor privado de saúde, ter alto nível

Autor, ano de publicação	Local	Amostra	Medida de acesso	Principais resultados
		Nicarágua.		educacional e percepção positiva sobre a qualidade do cuidado e dos medicamentos aumentaram a chance de acesso pleno aos medicamentos. Principais razões para o não acesso a medicamentos foram: não ter dinheiro e medicamentos não disponíveis na farmácia ou serviço de saúde.
VIANA et al., 2015.	Brasil	n = 27.333 indivíduos com idade acima de 60 anos. Dados oriundos da Pesquisa Nacional por Amostras de Domicílios de 2008.	Obtenção de medicamentos de uso contínuo.	86% dos indivíduos tiveram acesso a todos os medicamentos, sendo que 50,7% os obtiveram por compra no setor privado. Maior acesso entre aqueles de maior renda. Os indivíduos que obtiveram medicamentos do sistema público

Autor, ano de publicação	Local	Amostra	Medida de acesso	Principais resultados
				de saúde eram mais jovens (60-64 anos), não tinham plano de saúde e pertenciam a grupos com menor renda. 14,0% da amostra não receberam nenhum dos medicamentos de que precisavam e para aqueles com mais de quatro doenças crônicas esse valor chegou a 22,0%. Indivíduos com maior número de morbidades crônicas tiveram maior chance de não conseguir todos os medicamentos.
KATREIN et al., 2015.	Brasil.	n = 15.575 mulheres com idade entre 15 e 49 anos. Dados oriundos da	Obtenção de todos os medicamentos prescritos para tratamento de	Prevalência de acesso a medicamentos de 87,4%. Maior prevalência de acesso entre as pessoas domiciliadas na zona

Autor, ano de publicação	Local	Amostra	Medida de acesso	Principais resultados
		Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Mulher e da Criança, de 2006.	doenças crônicas, nos últimos 30 dias anteriores à pesquisa.	rural, com uma ou duas doênças crônicas e com nível sócio econômico mais elevado.
RUSHWORTH et al., 2015.	Escócia.	n = 6.000 indivíduos com idades acima de 18 anos, residentes em áreas remotas e rurais da Escócia.	Obtenção de medicamentos prescritos	63,4% dos entrevistados possuíam prescrição de medicamentos, dos quais 88,5% consideraram a fonte de acesso adequada. A farmácia (73,8%) e a dispensação pelo médico clínico geral (24,0%) foram as fontes mais acessadas. Problemas de acesso foram relatados por aqueles com mais de 80 anos e que viviam sozinhos.

4 METODOLOGIA

4.1 Desenho do estudo e fonte de dados

Foi realizado um estudo transversal com base nos dados da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS), realizada no ano de 2013, pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).

A PNS foi uma pesquisa nacional, de base domiciliar, cujo objetivo geral foi produzir dados sobre a população brasileira com relação aos seguintes aspectos: situação de saúde, estilos de vida, atenção à saúde e financiamento da assistência de saúde. O inquérito foi composto por três questionários: o domiciliar, referente às características do domicílio; o relativo a todos os moradores do domicílio; e o individual, respondido por um morador de 18 anos e mais do domicílio, selecionado com equiprobabilidade entre todos os residentes elegíveis (PNS, 2013). A coleta dos dados foi feita por meio de questionários estruturados e realizada nos domicílios das pessoas selecionadas por entrevistadores especificamente treinados para a pesquisa.

4.2 Procedimento amostral e população de estudo

O plano amostral empregado na PNS foi composto de um processo de amostragem complexa por conglomerados em três estágios, e estratificação das unidades primárias de amostragem. Os setores censitários ou conjunto de setores formam as unidades primárias de amostragem (UPAs), os domicílios foram as unidades de segundo estágio e os moradores com 18 anos ou mais de idade definiram as unidades de terceiro estágio.

Como a PNS faz parte do Sistema Integrado de Pesquisas Domiciliares – SIPD, as UPAs foram subamostradas, por amostragem aleatória simples, da amostra mestra da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios - PNAD contínua. Este constituiu o primeiro estágio do plano amostral. No segundo estágio foi selecionado, por

amostragem aleatória simples, um número fixo de domicílios particulares permanentes em cada UPA selecionada no primeiro estágio. A seleção foi feita do Cadastro Nacional de Endereços para Fins Estatísticos. No terceiro e último estágio, para cada domicílio selecionado, um morador com 18 anos ou mais de idade foi amostrado para responder ao questionário específico. Neste estágio foi utilizada amostragem aleatória simples da lista de moradores construída no momento da entrevista (IBGE, 2015).

O tamanho da amostra foi de, aproximadamente, 80.000 domicílios e de, pelo menos, 900 domicílios em cada desagregação geográfica de divulgação de indicadores (unidades da federação, capitais e regiões metropolitanas), considerando uma perda aproximada de 20% dos domicílios selecionados. Detalhes sobre o plano amostral e tamanho da amostra foram publicados previamente (IBGE, 2015).

No presente estudo, foram incluídos todos os indivíduos participantes da pesquisa, com idade igual ou superior a 18 anos, que apresentaram dados completos para todas as variáveis de interesse e que relataram ter medicamento prescrito por profissional de saúde nas duas semanas anteriores a realização da pesquisa. A amostra foi composta por 6.431 indivíduos representando 15.897.952 pessoas na população brasileira.

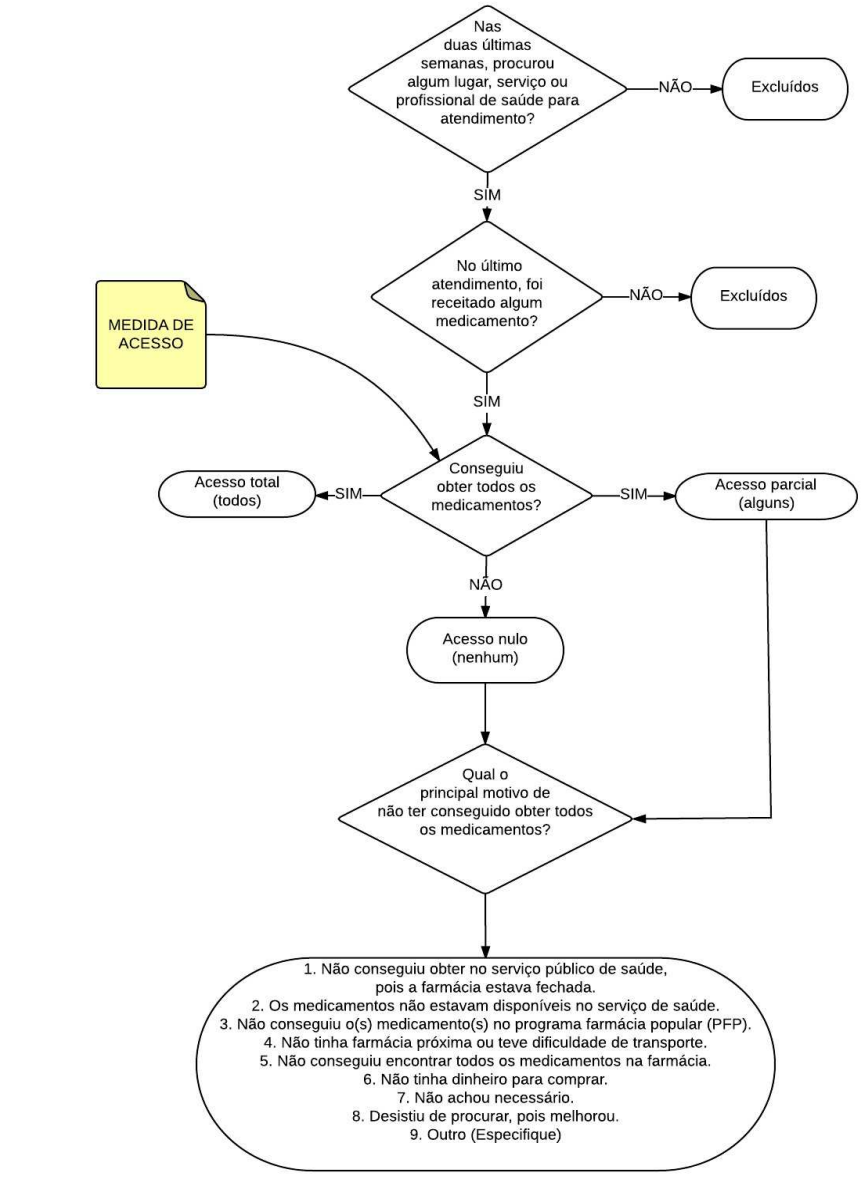
4.3 Variáveis de estudo

4.3.1 Variáveis dependentes

No presente estudo, o principal desfecho de interesse foi o acesso a medicamentos prescritos por profissionais de saúde. Além disso, foram avaliadas as prevalências relacionadas ao local de obtenção dos medicamentos, a presença de dispêndio monetário para obtenção dos fármacos e os motivos para não acesso a todos os medicamentos prescritos.

A Figura 3 apresenta o fluxograma com o procedimento de seleção dos participantes da pesquisa.

Figura 3 – Fluxograma do acesso a medicamentos pelos usuários que receberam prescrição após atendimento de saúde realizado nas duas semanas anteriores à pesquisa.



*Será investigado o local de obenção do medicamento: serviço público de saúde, farmácia popular ou plano de saúde. Além disso, será investigado se o usuário pagou algum valor pelo medicamento.

O acesso a medicamentos prescritos por profissionais de saúde foi avaliado por meio da seguinte pergunta: "*(nome da pessoa) conseguiu obter os medicamentos receitados*?". O acesso foi classificado da seguinte forma, de acordo com as opções de respostas: acesso total (todos); parcial (alguns); acesso nulo (nenhum).

O local de obtenção dos medicamentos foi investigado para os indivíduos que obtiveram todos ou alguns dos medicamentos prescritos por meio de três perguntas, a saber:

1- "Algum dos medicamentos foi coberto por plano de saúde?" (opções de resposta: sim, todos; sim, alguns; não, nenhum).

2- "*Algum dos medicamentos foi obtido no Programa Farmácia Popular (PFP)?*" (opções de resposta: sim, todos; sim, alguns; não, nenhum).

3- "*Algum dos medicamentos foi obtido em serviço público de saúde?*" (opções de resposta: sim, todos; sim, alguns; não, nenhum).

O dispêndio monetário foi avaliado por meio da seguinte pergunta "*(nome da pessoa) pagou algum valor pelos medicamentos?*" com duas opções de resposta (sim; não).

Os motivos para a não obtenção de todos os medicamentos prescritos foram avaliados pela seguinte pergunta: "*Qual o principal motivo de (nome da pessoa) não ter conseguido obter todos os medicamentos receitados*?" cujas opções de respostas foram as seguintes:

0 - Não conseguiu obter no serviço público de saúde, pois a farmácia estava fechada;

1 - Os medicamentos não estavam disponíveis no serviço de saúde;

2 - Não conseguiu o(s) medicamento(s) no Programa Farmácia Popular (PFP);

3 - Não tinha farmácia próxima ou teve dificuldade de transporte

4 - Não conseguiu encontrar todos os medicamentos na farmácia;

5 - Não tinha dinheiro para comprar;

6 - Não achou necessário;

7 - Desistiu de procurar, pois melhorou

8 - Outro (Especifique).

A síntese das variáveis dependentes pode ser observada no Quadro 2.

Quadro 2 – Variáveis dependentes.

Variáveis dependentes	**Forma de mensuração**	**Categorias originais**	**Recategorização e codificação**
Acesso.	Conseguiu obter todos os medicamentos?	Todos Alguns Nenhum	0 = Acesso total (todos) 1 = Acesso parcial (alguns) 2 = Acesso nulo (nenhum)
Local de obtenção.	Algum dos medicamentos foi coberto por plano de saúde?	Sim, todos Sim, alguns Não, nenhum	0 = Sim (todos) 1 = Sim (alguns) 2 = Não (nenhum)
Local de obtenção.	Algum dos medicamentos foi obtido no Programa Farmácia Popular?	Sim, todos Sim, alguns Não, nenhum	0 = Sim (todos) 1 = Sim (alguns) 2 = Não (nenhum)
Local de obtenção.	Algum dos medicamentos foi obtido no serviço público de saúde?	Sim, todos Sim, alguns Não, nenhum	0 = Sim (todos) 1 = Sim (alguns) 2 = Não (nenhum)
Dispêndio monetário.	(nome da pessoa) pagou algum valor pelos medicamentos?	Sim Não	0 = Sim 1 = Não

Variáveis dependentes	Forma de mensuração	Categorias originais	Recategorização e codificação
Motivos para o não acesso.	Qual o principal motivo de (nome da pessoa) não ter conseguido obter todos os medicamentos receitados?	Não conseguiu obter no serviço público de saúde, pois a farmácia estava fechada Os medicamentos não estavam disponíveis no serviço de saúde Não conseguiu o(s) medicamento(s) no Programa Farmácia Popular (PFP) Não tinha farmácia próxima ou teve dificuldade de transporte Não conseguiu encontrar todos os medicamentos na farmácia Não tinha dinheiro para comprar Não achou necessário Desistiu de procurar, pois melhorou Outro (Especifique)	0 = Não conseguiu obter no serviço público de saúde, pois a farmácia estava fechada 1 = Os medicamentos não estavam disponíveis no serviço de saúde 2 = Não conseguiu o(s) medicamento(s) no Programa Farmácia Popular (PFP) 3 = Não tinha farmácia próxima ou teve dificuldade de transporte 4 = Não conseguiu encontrar todos os medicamentos na farmácia 5 = Não tinha dinheiro para comprar 6 = Não achou necessário 7 = Desistiu de procurar, pois melhorou 8 = Outro

4.3.2 Variáveis independentes

Como variáveis independentes foram analisadas variáveis demográficas, socioeconômicas, de estilo de vida, de condição de saúde e de acesso a serviços de saúde, conforme Quadro 3.

Quadro 3 – Variáveis independentes.

Variáveis independentes	Categorias originais	Recategorização e codificação
Demográficas		
Sexo	Masculino Feminino	0 = Masculino 1 = Feminino
Idade	Anos completos	0 = 18-39 1 = 40-59 2 = 60+anos
Cor da pele autodeclarada	Branca Preta Amarela Parda Indígena	0 = Branca 1 = Não branca
Relação conjugal	Casado Separado ou desquitado judicialmente Divorciado Viúvo Solteiro	0 = Não 1 = Sim
Socioeconômicas		
Macrorregião de residência no país	Norte Nordeste Centro-oeste Sul Sudeste.	0 = Norte 1 = Nordeste 2 = Sudeste 3 = Sul 4 = Centro-oeste

Variáveis independentes	Categorias originais	Recategorização e codificação
Escolaridade (curso mais elevado frequentado anteriormente)	Classe de alfabetização – CA Alfabetização de jovens e adultos Antigo primário (elementar) Antigo ginásio (médio 1º ciclo) Regular do ensino fundamental ou do 1º grau Educação de jovens e adultos (EJA) ou supletivo do ensino fundamental Antigo científico, clássico etc. (médio 2º ciclo) Regular do ensino médio ou do 2º grau Educação de jovens e adulto (EJA) ou supletivo do ensino médio Superior Mestrado Doutorado	0 = 0-3 anos de estudo 1 = 4-7 anos de estudo 2 = 8-11 anos de estudo 3 = 12 ou mais anos de estudo
Estilo de vida		
Prática de atividade física	Número de dias por semana e tempo de duração da atividade	0 = Não 1 = Sim

Condição de saúde		
Número de doenças crônicas	Hipertensão Arterial Diabetes Doenças cardiovasculares (infarto, angina, insuficiência cardíaca ou outra) Asma Artrite ou reumatismo DORT (Distúrbio osteomuscular relacionado ao trabalho) Enfisema pulmonar, bronquite crônica ou DPOC (Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica) Acidente Vascular Cerebral	0 = Nenhuma 1 = Uma ou mais doenças
Autoavaliação do estado de saúde	Muito boa Boa Regular Ruim Muito ruim	0 = Boa (muito boa/boa) 1 = Ruim (muito ruim/ruim/regular)
Acesso a serviços de saúde		
Domicílio cadastrado na Estratégia Saúde da Família	Sim Não	0 = Não 1 = Sim 2 = Não sabe
Filiação a plano de saúde	Sim Não	0 = Não 1 = Sim
Local do último atendimento	Privado Público	0 = Privado 1 = Público

Foram consideradas fisicamente ativas as pessoas que realizaram pelo menos 150 minutos/semana de atividade física aeróbica leve ou moderada ou 75 minutos/semana de atividade aeróbica vigorosa, incluindo a prática de esportes ou exercícios planejados (WHO, 2010).

4.4 Análise dos dados

Foi realizada análise descritiva da amostra segundo as variáveis de desfecho e as características demográficas, socioeconômicas, de estilo de vida, de condições de saúde e de acesso a serviços de saúde.

A avaliação de associação entre cada uma das variáveis independentes e o acesso a medicamentos prescritos por profissionais de saúde foi avaliada por meio de análise bivariada utilizando-se o teste qui-quadrado com correção de Rao Scott, que leva em consideração os pesos amostrais para estimativas com ponderações populacionais (RAO; SCOTT, 1984). As associações entre o desfecho e as variáveis independes foram avaliadas por meio de Regressão Logística Multinomial, considerando a complexidade da amostra. As variáveis que apresentaram nível de significância menor que 0,20 na análise bivariada foram incluídas no modelo múltiplo, de forma hierárquica por blocos, em ordem decrescente de significância, na seguinte ordem: fatores demográficos, socioeconômicos, de estilo de vida, de condições de saúde e de acesso a serviços de saúde. No modelo final, permaneceram as variáveis com p-valor <0,05 ou que o ajustaram significativamente. As estimativas do modelo foram interpretadas por meio da razão de chances, com os respectivos intervalos de confiança de 95%.

A análise estatística foi feita por meio do programa Stata 13.0 (Stata Corporation, College Station, TX, USA) utilizando-se o comando survey, que permite considerar a estrutura complexa do processo amostral.

4.5 Considerações éticas

O projeto da Pesquisa Nacional de Saúde - PNS foi aprovado pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - Conep, do Conselho Nacional de Saúde - CNS, em junho de 2013.

Esta pesquisa foi realizada com dados secundários de bancos públicos e, portanto, não houve necessidade de avaliação pelo Comitê de Ética do Centro de Pesquisas René Rachou.

5 ARTIGO

ACESSO A MEDICAMENTOS PELA POPULAÇÃO ADULTA BRASILEIRA

Elislene Dias Drummond[1]
Taynãna César Simões[1,2]
Fabíola Bof de Andrade[1,2]

[1] Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, Centro de Pesquisas René Rachou da Fundação Oswaldo Cruz, Belo Horizonte, Brasil.
[2] Núcleo de Estudos em Saúde Pública e Envelhecimento, Fundação Oswaldo Cruz, Belo Horizonte, Brasil.

Correspondência
E. D. Drummond
Centro de Pesquisas René Rachou / Fundação Oswaldo Cruz
Av. Augusto de Lima 1715,
Barro Preto, Belo Horizonte, MG
Cep: 30190-002, Brasil.
elislene.drummond@cpqrr.fiocruz.br

RESUMO

O objetivo desse estudo foi estimar a prevalência e investigar os fatores associados ao acesso a medicamentos prescritos, pela população adulta brasileira, e descrever as distribuições da presença de dispêndio monetário para acesso aos fármacos, local de obtenção dos medicamentos e dos motivos para o não acesso. Com base em um delineamento transversal, a partir dos dados da Pesquisa Nacional de Saúde de 2013, analisou-se uma amostra representativa da população brasileira, composta por indivíduos adultos que tiveram medicamentos prescritos por profissional de saúde, nas duas semanas anteriores a realização da pesquisa. A principal variável dependente foi o acesso a medicamentos prescritos (total, parcial ou nulo). Os dados foram analisados por meio de regressão logística multinomial sob três perspectivas do acesso: acesso total, acesso parcial e acesso nulo. Os resultados mostraram alta prevalência de acesso total a medicamentos no Brasil [83,0%, IC(95%): 81,3-84,6] e regiões (Sudeste: 83,6%, Sul: 85,4%, Centro-oeste: 83,1%, Nordeste: 81,7% e Norte: 74,4%). A maioria dos indivíduos teve dispêndio monetário com a obtenção dos fármacos (63,9%), sendo que os principais motivos para o não acesso foram a ausência do medicamento no serviço público de saúde (57,6%) e falta de dinheiro (11,9%). No Brasil e nas regiões Sudeste, Sul e Nordeste foram observadas maiores chances de acesso parcial para os indivíduos atendidos no serviço público. Maior chance de acesso nulo foi associada à cor de pele não branca. Os resultados revelam importante iniquidade no acesso a medicamentos, reforçando a necessidade de fortalecimento do SUS para o fornecimento gratuito de fármacos, de modo a reduzir as desigualdades.

Palavras-chave: Assistência Farmacêutica; Epidemiologia; Acesso a medicamentos.

ABSTRACT

This study aimed to estimate the prevalence and investigate the factors associated with access to prescription medicines, to Brazilian adult population, and to describe the distribution of the presence of monetary expenditure for the purchase, the place to get the medicines and the reasons for non-access. Based on a cross-sectional design, from the National Health Research data, 2013, we analyzed a representative sample of the population, that consisted of adults with prescriptions written by a health professional, in the two weeks prior to the survey. The main dependent variable was access to prescription medicines. Data were analyzed using multinomial logistic regression from three perspectives of access: full access, partial access and no access. The results showed a high prevalence of full access to medicines in Brazil [83.0% CI (95%): 81.3 to 84.6] and regions (Southeast: 83.6%, South: 85.4%, Centre -west: 83.1% Northeast: 81.7% and North: 74.4%). The most of individuals had monetary expenditure on the purchase of medicines (63.9%), and the main reasons for the lack of access were the lack of medicine in the public health service (57.6%) and lack of money (11 , 9%). In Brazil and in the Southeast, South and Northeast were found more likely to partial access for individuals served in the public service. Greater chance of no access was associated with non-white skin color. The results reveal significant inequity in access to medicines, emphasizing the need to strengthen the SUS for the free supply of medicines in order to reduce inequalities.

Keywords: Pharmaceutical Services; Access to medicines; Epidemiology.

INTRODUÇÃO

O acesso a medicamentos é definido como a capacidade de sua obtenção, seja por distribuição gratuita ou por compra [1] e é considerado pela Organização das Nações Unidas como um dos indicadores que mensuram os avanços na concretização do direito à saúde [2]. Dados da Organização Mundial de Saúde mostram que apenas dois terços da população mundial possui acesso regular a esses insumos [2], sendo que 15% daqueles que vivem em países desenvolvidos consomem mais de 90% da produção mundial de produtos farmacêuticos, demonstrando que o acesso a medicamentos ocorre de forma desigual, coexistindo com grandes iniquidades sociais [3-6]. A falta de acesso a medicamentos pode levar ao agravamento das doenças e, consequentemente, ao retorno das pessoas aos serviços de saúde, além de onerar os gastos com atenção secundária e terciária [7].

Os estudos mostram elevadas prevalências de acesso global a medicamentos [3,8-10], no entanto, quando se observa o acesso gratuito, verifica-se redução importante desses valores [11]. No Brasil, em 2014, a prevalência de acesso gratuito para doenças crônicas variou de 27% (medicamento para doença pulmonar) a 61% (medicamentos para hipertensão). Esse acesso também é muito baixo quando avaliado para medicamentos para episódios e afecções agudas (prevalência de medicamentos pagos pelo paciente: 81,2% para afecções respiratórias agudas; 77,9% para dor; 70,9% para febre; 63,1% para infecção e 54,8% para afecções gastrointestinais) [4].

No que se refere aos fatores associados ao acesso a medicamentos, a revisão de literatura aponta que, apesar de observadas melhorias, esteja relacionado a diferenças sociodemográficas [5-7,10-16] e de condições gerais de saúde [7,10,12,15]. Diferenças socioeconômicas relacionadas ao acesso também são observadas em níveis regionais, tais como nas Grandes Regiões brasileiras. Maiores prevalências de acesso a medicamentos são observadas na região Sul, e as menores nas regiões Norte e Nordeste [5,11].

Avaliação contínua dos indicadores de acesso e avaliação dos fatores associados é importante para o monitoramento e avaliação das políticas públicas com vistas à equidade e ampliação do acesso a medicamentos. O objetivo desse estudo foi estimar a prevalência e descrever os fatores associados ao acesso a medicamentos prescritos por profissionais de saúde na população adulta brasileira. Investigou-se, também, a presença de dispêndio monetário para obtenção dos medicamentos, o local de obtenção dos fármacos e os motivos para o não acesso a todos os medicamentos prescritos.

METODOLOGIA

Foi realizado estudo transversal a partir dos dados da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS), realizada no Brasil, em 2013, pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). O tamanho da amostra foi de, aproximadamente, 80.000 domicílios e de, pelo menos, 900 domicílios em cada desagregação geográfica de divulgação de indicadores (unidades da federação, capitais e regiões metropolitanas), considerando uma perda aproximada de 20% dos domicílios selecionados.

A coleta dos dados foi feita por meio de questionários estruturados e realizada nos domicílios das pessoas selecionadas por entrevistadores especificamente treinados. Detalhes sobre o plano amostral e tamanho da amostra podem ser obtidos em documento oficial do IBGE [17].

No presente estudo, a população analisada correspondeu a todos os indivíduos participantes da pesquisa, com idade igual ou superior a 18 anos, que relataram ter medicamento prescrito por profissional de saúde, nas duas semanas anteriores a realização da pesquisa, e que apresentaram dados completos para todas as variáveis de interesse. A população estudada foi 6.419 indivíduos, representando 15.869.400 habitantes.

Variáveis dependentes

A principal variável dependente foi o acesso a medicamentos prescritos por profissionais de saúde. Além disso, foram estimadas as prevalências relacionadas ao local de obtenção dos medicamentos, a presença de dispêndio monetário para obtenção dos fármacos e motivos para o não acesso a todos os medicamentos prescritos.

O acesso a medicamentos prescritos por profissionais de saúde foi avaliado por meio da seguinte pergunta: "*(nome da pessoa) conseguiu obter os medicamentos receitados*?". O acesso foi classificado da seguinte forma, de acordo com as opções de respostas: acesso total (todos); parcial (alguns); acesso nulo (nenhum).

O local de obtenção dos medicamentos foi investigado para os indivíduos que obtiveram todos ou alguns dos medicamentos prescritos por meio de três perguntas, a saber: *1) "Algum dos medicamentos foi coberto por plano de saúde?*" (opções de resposta: sim, todos; sim, alguns; não, nenhum); 2) "*Algum dos medicamentos foi obtido no Programa Farmácia Popular (PFP)?*" (opções de resposta: sim, todos; sim, alguns; não, nenhum); 3) "*Algum dos medicamentos foi obtido em serviço público de saúde?*" (opções de resposta: sim, todos; sim, alguns; não, nenhum).

O dispêndio monetário foi avaliado por meio da seguinte pergunta "*(nome da pessoa) pagou algum valor pelos medicamentos?*", com duas opções de respostas: sim; não.

Os motivos para a não obtenção de todos os medicamentos prescritos foram avaliados pela seguinte pergunta: "*Qual o principal motivo de (nome da pessoa) não ter conseguido obter todos os medicamentos receitados*?", cujas opções de respostas foram as seguintes:

0 - Não conseguiu obter no serviço público de saúde, pois a farmácia estava fechada;
1 - Os medicamentos não estavam disponíveis no serviço de saúde;
2 - Não conseguiu o(s) medicamento(s) no Programa Farmácia Popular (PFP);
3 - Não tinha farmácia próxima ou teve dificuldade de transporte;
4 - Não conseguiu encontrar todos os medicamentos na farmácia;
5 - Não tinha dinheiro para comprar;
6 - Não achou necessário;
7 - Desistiu de procurar, pois melhorou;
8 - Outro (Especifique).

Variáveis independentes

Foram estudadas as seguintes variáveis independentes: demográficas [sexo (masculino; feminino), idade (18-39; 40-59; 60 anos ou mais), cor da pele autodeclarada (branca; não branca), relação conjugal (sim/não)], socioeconômicas [macrorregião de residência no país (Norte; Nordeste; Centro-oeste; Sudeste; Sul), escolaridade (0-3 anos; 4-7 anos; 8-11 anos; 12 anos ou mais de estudo)], estilo de vida [prática de atividade física (não; sim)], condição de saúde [número de doenças crônicas (nenhuma; uma ou mais), autoavaliação do estado de saúde (boa; ruim)] e acesso a serviços de saúde [domicílio cadastrado na ESF (não; sim; não sabe), filiação a plano de saúde (não; sim) e local do último atendimento (privado e público)].

Foram consideradas fisicamente ativas as pessoas que realizaram pelo menos 150 minutos/semana de atividade física aeróbica leve ou moderada ou 75 minutos/semana de atividade aeróbica vigorosa, incluindo a prática de esportes ou exercícios planejados [18].

Análise estatística

Foi realizada a análise descritiva da amostra, segundo as variáveis dependentes e as características demográficas, as socioeconômicas, as de estilo de vida, de condições de saúde e de acesso a serviços de saúde. A avaliação de associação bivariada entre cada uma das variáveis independentes e o acesso aos medicamentos prescritos por profissionais de saúde foi avaliada por meio do teste qui-quadrado com correção de Rao Scott, que leva em consideração os pesos amostrais para estimativas com ponderações populacionais [19]. A associação entre o desfecho e as variáveis independentes foi avaliada por meio de Regressão Logística Multinomial, considerando a complexidade da amostra. As variáveis que apresentaram nível de significância menor que 0,20 na análise bivariada foram incluídas no modelo múltiplo, de forma hierárquica por blocos, em ordem decrescente de significância, na seguinte ordem: fatores demográficos, socioeconômicos, de estilo de vida, de condição de saúde e acesso a serviços de saúde. No modelo final, permaneceram as variáveis com p-valor <0,05 ou que ajustaram significativamente ao mesmo. As estimativas do modelo foram interpretadas por meio da razão de chances com os respectivos intervalos de confiança de 95%. Todas as análises estatísticas foram realizadas por meio do programa Stata 13.0 (Stata Corporation, College Station, TX, USA), considerando a estrutura complexa do processo amostral.

Considerações éticas

O projeto da Pesquisa Nacional de Saúde - PNS foi aprovado pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - Conep, do Conselho Nacional de Saúde - CNS, em junho de 2013. Como essa pesquisa foi realizada a partir de dados secundários de bancos públicos, não houve necessidade de apreciação pelo Comitê de Ética local.

RESULTADOS

A amostra foi composta em sua maioria por mulheres, pessoas que declararam cor da pele branca e com maior proporção de indivíduos com escolaridade entre 8 e 11 anos de estudo. A presença de pelo menos uma doença crônica foi relatada por 53,9% dos indivíduos (Tabela 2).

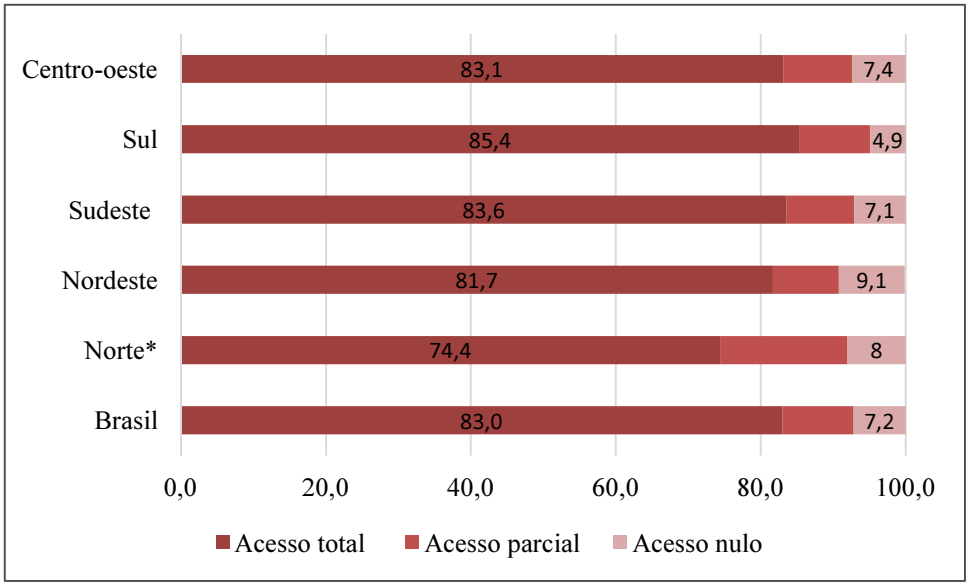
Tabela 2 – Distribuição amostral conforme análise bivariada para as variáveis independentes, Brasil.

Variáveis	Brasil	Acesso a medicamentos prescritos			
	(%)	Todos	Alguns	Nenhum	p-valor
Demográficas					
Sexo					
Masculino	36,5	85,3	7,7	7,0	0,0280
Feminino	63,5	81,7	11,0	7,3	
Idade (anos)					
18-39	33,8	83,5	8,2	8,3	0,2862
40-59	37,4	82,7	10,5	6,9	
60 ou mais	28,8	82,9	10,8	6,4	
Cor da pele					
Branca	51,5	84,4	10,0	5,6	0,0067
Não branca	48,5	81,4	9,6	8,9	
Relação conjugal					
Não	38,7	83,1	8,9	8,0	0,2247
Sim	61,3	82,9	10,4	6,7	
Socioeconômicas					
Escolaridade (anos)					
0-3	25,1	79,0	13,7	7,3	0,0018
4-7	19,6	82,1	10,8	7,1	
8-11	37,5	83,5	8,6	7,9	
12+	17,8	88,5	5,7	5,8	
Estilo de vida					
Prática de atividade física					
Não	80,6	81,7	10,7	7,6	0,0007
Sim	19,4	88,3	6,1	5,6	
Condição de saúde					
Número de doenças crônicas					
0	45,3	83,4	8,5	8,1	0,0643
1+ doença	54,7	82,6	10,9	6,5	
Autoavaliação do estado de saúde					
Muito boa/Boa	42,9	85,3	7,8	6,9	0,0114
Regular/Ruim/Muito ruim	57,1	81,3	11,3	7,4	
Acesso a serviços de saúde					
Domicílio cadastrado na ESF					
Não	32,7	85,3	8,0	6,6	0,0052
Sim	57,6	80,7	11,4	7,8	
Não sabe	9,6	88,5	6,0	5,4	

Variáveis	Brasil	Acesso a medicamentos prescritos			
	(%)	Todos	Alguns	Nenhum	p-valor
Filiação a plano de saúde					
Não	64,7	80,0	12,5	7,6	<0,0001
Sim	35,3	88,5	4,9	6,5	
Local do último atendimento					
Público	62,5	79,6	13,2	7,2	<0,0001
Privado	37,5	88,6	4,2	7,2	

No que tange ao acesso a medicamentos prescritos, verificou-se que a maioria dos adultos teve acesso total aos medicamentos prescritos, tanto no Brasil quanto nas Grandes Regiões do país, sendo a menor proporção de acesso total encontrada na região Norte (Figura 4).

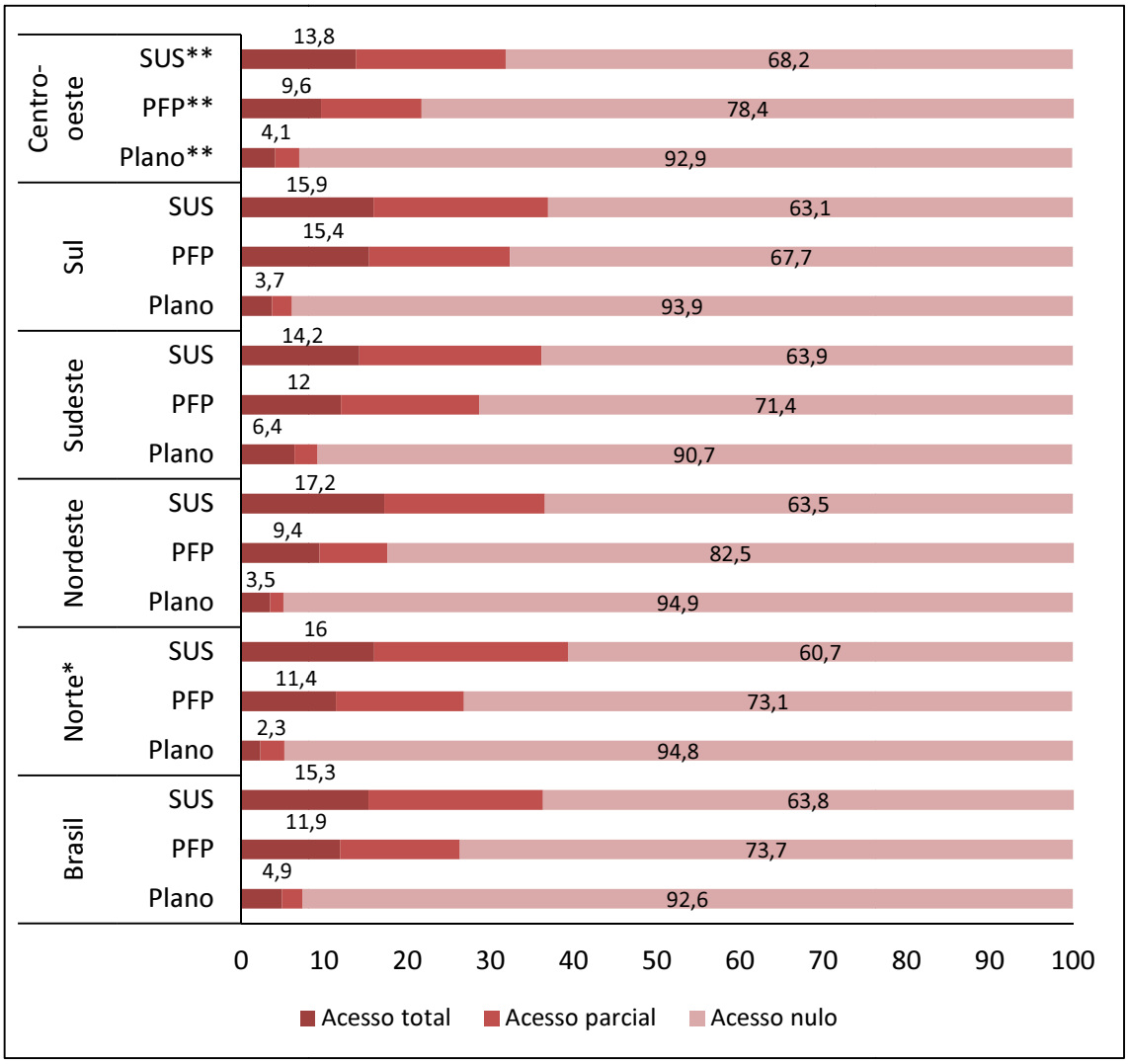
Figura 4 – Distribuição percentual do acesso a medicamentos para o Brasil e Grandes Regiões.



*Diferença significante entre as regiões brasileiras e o acesso a medicamentos prescritos

A Figura 5 mostra o local de obtenção dos medicamentos. As prevalências de acesso total por meio do plano de saúde, Programa de Farmácia Popular e Sistema de saúde foram de 4,9%, 11,9% e 15,3%, respectivamente. Verificou-se diferença significante com relação ao acesso por plano de saúde ($p=0,0149$) e pelo Programa Farmácia Popular ($p<0,0001$) entre as regiões brasileiras. Não houve associação entre a obtenção do medicamento no serviço público e as regiões ($p>0,05$). Além disso, a análise combinada dos locais de obtenção dos medicamentos (dados não apresentados) revelou que a porcentagem de acesso nulo por plano ou Farmácia Popular ou serviço de saúde foi superior a 38% no Brasil e em todas as regiões brasileiras [Brasil (42,7%), Norte (42,2%), Nordeste (47,5%), Sudeste (41,1%), Sul (38,7%) e Centro-oeste (50,1%)].

Figura 5 – Distribuição percentual do acesso a medicamentos prescritos de acordo com o local de obtenção para o Brasil e Grandes Regiões.



†Plano = Plano de saúde; PFP = Programa Farmácia Popular; SUS = Sistema Único de Saúde

* Diferença significante entre as regiões brasileiras e o acesso via plano de saúde e Programa Farmácia Popular.

** As categorias não são mutuamente excludentes.

A análise dos dados demonstrou que a maioria dos indivíduos pagou algum valor pelo medicamento, sem diferença entre as regiões (p>0,05). No Brasil, 63,9% dos indivíduos tiveram dispêndio monetário com a obtenção do medicamento. Na região Norte, 65,4%, no Nordeste, 66,5%, no Sudeste, 62,7%, no Sul, 62,9% e no Centro-oeste, 66,1%.

No país como um todo e em todas as regiões, os principais motivos para o não acesso a todos os medicamentos foram a indisponibilidade dos medicamentos no serviço de saúde e a ausência de dinheiro para compra, conforme apresentado na Tabela 3.

Tabela 3 – Descrição dos motivos para o não acesso a medicamentos prescritos, no Brasil e Grandes Regiões.

Motivo para o não acesso a medicamentos	**Brasil (%)**	**Norte* (%)**	**Nordeste (%)**	**Sudeste (%)**	**Sul (%)**	**Centro-oeste (%)**
Não conseguiu obter no serviço público de saúde, pois a farmácia estava fechada.	5,3	11,1	5,9	3,7	7,9	0,4
Os medicamentos não estavam disponíveis no serviço de saúde.	57,6	61,8	54,4	58,8	58,6	53,7
Não conseguiu o(s) medicamento(s) no Programa Farmácia Popular (PFP).	4,5	2,4	0,8	6,1	5,1	7,8
Não tinha farmácia próxima ou teve dificuldade de transporte.	1,7	1,9	2,0	1,5	2,4	0,0
Não conseguiu encontrar todos os medicamentos na farmácia.	4,7	2,4	6,4	4,7	3,6	4,4
Não tinha dinheiro para comprar.	11,9	13,9	17,3	8,9	9,5	17,2
Não achou necessário.	7,3	3,0	6,0	9,4	5,3	6,9
Desistiu de procurar, pois melhorou.	0,6	0,0	0,2	0,4	0,0	5,0
Outro	6,4	3,4	6,9	6,6	7,6	4,7

*Não foi observada diferença significante entre as regiões para os motivos de não obtenção dos medicamentos ($p>0.05$).

A Tabela 2 apresenta os resultados da análise bivariada entre o acesso a medicamentos no Brasil e as variáveis independentes evidenciando maior proporção de acesso total a medicamentos entre homens, indivíduos de cor branca, mais escolarizados, praticantes de atividade física, aqueles cuja autoavaliação do estado de saúde foi boa, que não sabiam se o seu domicílio era cadastrado na ESF, que eram filiados a plano de saúde, e que foram atendidos no serviço privado.

A análise bivariada de acordo com as regiões do país (dados não apresentados) mostrou que na região Norte o acesso foi significativamente associado à escolaridade e a prática de atividade física. Na região Nordeste, maior proporção de acesso total foi verificada entre as pessoas filiadas a plano de saúde e para aqueles que relataram que foram atendidas no serviço privado (o acesso total entre pessoas atendidas pelo serviço público foi de 79,5%, e pelo privado, 87,2%). Na região Sudeste houve associação com estilo de vida saudável (*i.e.* pessoas que relataram prática de atividade física). Quanto às condições de saúde, os indivíduos com autoavaliação de saúde boa apresentaram maior proporção de acesso total aos medicamentos prescritos. Dentre as variáveis relacionadas ao uso de serviço, maior proporção de acesso total foi observada para os indivíduos filiados a plano de saúde e que foram atendidos no serviço privado (o acesso total entre pessoas atendidas pelo serviço público foi de 80,4%, e pelo privado, 88,1%). No Sul, o maior acesso foi observado entre indivíduos de maior nível de escolaridade que declararam não saber se o domicílio era cadastrado na ESF, filiados a plano de saúde e que foram atendidos no serviço privado (o acesso total entre pessoas atendidas pelo serviço público foi de 80,2%, e pelo privado, 93,4%). Na região Centro-oeste, apenas as variáveis relacionadas ao uso de serviço apresentaram associação com o acesso a medicamentos prescritos, a saber: cadastro na ESF e filiação a plano de saúde.

A partir dos modelos de regressão logística multinomial (Tabela 4), verificou-se que, no Brasil, a chance de acesso parcial, comparada ao acesso total, foi maior para mulheres [OR 1,45, IC (95%): 1,06-1,99)] e para os indivíduos atendidos no setor público [OR 2,51, IC (95%): 1,58-3,97]. As regiões Nordeste, Sudeste, Sul e Centro-

oeste apresentaram menores chances de acesso parcial em relação à região Norte. Quanto ao acesso nulo, em relação ao acesso total, associação significante foi observada apenas para cor da pele. Indivíduos que declararam cor da pele não branca apresentaram 43% mais chance de não obter medicamentos quando comparados àqueles que se declararam brancos e que tiveram acesso total.

A Tabela 4 também apresenta os resultados da análise ajustada para avaliar os fatores associados ao acesso a medicamentos nas regiões brasileiras. A chance de acesso parcial, quando comparada ao acesso total, foi menor entre as pessoas mais escolarizadas nas regiões Norte [OR 0,18, IC (95%): 0,05-0,62] e Centro-oeste [OR 0,29, IC (95%): 0,11-0,73]. Com exceção dessas duas regiões, as pessoas cujo último local de atendimento foi o serviço público apresentaram significativamente mais chances de acesso parcial. Com relação ao acesso nulo, não foram observadas diferenças significantes quanto às variáveis independentes para as regiões Sudeste, Sul e Centro-oeste. Na região Norte, a chance de acesso nulo foi maior entre os mais escolarizados. Na região Nordeste, associação significante foi observada entre o acesso nulo e a escolaridade. Pessoas com 4-7 anos de estudo apresentaram 59% menos chance de acesso nulo a medicamentos quando com comparados aos indivíduos com 0-3 anos de estudo e que tiverem acesso total.

Tabela 4 – Modelos de regressão logística multinomial para avaliação dos fatores associados ao acesso a medicamentos prescritos.‡

	Brasil	Norte	Nordeste	Sudeste	Sul	Centro-Oeste
	OR (IC95%)	OR (IC95%)	OR (IC95%)	OR (IC95%)	OR (IC95%)	OR (IC95%)
ACESSO PARCIAL						
Sexo (feminino)	**1,45 (1,06-1,99)***	1,33 (0,58-3,06)	1,20 (0,69-2,06)	1,73 (0,99-3,02)	1,70 (0,98-2,96)	1,36 (0,75-2,46)
Idade (18-39 anos)†						
40-59	1,10 (0,74-1,63)	1,01 (0,46-2,26)	0,81 (0,38-1,73)	1,39 (0,66-2,89)	1,38 (0,67-2,87)	1,0 (0,53-1,89)
60 ou mais	1,09 (0,70-1,70)	0,68 (0,24-1,93)	0,86 (0,35-2,09)	1,29 (0,60-2,78)	1,30 (0,61-2,80)	0,68 (0,30-1,52)
Cor (não branca)	0,77 (0,57-1,03)	-	-	-	-	-
Escolaridade (0-3 anos)†						
4-7	0,82 (0,55-1,22)	0,45 (0,17-1,24)	0,92 (0,46-1,83)	0,81 (0,39-1,68)	0,83 (0,40-1,74)	0,95 (0,40-2,26)
8-11	0,80 (0,56-1,14)	0,55 (0,24-1,26)	0,86 (0,51-1,45)	0,84 (0,44-1,61)	0,86 (0,45-1,63)	**0,45 (0,22-0,94)***
12 ou mais	0,81 (0,44-1,49)	**0,18 (0,05-0,62)***	0,44 (0,15-1,25)	1,25 (0,52-3,04)	1,34 (0,55-3,28)	**0,29 (0,11-0,73)***
Macrorregião (norte)†						
Nordeste	**0,44 (0,28-0,70)***	-	-	-	-	-
Sudeste	**0,50 (0,32-0,79)***	-	-	-	-	-
Sul	**0,45 (0,28-0,74)***	-	-	-	-	-
Centro-oeste	**0,51 (0,32-0,81)***	-	-	-	-	-
Atividade física (sim)	0,69 (0,47-1,02)	**0,33 (0,13-0,80)***	0,81 (0,35-1,86)	**0,45 (0,22-0,92)***	**0,45 (0,22-0,92)***	0,98 (0,52-1,85)
Número de doenças (0 doença)†						
1+ doenças	1,12 (0,80-1,56)	1,18 (0,56-2,48)	1,05 (0,52-2,12)	1,19 (0,66-2,15)	1,19 (0,66-2,14)	1,06 (0,59-1,91)
Cadastro na ESF (não)†						
Sim	1,14 (0,85-1,52)	-	-	-	1,43 (0,89-2,31)	0,60 (0,32-1,10)
Não sabe	0,66 (0,35-1,25)	-	-	-	0,95 (0,35-2,57)	**0,22 (0,07-0,69)***
Plano de saúde (sim)	0,68 (0,39-1,20)	-	-	-	-	-

	Brasil	Norte	Nordeste	Sudeste	Sul	Centro-Oeste
	OR (IC95%)	OR (IC95%)	OR (IC95%)	OR (IC95%)	OR (IC95%)	OR (IC95%)
Local do último atendimento (privado)†						
Público	**2,51 (1,58-3,97)***	1,31(0,43-3,98)	**3,52(1,80- 6,88)*****	**3,15(1,92-5,17)*****	**2,96(1,83-4,79)*****	-
ACESSO NULO						
Sexo (feminino)	1,05 (0,76-1,45)	0,94 (0,52-1,90)	0,91 (0,53-1,57)	1,16 (0,67-2,01)	1,14 (0,66-1,98)	1,25 (0,61-2,57)
Idade (18-39 anos)†						
40-59	0,87 (0,62-1,22)	0,92 (0,49-1,74)	1,06 (0,61-1,83)	0,74 (0,42-1,32)	0,74 (0,42-1,32)	0,64 (0,31-1,34)
60 ou mais	0,84 (0,49-1,45)	1,14 (0,37-3,51)	0,61 (0,31-1,22)	0,92 (0,38-2,24)	0,94 (0,38-2,31)	0,56 (0,21-1,52)
Cor (não branca)	**1,43 (1,03-1,99)***	-	-	-	-	-
Escolaridade (0-3 anos)†						
4-7	1,02 (0,58-1,77)	1,05 (0,34-3,34)	**0,41 (0,22-0,79)***	1,39 (0,47-4,15)	1,42 (0,47-4,31)	0,66 (0,28-1,54)
8-11	1,07 (0,73-1,57)	**3,44 (1,45-8,19)***	0,87 (0,51-1,49)	1,37 (0,62-3,03)	1,40 (0,62-3,17)	0,51 (0,20-1,32)
12 ou mais	0,84 (0,48-1,48)	3,02 (0,86-10,64)	0,47 (0,19-1,21)	1,15 (0,45-2,93)	1,23 (0,46-3,25)	0,43 (0,07-2,47)
Macrorregião (norte)†						
Nordeste	1,08 (0,72-1,61)	-	-	-	-	-
Sudeste	0,96 (0,61-1,51)	-	-	-	-	-
Sul	0,70 (0,42-1,15)	-	-	-	-	-
Centro-oeste	0,93 (0,56-1,55)	-	-	-	-	-
Atividade física (sim)	0,68 (0,46-1,02)	0,80 (0,38-1,67)	0,59 (0,31-1,12)	0,76 (0,38-1,52)	0,77 (0,39-1,53)	0,61 (0,17-2,18)
Número de doenças (0 doença)†						
1+ doenças	0,85 (0,59-1,24)	0,90 (0,49-1,66)	0,96 (0,61-1,52)	0,81 (0,42-1,56)	0,80 (0,42-1,55)	0,68 (0,35-1,29)
Cadastro na ESF (não)†						
Sim	1,14 (0,81-1,59)	-	-	-	1,29 (0,73-2,30)	1,20 (0,51-2,84)
Não sabe	0,75 (0,44-1,27)	-	-	-	0,85 (0,37-1,98)	0,32 (0,08-1,22)

	Brasil	Norte	Nordeste	Sudeste	Sul	Centro-Oeste
	OR (IC95%)	**OR (IC95%)**	**OR (IC95%)**	**OR (IC95%)**	**OR (IC95%)**	**OR (IC95%)**
Plano de saúde (sim)	0,82 (0,56-1,22)	-	-	-	-	-
Local do último atendimento (privado)[†]						
Público	0,82 (0,57-1,19)	1,91(0,94-3,85)	0,84(0,50-1,40)	1,02(0,60-1,73)	0,98(0,57-1,67)	-

[‡]Categoria de referência do modelo = acesso total

[†]Categoria de referência

*p-valor < 0,05

DISCUSSÃO

O presente estudo identificou alta prevalência [83,0%, IC(95%): 81,3-84,6] de acesso a todos os medicamentos prescritos para a população adulta brasileira. Além disso, verificou-se que a maioria dos indivíduos os obtiveram por meio de dispêndio monetário, sendo que os principais motivos para o não acesso a todos os medicamentos foram a indisponibilidade do medicamento no serviço público de saúde e a ausência de dinheiro para a compra. De modo geral, o acesso esteve associado às condições socioeconômicas e ao uso de serviços.

A elevada prevalência de acesso a medicamentos prescritos corrobora o encontrado por diferentes estudos no Brasil [4, 5,6]. No entanto, foi inferior ao observado por outros autores que avaliaram grupos específicos (idosos e mulheres) a partir de dados do último suplemento saúde da Pesquisa Nacional por Amostras de Domicílios-PNAD em 2008 (86%) [5] e da Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Mulher e da criança de 2006 (87,4%) [6]. Porém, vale destacar que as diferenças atribuídas podem estar relacionadas ao fato de que essas pesquisas investigaram o acesso apenas aos medicamentos de uso contínuo, os quais apresentam maior acesso pela população [4]. Desta forma, a comparação direta entre os estudos deve ser feita com cautela em virtude das diferenças entre as populações estudadas e dos tipos de medicamentos avaliados.

A diferença de acesso observada entre as Grandes Regiões está de acordo com o observado por outros autores [13,16]. Paniz et al. (2008) [13], ao avaliar o acesso a medicamentos para a população idosa do Sul e do Nordeste do Brasil, evidenciaram acesso de 89,2% e 85%, respectivamente. Aziz et al. (2011) [16], em estudo conduzido entre os idosos do município de Florianópolis, encontraram prevalência de acesso de 95,8% [IC(95%): 94,7-96,8]. As maiores proporções de acesso a medicamentos encontradas para as regiões brasileiras mais desenvolvidas e com maior densidade populacional evidenciam a importância de se observar e avaliar as

particularidades de cada região, especialmente em processos de planejamento de ações em saúde.

Embora a prevalência de acesso total a medicamentos prescritos para adultos no Brasil tenha sido elevada, verifica-se que este é efetivado a expensas do dispêndio monetário, dado que a maioria (63,9%) dos indivíduos pagou algum valor pelo fármaco. Cerca de 43% das pessoas não obtiveram nenhum medicamento em nenhuma das três vias abordadas: Programa Farmácia Popular, Sistema Único de Saúde (SUS) ou plano de saúde. Além disso, apenas 15,3% tiveram acesso total a medicamentos prescritos por meio do SUS. Diversos estudos têm demonstrado baixa obtenção de medicamentos pelo SUS [5,11,16] e elevada proporção de acesso por meio da compra [6], inclusive os medicamentos de uso contínuo [5], incluindo aqueles para doenças crônicas como hipertensão e diabetes [4], os quais fazem parte da cartilha de medicamentos essenciais a serem disponibilizados pelo Sistema Único de Saúde.

Com relação aos motivos para não obtenção de todos os medicamentos, o principal fator reportado pelos participantes foi a ausência dos medicamentos no serviço de saúde (57,9%), seguido pela falta de dinheiro para a compra (11,9%). De acordo com a literatura, o gasto monetário para garantir o acesso a medicamentos causa comprometimento da renda e penaliza principalmente os mais pobres [20], uma vez que esse dispêndio constitui a maior parcela dos gastos em saúde entre os indivíduos de menor poder aquisitivo [21]. Assim, os achados do presente estudo vão ao encontro das evidências disponíveis [10,11, 14,22,23], demonstrando a importância da capacidade aquisitiva como fator limitador para a obtenção dos medicamentos.

É importante ressaltar que parte do não acesso aos fármacos pode ser atribuída a não adesão ao tratamento, considerando que 7,3% dos indivíduos relataram não achar necessário o medicamento. Baixo nível de escolaridade e de condição financeira, e reduzido nível de conhecimento sobre a doença representam alguns dos fatores associados a não adesão ao tratamento medicamentoso [24].

A análise ajustada para avaliação dos fatores associados ao acesso a medicamentos reforça a existência de desigualdades no acesso verificadas em outros estudos [6,10,11,13,16,22], dada a observação de diferenças significantes nas prevalências em função das condições sociodemográficas.

Quanto às variáveis demográficas, existem resultados divergentes no que se refere à associação entre o acesso e sexo do indivíduo. Alguns autores não observaram diferença significativa [16], outros verificaram maior acesso entre as mulheres [10] e, conforme os resultados observados para o Brasil, no presente estudo, existe evidência de maior chance de acesso total entre os homens [22]. Além disso, indivíduos não brancos apresentaram maior chance de não acesso a medicamentos, assim como demonstrado em outros trabalhos [12]. Esses resultados não só refletem piores condições socioeconômicas desse grupo [25], como também o menor acesso aos serviços de saúde [26], dado que o uso do serviço está relacionado a maiores chances de obtenção de medicamentos. Nesse sentido, Boing et al. (2013) [11] destacaram a importância do SUS para a promoção da equidade, uma vez que amplia o acesso aos insumos para os grupos desprivilegiados.

A avaliação dos fatores associados ao acesso, de acordo com as regiões brasileiras, permitiu observar a importância das condições sociodemográficas nas diferentes regiões do país. A inexistência de estudos que avaliem o perfil do acesso nas diferentes regiões brasileiras dificulta a comparação dos resultados. De modo geral, os estudos têm apontado para o maior acesso entre as pessoas de maior nível de renda [6,13] e de escolaridade [13,22]. Assim, de forma semelhante ao observado nesses estudos, as regiões menos desenvolvidas do país apresentam diferenças significantes nas chances de acesso em função da escolaridade, sendo que as pessoas mais escolarizadas apresentaram maiores chances de acesso total a medicamentos. Maiores chances de acesso nulo entre pessoas mais escolarizadas não é uma associação comum na literatura, contudo esse resultado encontrado na região Norte pode estar relacionado às características da população amostrada e/ou

ao fato de que, nessa região, dentre os indivíduos que não obtiveram nenhum medicamento e foram atendidos pelo SUS, a maior proporção (60,4 %) refere-se àqueles com escolaridade entre 8 e 11 anos de estudo (dados não apresentados).

Apesar da relevância do SUS para a ampliação do acesso a medicamentos, os resultados da análise ajustada mostram a relação inversa entre o atendimento no serviço público e o acesso nas regiões Nordeste, Sudeste e Sul. Observou-se que as pessoas cujo último local de atendimento foi o serviço público apresentaram maior chance de acesso parcial em relação aos atendidos no serviço privado. O local de atendimento também pode ser considerado uma expressão da condição socioeconômica das pessoas, uma vez que o perfil do usuário do SUS é, predominantemente, composto por estratos populacionais de baixa renda [5,11,16]. Desta forma, reafirma-se que a distribuição gratuita pode reduzir as desigualdades no acesso a medicamentos prescritos no serviço público.

Dentre os pontos fortes desse estudo, vale destacar a utilização de uma amostra representativa da população brasileira, o que permitiu estudar o acesso a medicamentos no Brasil e forneceu uma visão ampliada sobre o perfil do acesso nas diferentes regiões. Além disso, a análise de dados da PNS, que atualmente representa uma das maiores bases de dados contendo informações sobre acesso e utilização de medicamentos pela população brasileira, permitirá comparações com outros estudos de forma a avaliar o impacto do uso dos serviços no acesso a medicamentos. Com relação às limitações, deve-se considerar o potencial viés de memória quanto ao local de obtenção dos medicamentos prescritos, pois os indivíduos que necessitam de grande quantidade de medicamentos e os obtiveram em diferentes locais podem ter tido dificuldade em lembrar com precisão o local de obtenção de cada um. Entretanto, como o período recordatório foi curto (quinze dias), espera-se que os efeitos desse problema sejam minimizados. Outro fator diz respeito à investigação do acesso a qualquer medicamento, independente da classe terapêutica. É possível que alguns medicamentos que não foram obtidos por meio

do SUS ou do Programa Farmácia Popular não estejam na lista de medicamentos ofertados no serviço, subestimando a prevalência de acesso nesses locais.

Este trabalho revela que o acesso a medicamentos no país, embora elevado, é desigual e dependente de dispêndio monetário. Assim, é fundamental a implementação de estratégias que possam ampliar a oferta de insumos no SUS. Essa distribuição gratuita pode proporcionar o tratamento completo a toda a população, reduzindo a carga da doença para aqueles menos favorecidos economicamente.

REFERÊNCIAS

1 World Health Organization. The world drug situation. Geneva: World Health Organization; 1985.

2 World Health Organization. The world medicines situation. Access to essential medicines as part of the right to health. Geneva: World Health Organization; 2011.

3 Wirtz VJ, Serván-Mori E, Heredia-Pi I, Dreser A, Ávila-Burgos L. Factores asociados con la utilización y el gasto en medicamentos en México. Salud Pública México. 2013;55:S112–22.

4 Brasil. Ministério da Saúde. Pesquisa domiciliar para medida de acesso e uso de medicamentos**.** Primeiros resultados [Internet]. 2014 [citado em 2015 out 19]. Disponível em: < http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2014/novembro/18/pnaum-cienciasus.pdf>.

5 Viana KP, Brito AS, Rodrigues CS, Luiz RR. Acesso a medicamentos de uso contínuo entre idosos, Brasil. Rev Saúde Pública 2015;49:1-10.

6 Katrein F, Tejada CAO, Restrepo-Méndez MC, Bertoldi AD. Desigualdade no acesso a medicamentos para doenças crônicas em mulheres brasileiras. Cad. Saúde Pública 2015;31(7):1416-26.

7 Arrais PSD, Brito LL, Barreto ML, Coelho HLL. Prevalência e fatores determinantes do consumo de medicamentos no Município de Fortaleza, Ceará, Brasil. Cad Saúde Pública. 2005;21(6):1737–46.

8 Rushworth GF, Diack L, MacRobbie A, Munoz SA, Pfleger S, Stewart D. Access to medicines in remote and rural areas: a survey of residents in the Scottish Highlands & Western Isles. Public Health 2015;129(3):244-51.

9 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.

10 Carvalho MF, Pascom ARP, Souza-Júnior PRB, Damacena GN, Szwarcwald CL. Utilization of medicines by the Brazilian population, 2003. Cad Saúde Pública 2005;21:S100-8.

11 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(4):691-701.

12 Bertoldi AD, Barros AJ, Hallal PC, Lima RC. Utilização de medicamentos em adultos: prevalência e determinantes individuais. Rev Saúde Pública. 2004;38(2):228–38.

13 Paniz VMV, Fassa AG, Facchini LA, Bertoldi AD, Piccini RX, Tomasi E, Thumé E, Silveira DS, Siqueira FV, Rodrigues MA. Acesso a medicamentos de uso contínuo em adultos e idosos nas regiões Sul e Nordeste do Brasil. Cad Saúde Pública 2008;24(2):267-80.

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(6):1163–74.

15 VOSGERAU MZS, Soares DA, de Souza RKT, Matsuo T, Carvalho GS Consumo de medicamentos entre adultos na área de abrangência de uma Unidade de Saúde da Família. Ciência e Saúde Coletiva 2011; 16:1629-38.

16 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(10):1939-50.

17 Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa nacional de saúde: 2013. Acesso e utilização dos serviços de saúde, acidentes e violências. Brasil, grandes regiões e unidades da federação. Rio de Janeiro: IBGE; 2015. 100 p.

18 World Health Organization. Global recommendations on physical activity for health. 2nd edition. Geneva: WHO; 2010.

19 Rao JNK, Scott AJ. On chi-squared tests for multiway contingency-tables with cell proportions estimated from survey data. Ann Stat 1984;12:46-60.

20 Boing AC, Bertoldi AD, Perez KG. Desigualdades socioeconômicas nos gastos e comprometimento da renda com medicamentos no sul do Brasil. Rev. Saúde Pública 2011;45(5):897-905.

21 Vialle-Valentin CE, Ross-Degnan D, Ntaganira J, Wagner AK. Medicines coverage and community-based health insurance in low-income countries. Health Res Policy Syst 2008;6(1):1-11.

22 Emmerick ICM, Luiza VL, Camacho LAB, Ross-Degnan D. Access to medicines for acute illness in middle income countries in Central America. Rev Saúde Pública 2013;47(6):1069-79.

23 Lebrão ML, Laurenti R. Saúde, bem-estar e envelhecimento: o estudo SABE no município de São Paulo. Rev Bras Epidemiol 2005;8:127(2)-41.

24 Silva AP, Avelino FVSD, Sousa CLA, Valle ARMC, Figueiredo MLF. Fatores associados a não adesão ao tratamento da hipertensão arterial sistêmica: uma revisão integrativa. Journal of research Fundamental care online 2016;8(1):4047-55.

25 Bastos JL, Peres MA, Peres KG, Dumith SC, Gigante DP. Diferenças socioeconômicas entre autoclassificação e heteroclassificação de cor/raça. Rev Saúde Pública 2008;42(2):324-34.

26 Bastos GAN, Harzheim E, Sousa AI. Prevalência e fatores associados à consulta médica entre adultos de uma comunidade de baixa renda do Sul do Brasil. Epidemiol e Serviços Saúde 2014;23(3):409-20.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo demonstrou que, no Brasil, o acesso a medicamentos é elevado, porém dependente de dispêndio monetário e associado a fatores socioeconômicos. Além disso, foram observadas diferenças entre as prevalências de acesso a medicamentos entre as regiões, demonstrando desigualdades no acesso. Ainda, uma parcela da população não obteve nenhum dos medicamentos prescritos, por motivos também relacionados à condição socioeconômica. Esses resultados demonstram que a capacidade aquisitiva do indivíduo representa um fator limitante para o acesso a medicamentos. Apesar dos medicamentos representarem uma intervenção terapêutica muito utilizada e, muitas vezes, a mais custo-efetiva (OMS, 1993; PEPE; OSORIO-DE-CASTRO, 2000), essa dificuldade para o acesso aos fármacos pode comprometer a eficácia da terapia medicamentosa.

O acesso a medicamentos se configura como um direito social e sua efetivação é uma das competências primordiais do Estado (BENNETT et al., 1997). Nesse sentido, nos últimos anos, o Brasil adotou diversas políticas e programas de governo com o intuito de ampliar o acesso a medicamentos pela população. No entanto, apesar de realização de diversas pesquisas envolvendo o tema, a literatura carece de estudos comparativos, capazes de identificar se efetivamente tais políticas públicas estão sendo suficientes para ampliar o acesso gratuito a medicamentos, de forma a reduzir o impacto financeiro, principalmente, sobre a população de baixa renda.

Assim, para trabalhos futuros, propõe-se a realização de estudos comparativos que permitam o monitoramento contínuo da provisão de fármacos pelos serviços públicos. Sugere-se também a realização de pesquisas que avaliem o real impacto do custo dos medicamentos sobre a renda dos indivíduos, bem como a análise específica para medicamentos de uso contínuo.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Promulgada em 5 de outubro de 1988. Disponível em: < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ constituicao/constituicao.htm>. Acesso em: 03 ago. 2015.

_____. Presidência da República. Decreto nº 68.806, de 25 de junho de 1971. Institui a Central de Medicamentos (Ceme). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 1971. Seção 1, p. 4839.

_____. Presidência da República. Decreto nº 71.205, de 4 de outubro de 1972. Consolida as disposições dos Decretos ns. 68.806, de 25 de junho de 1971, e 69.451, de 1 de novembro de 1971, referentes à Central de Medicamentos e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 1972. Seção 1, p. 8883.

_____. Presidência da República. Lei nº 5.991, de 17 de dezembro de 1973. Dispõe sobre controle sanitário do Comércio de Drogas, Medicamentos, Insumos Farmacêuticos e Correlatos, e dá outras Providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 1973a. Seção 1, p. 13049.

_____. Presidência da República. Decreto nº 72.552, de 30 de julho de 1973. Dispõe sobre as Políticas e Diretrizes Gerais do Plano Diretor de Medicamentos e dá outros providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 1973b. Seção 1, p. 7483.

_____ Presidência da República. Lei Federal 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**, Brasília, DF, 1990.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 3.916, de 30 de outubro de 1998. Aprova a Política Nacional de Medicamentos. **Diário Oficial da União,** Poder Executivo, Brasília, DF, 1998.

_____. Ministério da Saúde. Resolução CNS nº 338, de 6 de maio de 2004. Aprova a Política Nacional de Assistência Farmacêutica. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2004a.

_____. Presidência da República. Decreto nº 5.090, de 20 de maio de 2004. Regulamenta a Lei nº 10.858, de 13 de abril de 2004, e institui o programa "Farmácia Popular do Brasil", e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2004b.

_____. Ministério da Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. **Programa Farmácia Popular do Brasil: manual básico.** Brasília: Ministério da Saúde, 2005. 102p

_____. 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**, Brasília, DF, 2006.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 184, de 3 de fevereiro de 2011. Dispõe sobre o Programa Farmácia Popular do Brasil. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2011.

_____. Ministério da Saúde. **Programa Farmácia Popular do Brasil**. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/secretarias/sctie/farmacia-popular>. Acesso em: 12 ago. 2015.

_____. Ministério da Saúde. **PNAUM - Pesquisa Domiciliar para Medida de Acesso e Uso de Medicamentos. Primeiros resultados**, 2014. Disponível em: < http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2014/novembro/18/PNAUM-cienciasus.pdf>. Acesso em: 19 out. 2015.

ARAÚJO, Lorena Ulhôa et al. Medicamentos genéricos no Brasil: panorama histórico e legislação. **Revista Panamericana de Salud Publica**. v. 28, n. 6, p. 480-92, 2010.

ARRAIS, P. S. D. et al. Prevalência e fatores determinantes do consumo de medicamentos no Município de Fortaleza, Ceará, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 21, n. 6, p. 1737-1746, 2005.

AZIZ, M. M. 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**. Rio de Janeiro, v. 27, n. 10, p. 1939-1950, 2011.

BASTOS, G. A. N.; HARZHEIM, E.; SOUSA, A. I. Prevalência e fatores associados à consulta médica entre adultos de uma comunidade de baixa renda do Sul do Brasil. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**. Brasília, v. 23, n. 3, 2014.

BASTOS, J. L. et al. Diferenças socioeconômicas entre autoclassificação e heteroclassificação de cor/raça. **Revista de Saúde Pública**. v. 42, n. 2, p. 324-334, 2008.

BENNETT, S.; QUICK, J.; VELÁSQUEZ, G. **Public-private roles in the pharmaceutical sector: implications for equitable access and rational drug use**. World Health Organization, 1997. p. 28-34.

BERENSTEIN, C. K.; WAJNMAN, S. Efeitos da estrutura etária nos gastos com internação no Sistema Único de Saúde: uma análise de decomposição para duas áreas metropolitanas brasileiras. Rio de Janerio. **Cadernos de Saúde Pública**. v. 24, n. 10, p. 2301-2333, out, 2008.

BERMUDEZ, J. A. Z. et al. Modelo lógico para avaliação do acesso aos medicamentos essenciais. In: VI CONGRESSO BRASILEIRO DE SAÚDE COLETIVA, 2000, Salvador, Bahia. **Anais Ciência e Saúde Coletiva**. Resumo apresentado sob a forma de pôster 1618. Rio de Janeiro: ABRASCO, 2000. p. 441.

BERMUDEZ, J. A. Z; OLIVEIRA, M. A.; LUIZA, V. L. Assistência Farmacêutica. In: GIOVANELLA, L. et al. (Org.). **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil.** 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012. p. 657-685.

BERTOLDI, A. D. et al. Utilização de medicamentos em adultos: prevalência e determinantes individuais. **Revista de Saúde Pública**. v. 38, n. 2, p. 228-238, 2004.

BLUM, B.; LUIZA, V. L.; BERMUDEZ, J. A. Z. Acesso a medicamentos medido no nível domiciliar: a proposta da OMS e outras iniciativas brasileiras. **Rev. Bras. Farm**. v. 92, n. 3, p. 223-231, 2011.

BOING, A. C.; BERTOLDI, A. D.; PEREZ, K. G. Desigualdades socioeconômicas nos gastos e comprometimento da renda com medicamentos no sul do Brasil. **Rev. Saúde Pública**. v. 45, p. 897-905, 2011.

BOING, A. C. Acesso a medicamentos no setor público: análise de usuários do Sistema Único de Saúde no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 29, n.4, p.691-701, 2013.

CAMERON, A. et al. Medicine prices, availability, and affordability in 36 developing and middle-income countries: a secondary analysis. **Lancet**. v. 373, p. 240-249, 2009.

CARVALHO, M. F. et al. Utilization of medicines by the Brazilian population, 2003. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, 21, Sup:S100-S108, 2005.

CONASS. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Assistência Farmacêutica no SUS**. Coleção Para entender a gestão do SUS. Brasília: CONASS, 2011. 186p.

COSENDEY, M. A. E. et al. Assistência farmacêutica na atenção básica de saúde: a experiência de três estados brasileiros. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, p. 171-182, jan-mar, 2000.

EMMERICK, I. C. M. et al. Access to medicines for acute illness in middle income countries in Central America. **Rev Saúde Pública**. v. 47, n. 6, p. 1069-79, 2013.

EMMERICK, I. C. M. Farmácia Popular Program: changes in geographic accessibility of medicines during ten years of a medicine subsidy policy in Brazil. **Journal of Pharmaceutical Policy and Practice**. p. 8-10, 2015.

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Coordenação de Trabalho e Rendimento. **Pesquisa de orçamentos familiares 2002-2003: perfil das despesas no Brasil: Indicadores selecionados**. Rio de Janeiro: IBGE, 2007. 251p.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa nacional de saúde: 2013. **Acesso e utilização dos serviços de saúde, acidentes e violências. Brasil, grandes regiões e unidades da federação**. Rio de Janeiro: IBGE, 2015. 100 p.

INOCENCIO, M.; DE VIVO, B. Acesso a medicamentos: análise das estratégias do Estado para o desenvolvimento do Programa Farmácia Popular. **Cadernos Gestão Pública e Cidadania FGV**. São Paulo, v.16, n.59, jun./dez. 2011.

JARAMILO, N. M; CORDEIRO, B. C. Assistência Farmacêutica. In: OSORIO-DE-CASTRO C. G. S. et al (Org.). **Assistência Farmacêutica**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2014. p. 27-38.

KATREIN, F. et al. Desigualdade no acesso a medicamentos para doenças crônicas em mulheres brasileiras. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 31, n. 7, p. 1416-1426, 2015.

LAMB, L. **Participação do conselho nacional de secretários de saúde na Estruturação da Assistência Farmacêutica no Sus**. 2013. 146f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília, Brasília, 2013.

LEBRÃO, M. L.; LAURENTI, R. Saúde, bem-estar e envelhecimento: o estudo SABE no município de São Paulo. **Rev Bras Epidemiol**. v. 8, p. 127-141, 2005.

LEYVA-FLORES, R. et al. Prescripción, acceso y gasto en medicamentos entre usuários de servicios de salud en México. **Salud Publica Mex**. v. 40, p. 24-31.1998.

LIMA, J. C. et al. Desigualdades no acesso e utilização de serviços de saúde no Brasil. **Saúde Debate**. v**.** 26, p. 62-70, 2002.

LOYOLA-FILHO, A. I. et al. Prevalência e fatores associados a automedicação: resultados do projeto Bambuí. **Rev. Saúde Pública**. São Paulo, v. 36, n. 1, 2002.

MACHADO, C. V.; BAPTISTA, T. W. F.; NOGUEIRA, C. O. N. Políticas de saúde no Brasil nos anos 2000: a agenda federal de prioridades. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 27, n. 3, p. 521-532, mar, 2011.

MACHADO, S. H. S. **Política de Medicamentos: Análise dos fatores que influenciam a formulação de uma política pública de saúde**. 2012. 167 f. Dissertação (Mestrado em Administração) – Faculdade de Administração, Economia e Contabilidade, Universidade de Brasília, Brasília, 2012.

MALTA, D. C. Inquéritos Nacionais de Saúde: experiência acumulada e proposta para o inquérito de saúde brasileiro. **Rev bras epidemiol**. v. 11, p. 159-67, 2008.

MARIN, N. et al (Org.). Assistência Farmacêutica. In: **Assistência Farmacêutica para Gerentes Municipais**. Rio de Janeiro: OPAS/OMS, 2003. p. 115-132.

MELO, D. O.; RIBEIRO, E.; STORPIRTIS, S. A importância e a história dos estudos de utilização de medicamentos. **Rev. Bras. Cienc. Farm**. São Paulo, v. 42, n. 4 , 2006.

OLIVEIRA, E. A.; LABRA, M. E.; BERMUDEZ, J. A. Z. A produção pública de medicamentos no Brasil: uma visão geral. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 11, p. 2379-2389, nov, 2006.

OLIVEIRA, L. C. F.; ASSIS, M. M. A.; BARBONI, A. R. Assistência Farmacêutica no Sistema Único de Saúde: da Política Nacional de Medicamentos à Atenção Básica à Saúde. **Ciência e Saúde coletiva**. Rio de Janeiro, v. 15, p. 3561-3567, 2010.

OLIVEIRA, M. A.; BERMUDEZ, J. A. Z.; OSORIO-DE-CASTRO, C. G. S. **Assistência Farmacêutica e acesso a medicamentos**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007. 112p.

OMS - Organización Mundial de la Salud. **El papel del farmaceutico en el sistema de atención de salud. Informe de la reunion de la OMS**. Genebra, 1993.

OPAS - Organização Pan-Americana da Saúde / Organização Mundial de Saúde. **Avaliação da Assistência Farmacêutica no Brasil: estrutura, processo e resultados**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; BRASIL. Ministério da Saúde, 2005. 260p.

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

PANIZ, V. M. V. et al. Free access to hypertension and diabetes medicines among the elderly: a reality yet to be constructed. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 26, n.6, p.1163-1174, 2010.

PAULA, P. A. B. et al. Política de medicamentos: da universalidade de direitos aos limites da operacionalidade. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 4, p. 1111-1125, 2009.

PEPE, V. L. E.; Castro, C. G. S.O. A interação entre prescritores, dispensadores e pacientes: informação compartilhada como possível benefício terapêutico. **Cadernos de Saúde Pública**. v. 16,n. 3, p. 815-22, 2000.

PERINI, E. Assistência Farmacêutica: Fundamentos teóricos e conceituais. In: ACURCIO, Francisco de Assis (Org.). **Medicamentos e Assistência Farmacêutica**. Belo Horizonte: Coopmed. 2003. p. 9.

PNS. **Pesquisa Nacional de Saúde**. Disponível em:<http://www.pns.icict.fiocruz.br/index.php?pag=objetivos>. Acesso em 07 set. 2015.

PORTELA, A. S. et al. Políticas públicas de medicamentos: trajetória e desafios. **Revista de Ciências Farmacêuticas Básica e Aplicada**. Araraquara, v. 31, n. 1, p. 09-14, 2010.

RAO, J. N. K.; SCOTT, A. J. On chi-squared tests for multiway contingency-tables with cell proportions estimated from survey data. **Ann Stat**. v. 12, p. 46-60, 1984.

RUSHWORTH, G. F. et al. Access to medicines in remote and rural areas: a survey of residents in the Scottish Highlands & Western Isles. **Public Health**. v. 129, p. 244-251, 2015.

SANT'ANA, P. J. P.; ASSAD, A. L. D. Programa de pesquisa em produtos naturais: a experiência da CEME. **Química Nova**. São Paulo, v. 27, n. 3, p. 508-12, 2004.

SANTOS-PINTO, C. D. B. et al. Preços e disponibilidade de medicamentos no Programa Farmácia Popular do Brasil. **Rev. Saúde Pública**. São Paulo, v. .44, n. 4, 2010.

SANTOS-PINTO, C. D. B.; COSTA, N. R.; OSORIO-DE-CASTRO, C. G. S. Quem acessa o Programa Farmácia Popular do Brasil? Aspectos do fornecimento público de medicamentos. **Ciência e Saúde Coletiva**. v. 16, n. 6, p. 2963-2973, 2011.

SILVA, A. P. Fatores associados a não adesão ao tratamento da hipertensão arterial sistêmica: uma revisão integrativa. **Journal of research Fundamental care online**. v. 8, n.1, p. 4047-4055, 2016.

SILVA, R. C. S. **Medicamentos excepcionais no âmbito da assistência farmacêutica no brasil**. 2000. 216 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2000.

SILVEIRA, F. G.; OSÓRIO, R. G.; PIOLA, S. F. Os gastos das famílias com saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**. v. 7, n. 4, p. 719-731, 2002.

SZWARCWALD, C. L. et al. Pesquisa mundial de saúde 2003: o Brasil em números. **RADIS**. Rio de Janeiro, v. 23, p. 14-33, 2004.

SZWARCWALD, C. L. et al. Pesquisa Nacional de Saúde no Brasil: concepção e metodologia de aplicação. **Ciênc. saúde coletiva**. Rio de Janeiro, v. 19, n. 2, 2014.

SZWARCWALD, C. L.; SOUZA-JÚNIOR, P. B. R.; DAMACENA, G. N. Socioeconomic inequalities in the use of outpatient services in to health care need: evidence from the World Health Survey. **BMC Health Services Research**. v. 217, p. 1-10, 2010.

TAVEIRA, R. A. V. **Alinhamento entre a regulação sanitária e as políticas públicas de medicamentos no Brasil**. 2013. 208 f. Dissertação (Mestrado em Ciências Farmacêuticas) – Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília, Brasília, 2013.

TRAVASSOS, C.; MARTINS, M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 20, p.190-198, 2004.

TREVISAN, L.; JUNQUEIRA, L. Gestão em Rede do SUS e a Nova Política de Produção de Medicamentos. **Saúde Soc**. São Paulo, v. 19, n. 3, p. 638-652, 2010.

UNITED NATIONS. **Indicators for Monitoring the Millennium Development Goals**. United. New York, United Nations Development Group: 2003

VIANA, K. P. et al. Acesso a medicamentos de uso contínuo entre idosos, Brasil. **Revista de Saúde Pública**. v. 49, n. 14, p. 1-10, 2015.

VIALLE-VALENTIN, C. E. et al. Medicines coverage and community-based health insurance in low-income countries. **Health Res Policy Syst**. p. 6-11, 2008.
VOSGERAU, M. Z. S. et al. Consumo de medicamentos entre adultos na área de abrangência de uma Unidade de Saúde da Família. **Ciência e Saúde Coletiva**. v. 16, p. 1629-1638, 2011.

WHO - World Health Organization. **The world drug situation**. Geneva: WHO, 1985.

WHO - WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Defining and Measuring Access to Essential Drugs, Vaccines, and Health Commodities**. **Report of the WHO-MSH Consultative Meeting**. Ferney-Voltaire, France, 2000.

WHO - World Health Organization. WHO Medicines strategy. Countries at the core 2004-2007. Geneva, Switzerland: 2004a.

WHO - World Health Organization. **The world medicines situation 2004. World Pharmaceutical Sales And Consumption**. Geneva: WHO, 2004b.

WHO - WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Envelhecimento ativo: uma política de saúde**. Tradução Suzana Gontijo. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2005. 60p.

WHO - WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Measuring medicine prices, availability, affordability and price components. 2nd edition**. Geneva, 2008.

WHO - WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global recommendations on physical activity for health. 2nd edition**. Geneva, 2010.

WHO - World Health Organization. **The world medicines situation 2011. Access to essential medicines as part of the right to health**. Geneva: WHO, 2011.

WHO - World Health Organization **Noncommunicable Diseases Country Profiles**. Geneva: WHO, 2014a.

WHO - WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Medicines In Health Systems: Advancing Access, Affordability And Appropriate Use**. Geneva, 2014b.

WIRTZ, V. J. et al. Factores asociados con la utilización y el gasto en medicamentos en México. **Salud Publica Mex**. v. 55, p. 112-122, 2013.