

## Disponibilidade de medicamentos essenciais na atenção primária do Sistema Único de Saúde

Renata Cristina Rezende Macedo do Nascimento<sup>I</sup>, Juliana Álvares<sup>II</sup>, Augusto Afonso Guerra Junior<sup>II</sup>, Isabel Cristina Gomes<sup>III</sup>, Ediná Alves Costa<sup>IV</sup>, Silvana Nair Leite<sup>V</sup>, Karen Sarmiento Costa<sup>VI,VII,VIII</sup>, Orlando Mario Soeiro<sup>IX</sup>, Ione Aquemi Guibu<sup>X</sup>, Margô Gomes de Oliveira Karnikowski<sup>XI</sup>, Francisco de Assis Acurcio<sup>II</sup>

<sup>I</sup> Programa de Pós-graduação em Medicamentos e Assistência Farmacêutica. Faculdade de Farmácia. Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte, MG, Brasil

<sup>II</sup> Departamento de Farmácia Social. Faculdade de Farmácia. Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte, MG, Brasil

<sup>III</sup> Faculdade de Ciências Médicas de Minas Gerais. Belo Horizonte, MG, Brasil

<sup>IV</sup> Instituto de Saúde Coletiva. Universidade Federal da Bahia. Salvador, BA, Brasil

<sup>V</sup> Departamento de Ciências Farmacêuticas. Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, SC, Brasil

<sup>VI</sup> Núcleo de Estudos de Políticas Públicas. Universidade Estadual de Campinas. Campinas, SP, Brasil

<sup>VII</sup> Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. Departamento de Saúde Coletiva. Faculdade de Ciências Médicas. Universidade Estadual de Campinas. Campinas, SP, Brasil

<sup>VIII</sup> Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia. Faculdade de Medicina. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, RS, Brasil

<sup>IX</sup> Faculdade de Ciências Farmacêuticas. Pontifícia Universidade Católica de Campinas. Campinas, SP, Brasil

<sup>X</sup> Departamento de Saúde Coletiva. Faculdade de Ciências Médicas. Santa Casa de São Paulo. São Paulo, SP, Brasil

<sup>XI</sup> Faculdade de Ceilândia. Universidade de Brasília. Brasília, DF, Brasil

### RESUMO

**OBJETIVO:** Caracterizar a disponibilidade física de medicamentos traçadores nos serviços de assistência farmacêutica na atenção primária do Sistema Único de Saúde.

**MÉTODOS:** Estudo transversal de natureza avaliativa, integrante da Pesquisa Nacional Sobre Acesso, Utilização e Promoção do Uso Racional de Medicamentos – Serviços, 2015. Para a análise da disponibilidade física, foram verificados 50 itens selecionados da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais 2012. Roteiros de observação foram aplicados nos serviços de dispensação de medicamentos na atenção primária. Foram realizadas entrevistas com usuários, profissionais de saúde e gestores municipais, por meio de questionários semiestruturados. O índice de disponibilidade foi apresentado como o percentual de unidades de saúde onde os medicamentos estavam disponíveis. Para a análise estatística foram apresentadas frequências absolutas, relativas e médias (com intervalos de 95% de confiança). A comparação de grupos foi realizada por meio dos testes Qui-quadrado de Pearson ou análise de variância, quando adequados.

**RESULTADOS:** Foram preenchidos 1.175 roteiros de observação em amostra nacional representativa composta por 273 municípios. Observaram-se diferenças estatisticamente significantes em relação ao tipo de unidade, infraestrutura e presença do profissional farmacêutico entre as regiões do Brasil. A disponibilidade média dos medicamentos traçadores na atenção primária foi de 52,9%, com diferenças entre regiões e estratos amostrais. Quando analisados todos os medicamentos, exceto os fitoterápicos, o índice elevou para 62,5%. Verificou-se disponibilidade inadequada de medicamentos para o tratamento de doenças crônicas e para doenças epidemiologicamente importantes, como a tuberculose e a sífilis congênita.

**CONCLUSÕES:** A baixa disponibilidade de medicamentos de aquisição centralizada indica possíveis deficiências na gestão da cadeia logística. As diferentes percepções sobre a disponibilidade dos medicamentos traçadores no SUS corroboram com os índices de disponibilidade geral verificados pelo estudo. Dentre os usuários, aproximadamente 60% afirmaram obter os medicamentos que necessitaram nas unidades do SUS, informação coerente com a falta de medicamentos relatada pelos responsáveis pela dispensação de medicamentos e com a avaliação dos médicos.

**DESCRITORES:** Medicamentos Essenciais, provisão & distribuição. Assistência Farmacêutica. Atenção Primária à Saúde. Pesquisa sobre Serviços de Saúde. Sistema Único de Saúde.

#### Correspondência:

Renata Cristina Rezende Macedo do Nascimento  
Universidade Federal de Minas Gerais  
Av. Presidente Antônio Carlos, 6627  
31270-901 Belo Horizonte, MG, Brasil  
E-mail: recmacedo@gmail.com

Recebido: 31 mar 2016

Aprovado: 30 jan 2017

**Como citar:** Nascimento RCRM, Álvares J, Guerra Junior AA, Gomes IC, Costa EA, Leite SN, et al. Disponibilidade de medicamentos essenciais na atenção primária do Sistema Único de Saúde. Rev Saude Publica. 2017;51 Supl 2:10s.

**Copyright:** Este é um artigo de acesso aberto distribuído sob os termos da Licença de Atribuição Creative Commons, que permite uso irrestrito, distribuição e reprodução em qualquer meio, desde que o autor e a fonte originais sejam creditados.



## INTRODUÇÃO

A atenção primária à saúde caracteriza-se por um conjunto de ações, no âmbito individual e coletivo, que abrange promoção e proteção à saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde. Para que os problemas de maior relevância sejam resolvidos no próprio território, utilizam-se tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade. Dentre estas destacam-se os medicamentos, um dos recursos terapêuticos fundamentais e mais utilizados pela sociedade moderna<sup>21,23</sup>.

As importantes transformações no perfil epidemiológico que ocorreram no último século culminaram com o aumento expressivo da expectativa de vida e a ocorrência predominante das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT)<sup>3,12</sup>. Atualmente, a situação de saúde brasileira caracteriza-se por uma transição demográfica acelerada e se expressa por uma situação de tripla carga de doenças: uma agenda não superada de doenças infecciosas, as associadas às causas externas e a presença hegemônica de condições crônicas. A resposta a este desafio tem sido estruturada por meio das redes de atenção à saúde, com o acesso às ações e serviços coordenado pela atenção primária<sup>8,12</sup>.

Neste contexto, a assistência farmacêutica desempenha um papel primordial. Uma das nove metas mundiais para o controle das DCNT é garantir 80% de disponibilidade de tecnologias básicas e medicamentos essenciais, pois o apropriado tratamento farmacológico reduz significativamente a morbimortalidade dessas doenças. A disponibilidade adequada associada ao financiamento sustentável e à melhoria do sistema de saúde contribuem para assegurar uma cobertura universal<sup>3,7,24,25</sup>.

Os serviços farmacêuticos na atenção primária buscam garantir a atenção integral, contínua e compatível com as demandas em saúde de uma população, tendo o medicamento como um dos elementos essenciais<sup>21</sup>. Como parte do direito constitucional à saúde, os serviços farmacêuticos no Sistema Único de Saúde (SUS)<sup>a</sup> compreendem as atividades administrativas para garantir a disponibilidade adequada de medicamentos, sua qualidade e conservação, além dos serviços assistenciais, com foco na efetividade e segurança da terapêutica<sup>21</sup>.

O acesso a medicamentos essenciais garantido à população compõe um dos oito objetivos de Desenvolvimento do Milênio<sup>26</sup> e, portanto, um dos pilares da formulação e implementação de políticas nacionais de saúde<sup>20</sup>. Apesar de ser um componente fundamental do direito à saúde, o acesso a medicamentos essenciais para prevenir e tratar doenças de alta prevalência, como as cardiovasculares, respiratórias crônicas e diabetes, ainda pode ser considerado baixo e irregular em todo o mundo<sup>2,8,21</sup>.

O conceito de acesso é amplo e compreende cinco dimensões – disponibilidade, acessibilidade geográfica, adequação, aceitabilidade e capacidade aquisitiva<sup>10,22</sup>. A disponibilidade física é uma dimensão importante e desafiadora, principalmente quando se consideram sistemas universais com financiamento público. É definida como a relação entre o tipo e quantidade de produtos necessários e aqueles oferecidos<sup>11,20</sup>. Sob a perspectiva dos sistemas públicos e universais de saúde, a análise da disponibilidade física é muitas vezes assumida como uma *proxy* para a avaliação do acesso aos medicamentos essenciais.

Em detrimento ao arcabouço legal da assistência farmacêutica<sup>a</sup> e ao crescente investimento realizado pelas três esferas de gestão do SUS, estudos realizados em unidades de atenção primária em saúde no país apontam problemas quanto à oferta e qualidade do uso de medicamentos, além de deficiências na gestão da cadeia logística<sup>3,9,13,20</sup>. A Pesquisa Nacional sobre Acesso, Utilização e Promoção do Uso Racional de Medicamentos (PNAUM) – Serviços teve por objetivo caracterizar a organização dos serviços de assistência farmacêutica na atenção primária do SUS, com vistas ao acesso e a promoção do uso racional de medicamentos, bem como identificar e discutir os fatores que interferem na consolidação da assistência farmacêutica no âmbito municipal.

O presente estudo teve por objetivo identificar fatores relacionados à disponibilidade física de medicamentos traçadores nos serviços de assistência farmacêutica na atenção primária do SUS.

<sup>a</sup> As políticas nacional de medicamentos e de assistência farmacêutica estabelecem as diretrizes para os serviços farmacêuticos no país<sup>15,16</sup>.

## MÉTODOS

Este trabalho é parte da PNAUM – Serviços, um estudo transversal, exploratório, de natureza avaliativa, composto por um levantamento de informações numa amostra representativa de municípios, serviços de atenção primária, usuários, médicos e responsáveis pela dispensação de medicamentos nas cinco regiões do Brasil. O plano de amostragem considerou as várias populações de estudo e estimou os diversos tamanhos de amostra para cada uma dessas populações<sup>1</sup>. Para cada região foram amostrados 120 municípios, 300 serviços de saúde e 1.800 usuários. A amostra total (600 municípios) foi estratificada em capitais (26 e o Distrito Federal); municípios maiores (0,5% maiores municípios da região, totalizando 27) e menores, em termos de população (546 municípios sorteados). Para obter a amostra dos serviços de saúde, foram sorteados 60 municípios entre os 120 selecionados anteriormente, por região. Foram incluídos no sorteio dos serviços de saúde os postos de saúde, centros de saúde ou unidades básicas de saúde e unidades mistas, conforme Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde. Nos serviços de atenção primária foram realizadas entrevistas presenciais com usuários, médicos e responsáveis pela dispensação dos medicamentos e entrevistas telefônicas com os responsáveis municipais pela assistência farmacêutica, utilizando-se um questionário estruturado específico para cada categoria. A disponibilidade dos medicamentos perguntada aos entrevistados considerou o período de três meses que antecederam a entrevista. A observação das instalações dos serviços farmacêuticos e a disponibilidade física dos medicamentos foi verificada por meio do roteiro de observação. Para cada instrumento da pesquisa foi elaborado um manual e um glossário de termos técnicos. Após o treinamento dos entrevistadores, foi realizado um pré-teste, envolvendo municípios de diferentes portes populacionais, a fim de validar os instrumentos e detectar possibilidades de melhoria. Os dados foram coletados de julho de 2014 a maio de 2015.

A disponibilidade física foi verificada a partir de uma lista de medicamentos traçadores. Um grupo de especialistas selecionou 58 medicamentos da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (Rename) 2012, agrupados conforme classe terapêutica em 50 itens para verificação. O critério norteador para a seleção do elenco foram os parâmetros estabelecidos pela Organização Mundial de Saúde (OMS)<sup>25</sup> para viabilizar pesquisas sobre disponibilidade de medicamentos essenciais<sup>b</sup>, incluindo aqueles indicados ao tratamento de condições epidemiologicamente relevantes no país, no âmbito da atenção primária.

A disponibilidade foi definida como a presença de pelo menos uma unidade farmacêutica do medicamento, visível no momento da coleta dos dados, conforme observação direta do pesquisador de campo. Para medicamentos de mesma classe terapêutica, agrupados em um item, considerou-se a existência de pelo menos uma unidade dentre as opções terapêuticas estabelecidas. O índice de disponibilidade foi apresentado como o percentual de unidades de saúde avaliadas onde os medicamentos estavam disponíveis. Para a análise estatística foram apresentadas frequências absolutas, relativas e médias (com intervalos de 95% de confiança para as frequências relativas e médias). A comparação de grupos foi realizada por meio dos testes Qui-quadrado de Pearson ou análise de variância, quando adequados.

A análise dos dados foi realizada por meio do *software* SPSS® versão 22, utilizando-se o plano de amostras complexas<sup>1</sup>. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê Nacional de Ética em Pesquisa sob o parecer CONEP nº 398.131/2013. Todas as entrevistas foram precedidas pelo esclarecimento dos objetivos ao entrevistado e pela assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido.

## RESULTADOS

Foram preenchidos 1.175 roteiros de observação em 273 municípios brasileiros. Por questões organizacionais da assistência farmacêutica, alguns municípios centralizam a dispensação de medicamentos em farmácias públicas implantadas em edificação independente ou em

<sup>b</sup> Para viabilizar uma pesquisa sobre a disponibilidade de medicamentos essenciais em serviços de saúde, a OMS orienta que sejam selecionados, no máximo, 50 itens, a partir de uma relação de medicamentos essenciais. Esta lista de medicamentos-chave, chamados medicamentos traçadores, deve conter itens destinados ao tratamento das principais condições de saúde da população, incluindo uma lista padrão de 14 medicamentos, para permitir comparações internacionais, uma lista regional básica de até 16 medicamentos e uma lista suplementar de pelo menos 20 medicamentos de relevância nacional (WHO<sup>25</sup>, 2008).

centros de saúde de maior porte. Entre as regiões do Brasil, foram observadas diferenças estatisticamente significantes em relação ao tipo de unidade, infraestrutura e existência de profissional farmacêutico responsável nas unidades dispensadoras de medicamentos onde o roteiro de observação foi aplicado (Tabela 1).

A disponibilidade média dos medicamentos traçadores na atenção primária do SUS foi de 52,9%, com diferenças estatisticamente significantes entre as regiões do país ( $p < 0,05$ ). Observou-se importante amplitude entre os itens verificados (Tabela 2). Os sais de reidratação oral apresentaram a maior disponibilidade (91,9%) e, os fitoterápicos, a menor (variando de 0,8% a 8,6%). Quando foram analisados todos os medicamentos, exceto os fitoterápicos, a média aumentou para 62,5%.

O índice de disponibilidade variou conforme o estrato populacional (capitais, municípios maiores de cada região e os de menor porte), sendo a menor disponibilidade registrada nos municípios de menor porte (Figura 1). Esta variação ocorreu independentemente da exclusão de fitoterápicos, com significância estatística ( $p < 0,05$ ).

A disponibilidade nos três meses anteriores à pesquisa foi avaliada sob a perspectiva dos usuários, médicos e profissionais responsáveis pela dispensação de medicamentos (Tabela 3). De acordo com a percepção de 58,8% dos médicos, a disponibilidade de medicamentos essenciais foi considerada muito boa/boa. Quando ocorrem faltas de medicamentos, a conduta mais frequente foi a análise da possibilidade de substituição do medicamento prescrito (77,4%), seguida pelo encaminhamento para a Farmácia Popular (75,4%).

Com relação à percepção dos responsáveis pela dispensação de medicamentos, 38,0% relataram que faltas de medicamentos ocorrem sempre ou repetidamente nas unidades dispensadoras na atenção primária do SUS. De acordo com os responsáveis pela assistência farmacêutica municipal, os principais motivos que justificaram a ocorrência de desabastecimento no ano anterior à pesquisa foram a insuficiência de recursos financeiros (31,4%), problemas no mercado farmacêutico (30,5%), o atraso no repasse de medicamentos pelas demais instâncias gestoras do SUS (27,2%) e a desorganização do setor de compras local (18,8%) (dados não apresentados em tabela).

**Tabela 1.** Descrição das unidades dispensadoras de medicamentos na atenção primária. Pesquisa Nacional sobre Acesso, Utilização e Promoção do Uso Racional de Medicamentos – Serviços, 2015.

Variável	Norte		Nordeste		Centro Oeste		Sudeste		Sul		Brasil	
	n <sup>a</sup>	% (IC95%)	n <sup>a</sup>	% (IC95%)	n <sup>a</sup>	% (IC95%)	n <sup>a</sup>	% (IC95%)	n <sup>a</sup>	% (IC95%)	n <sup>a</sup>	% (IC95%)
Tipo de unidade <sup>b</sup>												
Centro/unidade básica de saúde	179	68,8 (62,3–74,6)	181	72,9 (63,9–80,3)	53	25,4 (16,2–37,5)	124	42,0 (29,7–55,5)	171	64,5 (52,1–75,1)	708	58,8 (53–64,3)
Posto de saúde	24	8,7 (5,7–13,1)	56	13,9 (9,8–19,4)	88	28,4 (18,7–40,6)	49	15,4 (10,4–22,4)	40	12,4 (7,6–19,7)	257	14,6 (12–17,6)
Farmácia em edificação independente	37	15,5 (11,2–20,9)	6	4,1 (1,0–15,3)	20	37,4 (20,2–58,5)	22	17,8 (10,4–28,8)	31	16,8 (7,9–32,4)	116	13,4 (9,6–18,3)
Unidade mista	8	3,3 (1,6–6,5)	11	4,3 (1,7–10,5)	16	7,5 (3,1–16,8)	31	20,3 (9,9–37,3)	7	5,7 (1,9–15,7)	73	9,6 (5,7–15,8)
Outro	11	3,8 (2,0–7,1)	5	4,8 (1,6–13,5)	1	1,3 (0,2–9,0)	3	4,4 (0,8–20,5)	1	0,6 (0,1–4,0)	21	3,7 (1,6–8,2)
Unidade possui farmacêutico responsável <sup>b</sup>	78	26,8 (21,9–32,2)	52	18,5 (11,7–28,1)	95	66,9 (55,6–76,6)	176	72,0 (57,3–83,1)	105	44,8 (34,5–55,6)	506	43,0 (37,8–48,4)
Equipamentos e mobiliários da área de armazenamento <sup>b</sup>												
Refrigerador exclusivo para medicamentos	97	37,2 (31,0–43,8)	97	21,3 (16,1–27,6)	112	50,7 (36,6–64,7)	180	76,0 (65,9–83,9)	164	56,8 (46,7–66,4)	650	47,2 (42,0–52,5)
Aparelho de ar condicionado	163	59,0 (52,4–65,4)	92	21,3 (14,8–29,5)	103	72,7 (61,6–81,6)	101	46,0 (33,1–59,4)	76	37,1 (26,7–48,8)	535	37,7 (32,4–43,2)
Armário com chave <sup>c</sup>	99	38,2 (32,0–44,7)	66	22,6 (15,9–31,1)	80	65,1 (50,7–77,3)	154	63,4 (49,6–75,3)	103	48,9 (38,5–59,5)	502	43,4 (38,0–49,0)

<sup>a</sup> Valor de N não ponderado

<sup>b</sup>  $p < 0,05$

<sup>c</sup> Para armazenamento de medicamentos sujeitos a controle especial regulamentado pela Portaria GM/MS nº 344/98.

Fonte: PNAUM – Serviços, 2015.

**Tabela 2.** Disponibilidade física média de medicamentos essenciais nas unidades dispensadoras visitadas na atenção primária. Pesquisa Nacional sobre Acesso, Utilização e Promoção do Uso Racional de Medicamentos – Serviços, 2015.

Medicamento	Disponibilidade % (IC95%)					
	Norte	Nordeste	Centro-Oeste	Sudeste	Sul	Brasil
Anti-hipertensivos	73,5 (68,9–78,2)	85,9 (82,2–89,6)	86,1 (80,5–91,6)	91,8 (88,5–95,1)	84,0 (78,7–89,4)	84,3 (82,2–86,3)
1. Captopril /enalapril <sup>a</sup>	84,1 (78,5–88,4)	84,4 (78,3–89,0)	84,1 (75,9–89,9)	95,4 (91,2–97,6)	83,9 (76,7–89,3)	87,7 (84,8–90,1)
2. Hidroclorotiazida	72,9 (66,5–78,5)	86,6 (80,1–91,2)	81,7 (73,2–88,0)	86,1 (79,6–90,8)	83,5 (76,1–89,0)	84,5 (81,3–87,3)
3. Atenolol/propranolol/carvedilol/metoprolol <sup>a</sup>	70,7 (64,2–76,4)	66,2 (58,4–73,1)	77,6 (65,1–86,6)	90,9 (85,0–94,7)	79,2 (69,8–86,2)	77,1 (73,1–80,6)
Antidiabéticos orais e insulinas	66,4 (61,7–71,1)	77,1 (72,9–81,3)	80,5 (72,6–88,4)	91,1 (87,7–94,4)	74,9 (69,0–80,8)	78,0 (75,6–80,4)
4. Metformina <sup>a</sup>	79,2 (73,4–84,0)	86,4 (80,0–90,9)	83,8 (74,8–90,1)	91,8 (84,9–95,7)	74,0 (61,4–83,5)	85,2 (81,4–88,4)
5. Glibenclamida/glicazida	79,2 (73,1–84,2)	85,3 (76,8–91,1)	84,3 (74,3–90,9)	84,6 (76,9–90,0)	72,9 (64,3–80,1)	82,4 (78,5–85,8)
6. Insulina humana NPH <sup>a</sup>	49,5 (42,9–56,0)	55,5 (47,3–63,4)	65,6 (53,0–76,4)	90,3 (84,5–94,1)	67,8 (57,9–76,3)	68,4 (64,0–72,6)
7. Insulina humana regular <sup>a</sup>	45,2 (38,7–51,8)	50,6 (42,4–58,8)	64,9 (52,2–75,9)	84,6 (77,3–89,9)	59,8 (49,8–69,0)	63,1 (58,2–67,7)
Contraceptivos/hormônios	56,3 (51,2–61,4)	69,5 (63,2–75,7)	81,8 (76,0–87,5)	88,3 (83,8–92,9)	83,1 (78,7–87,5)	75,8 (73,5–78,1)
8. Etinilestradiol +levonorgestrol <sup>a</sup>	48,6 (42,3–54,9)	63,1 (54,6–70,8)	84,1 (75,6–90,1)	87,0 (80,0–91,8)	86,6 (79,1–91,7)	74,5 (70,1–78,4)
9. Noretisterona + estradiol <sup>a</sup>	53,1 (46,6–59,4)	64,1 (55,7–71,8)	78,6 (66,4–87,2)	82,7 (74,7–88,6)	87,6 (80,8–92,2)	73,8 (69,3–77,8)
10. Noretisterona <sup>a</sup>	52,0 (45,6–58,4)	65,5 (57,1–73,1)	72,9 (61,6–81,8)	73,8 (58,8–84,8)	82,3 (75,3–87,6)	70,2 (64,7–75,2)
11. Medroxiprogesterona <sup>a</sup>	44,9 (38,7–51,4)	45,1 (37,1–53,3)	61,7 (50,1–72,1)	71,6 (61,1–80,3)	72,1 (63,3–79,5)	58,8 (53,6–63,8)
12. Levonorgestrel	46,3 (40,1–52,7)	54,1 (45,7–62,3)	66,5 (56,3–75,4)	62,5 (46,7–76,1)	62,1 (52,3–70,9)	58,2 (52,2–63,8)
13. Estriol creme vaginal <sup>a</sup>	15,4 (11,5–20,3)	20,0 (14,8–26,4)	38,7 (28,3–50,3)	15,4 (10,9–21,3)	27,9 (20,0–37,4)	20,6 (17,5–24,2)
14. Estrógenos conjugados creme vaginal	10,2 (7,0–14,4)	17,7 (12,4–24,7)	31,0 (20,0–44,7)	18,3 (12,4–26,2)	20,8 (14,5–28,9)	18,6 (15,3–22,4)
Anti-infecciosos	62,7 (58,2–67,2)	70,0 (65,4–74,7)	76,7 (70,5–82,8)	83,9 (80,1–87,8)	73,3 (66,7–79,9)	73,3 (70,9–75,7)
15. Fluconazol/itraconazol <sup>a</sup>	69,2 (62,6–75,0)	67,2 (59,3–74,3)	83,2 (76,8–88,0)	88,5 (82,1–92,8)	67,3 (57,8–75,6)	74,9 (70,8–78,7)
16. Nitrato de miconazol <sup>a</sup>	62,7 (56,0–68,9)	64,1 (56,1–71,4)	72,4 (63,1–80,1)	83,0 (74,9–88,9)	84,4 (75,2–90,6)	73,7 (69,4–77,6)
17. Cloridrato de ciprofloxacino <sup>a</sup>	51,4 (44,8–57,8)	59,7 (51,6–67,3)	60,7 (49,4–70,9)	82,7 (74,5–88,7)	54,0 (43,8–63,9)	65,3 (60,5–69,7)
18. Nistatina creme <sup>a</sup>	44,0 (37,6–50,6)	54,7 (46,6–62,6)	60,1 (44,2–74,0)	68,0 (57,0–77,3)	53,1 (42,4–63,5)	58,0 (52,7–63,1)
19. Benzilpenicilina benzatina <sup>a</sup>	59,0 (52,5–65,3)	37,2 (29,7–45,4)	49,0 (37,4–60,8)	56,3 (42,0–69,7)	60,7 (50,9–69,7)	49,5 (44,0–55,0)
Analgésicos/antipiréticos/anti-inflamatórios	73,9 (69,2–78,6)	80,6 (75,8–85,5)	85,9 (78,8–93,0)	91,0 (86,3–95,7)	95,3 (92,5–98,0)	85,3 (83,1–87,6)
20. Paracetamol <sup>a</sup>	84,8 (79,4–89,1)	83,4 (77,2–88,2)	87,2 (77,6–93,1)	95,4 (90,5–97,8)	98,9 (95,9–99,7)	90,1 (87,3–92,3)
21. Dipirona solução oral	86,0 (80,6–90,1)	83,0 (76,9–87,7)	83,3 (73,0–90,2)	86,2 (74,4–93,1)	93,5 (87,3–96,7)	86,0 (82,0–89,3)
22. Ibuprofeno <sup>a</sup>	58,8 (52,2–65,1)	57,4 (49,1–65,4)	83,4 (73,7–90,0)	75,3 (58,8–86,8)	94,3 (89,7–96,9)	70,8 (65,1–75,9)
Antieméticos/antissecretores	54,3 (49,5–59,1)	65,3 (59,6–71,0)	76,5 (68,3–84,7)	80,3 (73,1–87,5)	83,2 (75,9–90,4)	71,9 (68,9–74,9)
23. Omeprazol <sup>a</sup>	32,0 (26,3–38,4)	55,1 (46,7–63,1)	54,6 (41,6–66,9)	82,8 (73,8–89,1)	85,9 (76,7–91,9)	66,9 (62,1–71,4)
24. Hidróxido de alumínio <sup>a</sup>	64,7 (58,5–70,5)	64,4 (56,0–72,0)	77,5 (69,7–83,8)	44,4 (32,4–57,1)	68,4 (55,7–78,8)	59,7 (53,7–65,5)
25. Cloridrato de ranitidina	59,6 (52,8–66,0)	50,2 (42,0–58,4)	70,0 (59,4–78,8)	61,3 (46,9–74,0)	59,7 (48,1–70,2)	57,1 (51,4–62,7)
Antiasmáticos	67,4 (62,3–72,5)	78,2 (73,0–83,5)	82,1 (76,0–88,1)	88,8 (84,4–93,2)	83,6 (78,7–88,5)	80,0 (77,7–82,3)
26. Fosfato sódico de prednisolona/prednisona <sup>a</sup>	64,9 (58,3–71,0)	74,6 (65,7–81,7)	83,6 (76,8–88,7)	86,6 (75,6–93,1)	80,5 (66,1–89,9)	79,0 (74,0–83,3)
27. Sulfato de salbutamol <sup>a</sup>	61,6 (55,0–67,8)	59,3 (50,9–67,2)	69,2 (55,9–79,9)	81,3 (70,6–88,7)	64,2 (54,8–72,6)	67,7 (62,7–72,3)
28. Brometo de ipratrópio	57,3 (50,6–63,7)	57,9 (49,8–65,7)	62,1 (50,5–72,5)	60,5 (46,4–73,0)	70,8 (60,9–79,1)	61,1 (55,5–66,4)
Antiparasitários	70,3 (65,5–75,1)	84,2 (77,9–90,5)	83,1 (76,5–89,7)	91,2 (87,5–94,8)	85,7 (80,1–91,3)	82,9 (80,4–85,4)
29. Albendazol <sup>a</sup>	87,9 (83,0–91,6)	81,4 (72,4–87,9)	80,7 (67,8–89,2)	92,3 (87,3–95,4)	95,9 (92,4–97,8)	87,7 (83,8–90,7)
30. Metronidazol/teclozana <sup>a</sup>	74,0 (68,1–79,1)	82,4 (73,8–88,6)	77,4 (64,2–86,8)	89,3 (83,4–93,3)	78,1 (69,8–84,7)	82,9 (78,9–86,2)
31. Permetrina <sup>a</sup>	15,5 (11,6–20,4)	46,6 (38,7–54,7)	55,7 (46,1–64,9)	57,5 (43,7–70,2)	80,0 (71,9–86,1)	53,6 (48,1–59,0)

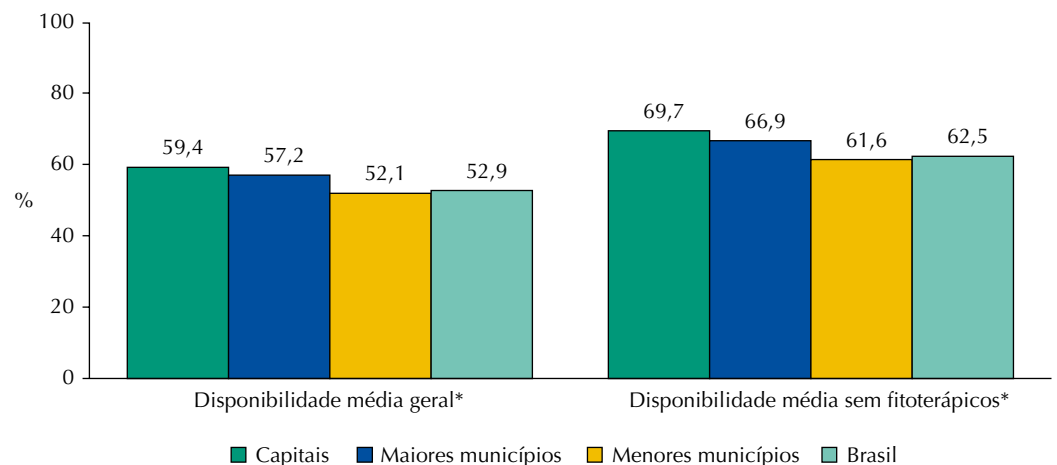
Continua

**Tabela 2.** Disponibilidade física média de medicamentos essenciais nas unidades dispensadoras visitadas na atenção primária. Pesquisa Nacional sobre Acesso, Utilização e Promoção do Uso Racional de Medicamentos – Serviços, 2015. Continuação

Psicotrópicos	15,0 (11,0–19,0)	10,6 (4,4–16,9)	41,6 (30,2–53,0)	48,0 (35,0–61,1)	45,7 (35,0–56,4)	32,2 (27,9–36,5)
32. Cloridrato de amitriptilina <sup>a</sup>	17,7 (13,5–22,8)	10,8 (5,9–19,0)	38,4 (27,1–51,1)	49,3 (36,3–62,5)	50,4 (40,2–60,6)	31,5 (26,4–37,1)
33. Carbamazepina <sup>a</sup>	17,4 (13,3–22,5)	12,5 (7,0–21,3)	42,1 (29,9–55,2)	46,0 (33,2–59,4)	47,3 (36,8–58,0)	30,8 (25,6–36,6)
34. Fluoxetina <sup>a</sup>	11,2 (8,0–15,4)	8,6 (4,1–17,3)	34,8 (22,2–49,9)	50,3 (37,1–63,4)	48,3 (37,9–58,8)	29,9 (24,8–35,6)
35. Clonazepam <sup>a</sup>	17,9 (13,8–22,9)	8,8 (4,3–17,1)	36,2 (24,2–50,2)	46,1 (33,3–59,4)	34,0 (23,2–46,8)	26,9 (21,9–32,6)
Tuberculostáticos	32,5 (27,7–38,2)	10,6 (5,9–15,4)	32,2 (21,3–43,2)	44,7 (31,3–58,1)	9,9 (6,4–13,3)	26,0 (22,2–29,8)
36. Isoniazida 75 mg + rifampicina 150 mg + pirazinamida 400 mg + etambutol 275 mg <sup>a</sup>	35,6 (29,7–42,0)	10,2 (6,4–15,9)	31,8 (22,0–43,5)	40,7 (29,3–53,3)	9,4 (6,4–13,4)	22,9 (19,1–27,1)
37. Rifampicina 300 mg <sup>a</sup>	30,4 (24,8–36,7)	9,4 (5,6–15,4)	27,8 (18,1–40,1)	36,7 (24,2–51,4)	7,1 (4,7–10,6)	20,3 (15,6–26,0)
Fitoterápicos	9,8 (7,4–12,2)	2,8 (0,7–4,9)	12,4 (0,5–24,3)	13,9 (7,5–20,4)	10,8 (6,0–15,6)	8,8 (6,4–11,0)
38. Guaco <sup>a</sup>	10,6 (8,4–13,4)	2,7 (1,2–5,8)	12,0 (4,2–29,7)	12,7 (8,4–18,9)	11,5 (7,2–17,8)	8,5 (6,6–10,7)
39. Isoflavona-de-soja <sup>a</sup>	1,5 (0,8–3,0)	0,3 (0,1–1,3)	7,4 (1,2–33,6)	10,0 (6,1–15,9)	3,8 (1,7–8,4)	4,4 (3,0–6,4)
40. Unha-de-gato <sup>a</sup>	–	–	–	9,5 (5,8–15,3)	–	3,0 (1,9–4,5)
41. Espinheira-santa <sup>a</sup>	1,2 (0,5–2,6)	0,2 (0,0–1,1)	7,2 (1,2–33,9)	1,8 (0,9–3,6)	2,6 (1,0–6,9)	1,6 (0,8–3,0)
42. Aroeira <sup>a</sup>	–	0,5 (0,2–1,4)	7,2 (1,2–33,9)	1,2 (0,3–4,2)	–	1,0 (0,4–2,6)
43. Cáscara-sagrada	0,2 (0,0–1,4)	0,2 (0,0–1,1)	0,5 (0,1–3,6)	2,9 (0,7–12,0)	–	1,0 (0,3–3,7)
44. Garra-do-diabo <sup>a</sup>	0,2 (0,0–1,2)	–	0,1 (0,0–0,9)	2,0 (1,0–3,8)	1,0 (0,2–3,7)	0,8 (0,5–1,4)
45. Alcachofra	2,0 (1,1–3,5)	0,6 (0,3–1,6)	–	1,4 (0,6–3,3)	–	0,8 (0,5–1,4)
Outros medicamentos	70,6 (65,8–75,5)	81,4 (76,3–86,6)	81,3 (75,3–87,3)	92,3 (88,7–95,8)	79,5 (74,4–84,5)	81,0 (78,8–83,2)
46. Sais para reidratação oral	88,0 (83,0–91,7)	89,7 (83,5–93,7)	89,5 (82,1–94,1)	95,8 (90,2–98,3)	92,3 (87,2–95,5)	91,9 (89,1–94,0)
47. Sulfato ferroso <sup>a</sup>	69,6 (63,3–75,3)	90,4 (85,1–93,9)	84,8 (75,6–91,0)	94,6 (90,2–97,1)	91,5 (82,9–96,0)	89,9 (87,2–92,0)
48. Dexametasona creme/pomada <sup>a</sup>	70,0 (63,6–75,8)	69,1 (61,2–76,1)	82,7 (74,5–88,6)	90,7 (82,4–95,3)	86,0 (76,1–92,2)	79,5 (75,3–83,1)
49. Ácido fólico <sup>a</sup>	65,5 (58,9–71,6)	72,9 (65,2–79,4)	72,4 (58,3–83,2)	81,0 (70,9–88,1)	87,8 (80,3–92,7)	77,3 (72,9–81,1)
50. Nicotina <sup>a</sup>	4,5 (2,4–8,1)	4,4 (2,0–9,3)	34,0 (23,0–46,9)	27,2 (17,8–39,3)	17,0 (8,5–31,1)	15,3 (11,6–19,9)
Disponibilidade geral	44,6 (42,8–46,3)	46,3 (44,2–48,4)	55,9 (51,3–60,5)	60,5 (58,3–62,8)	56,8 (54,6–58,9)	52,9 (51,6–54,2)
Disponibilidade geral excluindo os fitoterápicos <sup>b</sup>	52,7 (50,6–54,8)	55,0 (52,5–57,5)	65,7 (60,9–70,5)	71,1 (68,6–73,6)	67,2 (64,6–69,7)	62,5 (60,9–64,0)

NPH: *Neutral Protamine Hagedorn*<sup>a</sup>  $p < 0,05$ <sup>b</sup> A medida de disponibilidade considerou a disponibilidade dos medicamentos traçadores verificados pelo roteiro de observação, excluindo-se os itens 38 a 45.

Fonte: PNAUM – Serviços, 2015.



Fonte: PNAUM – Serviços, 2015.

\*  $p < 0,05$ **Figura.** Disponibilidade física média de medicamentos traçadores nas unidades dispensadoras da atenção primária, conforme estrato amostral. Pesquisa Nacional sobre Acesso, Utilização e Promoção do Uso Racional de Medicamentos – Serviços, 2015.

**Tabela 3.** Percepção dos usuários, médicos e responsáveis pela dispensação de medicamentos nos serviços de atenção primária sobre a disponibilidade de medicamentos. Pesquisa Nacional sobre Acesso, Utilização e Promoção do Uso Racional de Medicamentos – Serviços, 2015.

Disponibilidade percebida		n <sup>a</sup>	% (IC95%)
Usuários	Frequência de obtenção dos medicamentos que necessitava nos últimos três meses <sup>b</sup>		
	Sempre	3.357	59,8 (55,1–64,4)
	Repetidamente	410	7,1 (4,7–10,7)
	Às vezes	1.313	23,1 (20,0–26,5)
	Raramente	421	5,6 (4,6–6,9)
	Nunca	257	4,3 (3,0–6,1)
	Informação recebida em caso de não obtenção do(s) medicamento(s) <sup>b</sup>		
	Falta na unidade	1.043	10,9 (8,7–13,5)
	Encaminhado para outra unidade do Sistema Único de Saúde	242	1,8 (1,2–2,8)
	Orientado a comprar o medicamento	623	8,3 (6,7–10,1)
Orientado a procurar na Farmácia Popular	278	3,1 (2,4–4,0)	
Outras	33	0,3 (0,2–0,4)	
Nenhuma orientação	6.584	75,6 (72,5–78,5)	
Médicos	Disponibilidade de medicamentos nos últimos 3 meses		
	Muito boa/Boa	654	58,8 (54,8–62,7)
	Nem ruim/Nem boa	437	34,3 (30,6–38,2)
	Ruim/Muito ruim	95	6,9 (5,1–9,3)
	Conduta em situações de falta de medicamentos na rede pública municipal <sup>b</sup>		
	Analisa a possibilidade de substituição da prescrição	1.240	77,4 (74,2–80,4)
	Encaminha para a Farmácia Popular do município	1.202	75,4 (72,1–78,3)
Recomenda a compra	1.090	69,3 (66,0–72,5)	
Encaminha para o “Aqui tem Farmácia Popular”	1.049	66,8 (63,4–70,1)	
Responsáveis pela dispensação de medicamentos	Falta de medicamentos nos últimos 3 meses <sup>b</sup>		
	Sempre	376	27,7 (21,8–34,5)
	Repetidamente	117	10,3 (6,2–16,6)
	Às vezes	412	35,6 (29,3–42,5)
	Raramente	141	16,3 (11,8–21,1)
Nunca	91	10,1 (6,0–16,3)	

<sup>a</sup> Valor de n não ponderado

<sup>b</sup> p < 0,05

Fonte: PNAUM – Serviços, 2015.

Dentre os usuários, 67,0% relataram obter sempre ou repetidamente os medicamentos que procuraram nas unidades dispensadoras da atenção primária do SUS. Na maioria das vezes em que não houve fornecimento dos medicamentos prescritos, nenhuma orientação foi repassada pela unidade dispensadora (75,6%). Em 10,9% dos casos, a falta de medicamentos foi informada.

## DISCUSSÃO

A análise da disponibilidade de medicamentos essenciais é uma importante estratégia para verificar o impacto das políticas instituídas no âmbito da saúde pública<sup>25</sup>. No Brasil, a relevância de estudos sobre o acesso e a qualidade dos serviços farmacêuticos no SUS é ainda maior, pois há evidências de que o fornecimento público é a única forma de acesso a medicamentos para as famílias de menor renda<sup>3,10</sup>.

A disponibilidade média encontrada no presente estudo (52,9%) foi superior aos 44,9% observados por Mendes et al.<sup>13</sup> para medicamentos-chave na atenção primária no Brasil e semelhante à média de 40 países em desenvolvimento, reportada por Cameron et al.<sup>7</sup>

Conforme regulamentação do Componente Básico da Assistência Farmacêutica (CBAF) no SUS<sup>c</sup>, os municípios podem estabelecer relações municipais de medicamentos que atendam à necessidade local, desde que os itens sejam contemplados pelos Anexos da Renome vigente. Entretanto, como ressalta Helfer et al.<sup>10</sup>, esta autonomia não pode gerar prejuízos para o atendimento aos agravos prevalentes. Não se pode afirmar que as baixas disponibilidades gerais tenham sido compensadas pela oferta de alternativas padronizadas localmente<sup>3,10,13</sup>.

<sup>c</sup> As normas de financiamento e de execução do Componente Básico da Assistência Farmacêutica, no âmbito do Sistema Único de Saúde, são regulamentadas pela portaria nº 1.555 de 30 de julho de 2013<sup>19</sup>.

Uma limitação para a análise dos dados aqui apresentados é a falta de acesso às respectivas listas municipais.

A disponibilidade geral variou conforme as regiões do país, sendo inferior nas regiões Norte e Nordeste (44,6% e 46,3%, respectivamente). Essas regiões apresentaram também os menores índices para as variáveis existência de farmacêutico responsável, refrigerador exclusivo para medicamentos e armário com chave. Esses dados corroboram os de Mendes et al.<sup>13</sup>, que identificaram uma associação entre melhor disponibilidade de medicamentos na atenção primária e infraestrutura adequada (área de estocagem, ar condicionado e refrigerador) e apoio matricial do farmacêutico.

Observou-se também que a disponibilidade variou de acordo com o porte populacional. As capitais e os 0,5% municípios de maior porte incluídos na amostra apresentaram melhor disponibilidade que os demais municípios. Esta correlação entre melhor disponibilidade e porte populacional também foi identificada no país por outros estudos em que a taxa de fornecimento de medicamentos crescia com o porte populacional<sup>3,13</sup>. Tais achados sugerem deficiências de estrutura e gestão nos municípios de pequeno porte para assegurar respostas adequadas às demandas locais em saúde.

A disponibilidade global média, quando excluídos os fitoterápicos, foi de 62,5%, similar à de Mendes et al.<sup>13</sup> (58,5%). Apesar da política nacional explícita e do financiamento assegurado por meio do CBAF<sup>19</sup>, os fitoterápicos estavam disponíveis em apenas 8,8% das unidades dispensadoras. A baixa disponibilidade dos fitoterápicos aponta a necessidade de utilizar estratégias para a efetivação da política de práticas integrativas e complementares no país, a fim de assegurar a adoção de alternativas inovadoras e socialmente contributivas. O Brasil possui inúmeras vantagens e oportunidades para o desenvolvimento dessa terapêutica, como a maior diversidade vegetal do mundo, ampla sociodiversidade e conhecimento tradicional<sup>6,17,20</sup>.

A baixa disponibilidade de medicamentos no setor público é um problema global, e medicamentos para doenças crônicas são ainda menos disponíveis do que aqueles para doenças agudas, particularmente em países de baixa e média renda<sup>7,14</sup>. Os medicamentos assumem grande importância no tratamento de morbidades que apresentam prevalências crescentes no Brasil em decorrência do envelhecimento populacional<sup>3,12</sup>, a exemplo das doenças crônico-degenerativas (hipertensão arterial sistêmica e *diabetes mellitus*), e problemas de saúde mental.

No presente estudo, foram encontrados índices superiores aos 80% recomendados pela OMS<sup>3,25</sup> para alguns anti-hipertensivos (captopril/enalapril e hidroclorotiazida) e antidiabéticos orais (metformina, glibenclamida/glicazida), mas inferiores para os betabloqueadores, insulinas, medicamentos psicotrópicos e para tratamento de asma. Estes achados são compatíveis com alguns estudos realizados no país<sup>3,10,13</sup>.

Dentre os medicamentos para o tratamento de DCNT, os psicotrópicos apresentaram a menor disponibilidade. Apesar de alguns estudos<sup>10,13</sup> indicarem o fornecimento centralizado dos medicamentos sujeitos à controle especial em serviços públicos municipais, a baixa disponibilidade verificada é relevante e representa um desafio à integralidade do cuidado. A possível interrupção de tratamentos instituídos, decorrente do desabastecimento, pode ocasionar internações por doenças mentais, reduzir a qualidade de vida dos pacientes e aumentar os custos da assistência à saúde. O aprimoramento do acesso a medicamentos psicotrópicos essenciais é um componente chave para fortalecer a assistência em saúde mental.

Problemas de infraestrutura das unidades dispensadoras do SUS também podem estar associados ao baixo índice de disponibilidade verificado para alguns itens. Apenas 47,2% das unidades dispensadoras possuíam refrigerador exclusivo para o armazenamento de medicamentos termolábeis. Apesar desse índice ser superior aos 25,0% identificados por Mendes et al.<sup>13</sup>, a baixa disponibilidade das insulinas NPH e regular humana (68,4% e 63,1%, respectivamente) é compatível com vários estudos nacionais e internacionais<sup>3,4,13</sup>. As insulinas são medicamentos imprescindíveis para o cuidado ao portador de diabetes, sendo apontadas



como medicamentos essenciais pelo Plano de Ação Global da OMS<sup>26</sup> para a prevenção e o controle das DCNT, e devem estar sempre disponíveis à população.

Além das insulinas, o Ministério da Saúde adquire de forma centralizada os contraceptivos e hormônios do Programa de Saúde da Mulher, os tuberculostáticos e os medicamentos para o combate ao tabagismo. Todos esses apresentaram disponibilidades inferiores a 80% na média nacional, com destaque para os medicamentos estratégicos (tuberculostáticos e nicotina), cuja disponibilidade foi inferior a 40%, em todas as regiões do país.

A tuberculose é um importante e prioritário problema de saúde pública no Brasil e constitui a nona causa de hospitalização e a quarta causa de mortalidade por doenças infecciosas<sup>18</sup>. A garantia de acesso aos medicamentos é componente essencial para a redução da prevalência da tuberculose no país e, conseqüentemente, na região das Américas. Desta forma, a baixa disponibilidade verificada (22,9%) nas unidades dispensadoras da atenção primária indica um desafio a ser enfrentado pelo sistema de saúde.

A baixa disponibilidade dos medicamentos de aquisição centralizada sugere possíveis deficiências na cadeia logística dos medicamentos. Esta hipótese é coerente com a percepção dos responsáveis pela assistência farmacêutica, que destacaram o atraso no repasse pelas instâncias gestoras do SUS como uma das principais justificativas para o desabastecimento de medicamentos no âmbito municipal.

Com relação aos medicamentos para o tratamento de condições agudas, importante destacar a baixa disponibilidade dos antieméticos e de alguns anti-infecciosos, como a benzilpenicilina benzatina. A eliminação da sífilis congênita como problema de saúde pública é prioridade na região da América Latina e Caribe. A OMS estima a ocorrência de um milhão de casos de sífilis por ano em gestantes e preconiza a detecção precoce e o tratamento oportuno das mulheres e seus parceiros, a fim de prevenir as graves implicações para o feto<sup>5</sup>. A penicilina é o tratamento de escolha para os casos de sífilis, sendo fundamental sua contínua disponibilização nas unidades de atenção primária à saúde.

As diferentes percepções sobre a disponibilidade dos medicamentos traçadores no SUS corroboram com os índices de disponibilidade geral verificados pelo estudo. Dentre os usuários, aproximadamente 60% afirmaram obter os medicamentos que necessitaram nas unidades do SUS, informação coerente com a falta de medicamentos relatada pelos responsáveis pela dispensação de medicamentos e com a avaliação dos médicos da atenção primária em saúde.

Quando ocorrem faltas de medicamentos, as condutas mais prevalentes descritas pelos médicos são a análise da possibilidade de substituição do medicamento prescrito e o encaminhamento para a Farmácia Popular. Importante destacar que a primeira estratégia é mais factível para o tratamento de condições agudas. A substituição de um medicamento de uso contínuo pode comprometer o controle da doença ou a adesão à terapia, impactando na efetividade do tratamento. Com relação ao encaminhamento para a Farmácia Popular, apenas nove (18%) dos 50 itens verificados são fornecidos de maneira gratuita<sup>d</sup> por meio das drogarias e farmácias credenciadas pelo “Aqui Tem Farmácia Popular” ou pela rede própria do programa. Conforme Helfer et al.<sup>10</sup>, a ausência de acesso gratuito aos medicamentos, principalmente os de uso contínuo, pode levar ao comprometimento do orçamento familiar ou favorecer o abandono do tratamento, com agravamento do estado de saúde e a conseqüente expansão dos gastos em atendimentos ambulatoriais e internações. Além disso, a maioria da população atendida no serviço público de saúde possui baixa renda, e o fornecimento gratuito é, normalmente, a única alternativa de acesso aos medicamentos.

Algumas limitações deste estudo devem ser consideradas. A disponibilidade foi determinada por meio de uma lista específica de medicamentos, com coleta única de dados em cada local. Assim, a medida de disponibilidade pode estar sub ou superestimada, não sendo possível avaliar a existência de associação entre a disponibilidade e os arranjos locais adotados para o fornecimento dos medicamentos. Outra limitação importante relaciona-se às listas

<sup>d</sup> O elenco fornecido de maneira gratuita pelo Programa Farmácia Popular constitui a estratégia “Saúde não tem preço”, que contempla medicamentos para hipertensão, diabetes e asma. Ministério da Saúde (BR), Elenco oficial dos medicamentos disponibilizados gratuitamente pelo Programa Aqui tem Farmácia Popular (atualizado em 29/01/2016). Brasília (DF); 2016 [citado 4 mar 2016]. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2016/fevereiro/02/rol-medicamentos-SNTP-290116.pdf>

municipais de medicamentos padronizados. Não foram avaliadas as relações adotadas por cada município e, conseqüentemente, não foi possível identificar a existência de opções terapêuticas para os itens indisponíveis. Além disso, considerou-se disponível o medicamento que apresentasse pelo menos uma unidade posológica em estoque, mas seriam importantes informações sobre a existência de unidades suficientes para provisão de esquemas terapêuticos completos, de acordo com a demanda dos serviços<sup>10</sup>. Uma outra limitação diz respeito ao desenho do estudo que, por ser transversal e avaliar a disponibilidade em um único momento, não permite concluir se a falta ou não de medicamentos é uma constante ou se limita ao instante da investigação.

Em detrimento às limitações, este estudo apresenta importantes informações sobre a disponibilidade de medicamentos no setor público, sugerindo problemas na implementação das políticas de medicamentos e assistência farmacêutica, bem como a necessidade de aprimoramento na gestão e reorganização da assistência farmacêutica para garantir o suprimento adequado dos medicamentos essenciais. Faltas constantes dos itens considerados essenciais podem comprometer a credibilidade do sistema público<sup>4</sup> e impactar os gastos em saúde. A disponibilidade de medicamentos para doenças crônicas nos países em desenvolvimento é imprescindível para a efetividade do tratamento e equidade do acesso a esses produtos<sup>24,25</sup>.

Apesar do pioneirismo brasileiro em adotar uma relação de medicamentos essenciais e do financiamento público garantido pelo SUS, a disponibilidade média dos medicamentos traçadores foi inferior aos 80% recomendados pela OMS, em todas as regiões do país. Desta forma, permanece o desafio de garantir o acesso aos medicamentos no âmbito da atenção primária. A baixa disponibilidade pode prejudicar os tratamentos instituídos, elevar os gastos com a atenção à saúde e comprometer a qualidade de vida das pessoas.

Os menores índices de disponibilidade identificados nos municípios de pequeno porte associados à baixa disponibilidade dos medicamentos de aquisição centralizada pelo Ministério da Saúde sinalizam possíveis deficiências nos processos logísticos e de gestão da assistência farmacêutica. À semelhança da Estratégia Saúde da Família, é fundamental que a União e os estados se corresponsabilizem com os municípios para garantir padrões mínimos de estrutura e qualidade para as unidades dispensadoras, a fim de incrementar a disponibilidade de medicamentos no SUS.

A avaliação da disponibilidade dos medicamentos essenciais deve ser contínua, como parte de um processo de monitoramento e avaliação das políticas nacional de medicamentos e assistência farmacêutica. Os dados aqui apresentados fornecem subsídios para o aprimoramento da assistência farmacêutica pública e constituem uma linha de base que possibilitará a avaliação, ao longo do tempo, do impacto das estratégias e políticas adotadas no país, visando melhorar a qualidade dos serviços, os indicadores de saúde e garantir o direito à saúde pela população.

## REFERÊNCIAS

1. Álvares J, Alves MCGP, Escuder MML, Almeida AM, Izidoro JB, Guerra Júnior AA, et al. Pesquisa Nacional sobre Acesso, Utilização e Promoção do Uso Racional de Medicamentos: métodos. *Rev Saude Publica*. 2017;51 Supl 2:4s. <https://doi.org/10.11606/S1518-8787.2017051007027>
2. Banco Mundial, Unidade de Gerenciamento do Brasil. Governança no Sistema Único de Saúde (SUS) do Brasil: melhorando a qualidade do gasto público e gestão de recursos. Brasília (DF); 2007 [citado 20 fev 2016]. (Relatório N° 36602-BR). Disponível em: <http://siteresources.worldbank.org/BRAZILINPOREXTN/Resources/3817166-1185895645304/4044168-1186326902607/19GovernancaSUSport.pdf>
3. Barreto MNSC, Cesse EAP, Lima RF, Marinho MGS, Specht YS, Carvalho EMF, et al. Análise do acesso ao tratamento medicamentoso para hipertensão e diabetes na Estratégia de Saúde da Família no Estado de Pernambuco, Brasil. *Rev Bras Epidemiol*. 2015;18(2):413-24. <https://doi.org/10.1590/1980-5497201500020010>

4. Bertoldi AD, Barros AJ, Wagner A, Ross-Degnan D, Hallal PC. Medicine access and utilization in a population covered by primary health care in Brazil. *Health Policy*. 2009;89(3):295-302. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2008.07.001>
5. Boletim Epidemiológico Sífilis 2015. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2015 [citado 1 mar 2016];4(1). Disponível em: [http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/publicacao/2015/57978/\\_p\\_boletim\\_sifilis\\_2015\\_fechado\\_pdf\\_p\\_\\_18327.pdf](http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/publicacao/2015/57978/_p_boletim_sifilis_2015_fechado_pdf_p__18327.pdf)
6. Brasil. Casa Civil. Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. *Diario Oficial Uniao*. 29 jun 2011; Seção 1:1.
7. Cameron A, Roubos I, Ewen M, Mantel-Teeuwisse AK, Leufkens HGM, Laing RO. Differences in the availability of medicines for chronic and acute conditions in the public and private sectors of developing countries. *Bull World Health Organ*. 2011;89:412-21. <https://doi.org/10.2471/BLT.10.084327>
8. Di Cesare M, Khang YH, Asaria P, Blakely T, Cowan MJ, Farzadfar F, et al. Inequalities in non-communicable diseases and effective responses. *Lancet*. 2013;381(9866):585-97. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)61851-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(12)61851-0)
9. Guerra Jr AA, Acúrcio FA, Gomes CAP, Miralles M, Girardi SN, Werneck GAF, et al. Disponibilidade de medicamentos essenciais em duas regiões de Minas Gerais, Brasil. *Rev Panam Salud Publica*. 2004;15(3):168-75. <https://doi.org/10.1590/S1020-49892004000300005>
10. Helfer AP, Camargo AL, Tavares NUL, Kanavos P, Bertoldi AD. Capacidade aquisitiva e disponibilidade de medicamentos para doenças crônicas no setor público. *Rev Panam Salud Publica*. 2012;31(3):225-32. <https://doi.org/10.1590/S1020-49892012000300007>
11. Management Sciences for Health. MDS-3: managing access to medicines and health technologies. Arlington: MSH; 2014 [citado 11 fev 2017]. Disponível em: <http://apps.who.int/medicinedocs/documents/s19577en/s19577en.pdf>
12. Mendes EV. As redes de atenção à saúde. Brasília (DF): Organização Pan-Americana da Saúde; 2011 [citado 11 fev 2017]. Disponível em: <http://apsredes.org/site2012/wp-content/uploads/2012/03/Redes-de-Atencao-mendes2.pdf>
13. Mendes LV, Campos MR, Chaves GC, Silva RM, Freitas PS, Costa KS, et al. Disponibilidade de medicamentos nas unidades básicas de saúde e fatores relacionados: uma abordagem transversal. *Saude Debate*. 2014;38 N° Espec:109-23. <https://doi.org/10.5935/0103-1104.2014S009>
14. Mendis S, Fukino K, Cameron A, Laing R, Filipe Jr A, Khatib O, et al. The availability and affordability of selected essential medicines for chronic diseases in six low- and middle-income countries. *Bull World Health Organ*. 2007;85(4):279-89. <https://doi.org/10.2471/BLT.06.033647>
15. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 3.916, de 30 de outubro de 1998. Aprova a Política Nacional de Medicamentos e dá outras providências. *Diario Oficial Uniao*. 30 out 1998; Seção 1:18. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1998/prt3916\\_30\\_10\\_1998.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1998/prt3916_30_10_1998.html)
16. Ministério da Saúde (BR). Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 338, de 06 de maio de 2004. Aprova a Política Nacional de Assistência Farmacêutica. Brasília (DF); 2016 [citado 15 jan 2016]. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2004/res0338\\_06\\_05\\_2004.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2004/res0338_06_05_2004.html)
17. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS - PNPIC-SUS. Brasília (DF); 2006 [citado 20 fev 2016]. (Série B. Textos Básicos de Saúde). Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pnpic.pdf>
18. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância Epidemiológica, Coordenação Geral de Doenças Endêmicas Plano Nacional de Controle da Tuberculose. Plano estratégico de controle da tuberculose, Brasil 2007-2015. Brasília (DF); 2006 [citado 9 fev 2016]. Disponível em: [http://www.paho.org/bra/index.php?option=com\\_docman&task=doc\\_view&gid=927&Itemid=965](http://www.paho.org/bra/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=927&Itemid=965)
19. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 1.555 de 30 de julho de 2013. Dispõe sobre as normas de financiamento e de execução do Componente Básico da Assistência Farmacêutica no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília (DF); 2013 [citado 1 mar 2016]. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1555\\_30\\_07\\_2013.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1555_30_07_2013.html)
20. Organização Pan-Americana da Saúde. Avaliação da Assistência Farmacêutica no Brasil: estrutura, processo e resultados. Brasília (DF): OPAS, MS; 2005 [citado 11 fev 2017]. (Série Medicamentos e Outros Insumos Essenciais para a Saúde). Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/avaliacao\\_assistencia\\_farmaceutica\\_estrutura\\_resultados.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/avaliacao_assistencia_farmaceutica_estrutura_resultados.pdf)

21. Organización Panamericana de la Salud. Servicios farmacéuticos basados en la atención primaria de salud: documento de posición de la OPS/OMS. Washington (DC): OPS; 2013 [citado 11 fev 2017]. (Serie La Renovación de la Atención Primaria en las Américas, 6). Disponível em: [http://www.paho.org/hq/index.php?option=com\\_docman&task=doc\\_view&gid=21582&Itemid=270](http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=21582&Itemid=270)
22. Penchansky R, Thomas JW. The concept of access: definition and relationship to consumer satisfaction. *Med Care*. 1981;19(2):127-40.
23. Starfield B. Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. 2.ed. Brasília (DF): UNESCO, Ministério da Saúde, 2004. 726p.
24. World Health Organization. The Medicines Strategy 2008-2013. Geneva: WHO; 2008.
25. World Health Organization. Measuring medicine prices, availability, affordability and price components. 2.ed. Geneva: WHO, Health Action International; 2008 [citado 20 fev 2016]. Disponível em: [http://www.who.int/medicines/areas/access/OMS\\_Medicine\\_prices.pdf](http://www.who.int/medicines/areas/access/OMS_Medicine_prices.pdf)
26. World Health Organization. Essential medicines and basic health technologies for non communicable diseases: towards a set of actions to improve equitable access in Member States. Geneva; 2015 [citado 1 mar 2016]. (WHO Discussion Paper). Disponível em: [http://www.who.int/nmh/ncd-tools/targets/Final\\_medicines\\_and\\_technologies\\_02\\_07\\_2015.pdf](http://www.who.int/nmh/ncd-tools/targets/Final_medicines_and_technologies_02_07_2015.pdf)

---

**Financiamento:** Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos e Departamento de Ciência e Tecnologia da Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos do Ministério da Saúde (SCTIE/MS – Processo 25000.111834/2, Descentralização de Recursos do FNS).

**Contribuição dos Autores:** Todos os autores contribuíram substancialmente na concepção e planejamento do estudo. RCRMN contribuiu na análise, interpretação dos dados e redação da versão final do manuscrito. ICG contribuiu na análise e interpretação dos dados. JA, FAA e AAG Jr. coordenaram a pesquisa e contribuíram na discussão da estrutura do artigo e redação da versão final do manuscrito. EAC, OMS, SNL, KSC, MGOK, IAG contribuíram na discussão da estrutura do artigo, revisão crítica do conteúdo e aprovação da versão final do manuscrito. Todos os autores declaram ser responsáveis por todos os aspectos do trabalho, garantindo sua precisão e integridade.

**Conflito de Interesses:** KSC declara conflito de interesses por ser ex-dirigente no Ministério da Saúde, órgão financiador da pesquisa. Os demais autores declaram não haver conflito de interesses.