

Acesso da população brasileira adulta a medicamentos prescritos

Access to prescribed medicine in the Brazilian adult population

Elislene Dias Drummond¹, Taynãna César Simões¹, Fabíola Bof de Andrade¹

RESUMO: *Objetivo:* Estimar a prevalência e verificar os fatores associados ao acesso a medicamentos prescritos, pela população adulta brasileira, e descrever as distribuições de dispêndio monetário para acesso aos fármacos, fonte de obtenção e motivos para o não acesso. *Métodos:* Com base em um delineamento transversal, a partir dos dados da Pesquisa Nacional de Saúde de 2013, analisou-se uma amostra composta por indivíduos adultos que tiveram medicamentos prescritos por profissional de saúde, nas duas semanas anteriores à realização da pesquisa. A variável dependente foi o acesso a medicamentos prescritos (total, parcial, nulo). Os dados foram analisados por meio de regressão logística multinomial, considerando-se o acesso total como categoria de referência. *Resultados:* Os resultados mostraram alta prevalência de acesso total a medicamentos prescritos no Brasil (83,0%; IC95% 81,3 – 84,6). 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%). Foram observadas maiores chances de acesso parcial para os indivíduos atendidos no serviço público (OR = 2,5; IC95% 1,58 – 3,97). Maior chance de acesso nulo foi associada à cor de pele não branca (OR = 1,43; IC95% 1,03 – 1,99). *Conclusão:* Os resultados revelaram iniquidade no acesso a medicamentos, reforçando a necessidade de fortalecimento do Sistema Único de Saúde para o fornecimento gratuito de fármacos, de modo a reduzir as desigualdades.

Palavras-chave: Assistência farmacêutica. Epidemiologia. Acesso a medicamentos.

¹Instituto Rene Rachou, Fundação Oswaldo Cruz – Belo Horizonte (MG), Brasil.

Autor correspondente: Elislene Dias Drummond. Centro de Pesquisas René Rachou, Fundação Oswaldo Cruz. Avenida Augusto de Lima, 1.715, Barro Preto, CEP: 30190-002, Belo Horizonte, MG, Brasil. E-mail: elislene.drummond@minas.fiocruz.br

Conflito de interesses: nada a declarar – **Fonte de financiamento:** nenhuma.

ABSTRACT: *Objective:* To estimate the prevalence and check the factors associated with access to prescribed medicine by the Brazilian adult population; and to describe the distribution of the presence of monetary expenditure for the purchase, source of medicines, and the reasons for non-access. *Methods:* Based on a cross-sectional design, from the 2013 National Health Research data, we analyzed a representative sample of the population that comprised adults with prescriptions written by a health professional, in the two weeks prior to the survey. The dependent variable was the access to prescribed medicines (full access, partial access, no access). Data were analyzed using the multinomial logistic regression considering total access as the reference category. *Results:* The results showed high prevalence of full access to prescribed medicine in Brazil (83.0%; 95%CI 81.3 – 84.6). Most of the individuals had monetary expenditure on the purchase of medicines (63.9%), and the main reasons for no access were the lack of medicine in the public health service (57.6%) and having no money (11.9%). We found higher chances of partial access among individuals attending the public service (OR = 2.5; 95%CI 1.58 – 3.97). Greater chance of no access was associated with non-white skin color (OR = 1.43; 95%CI 1.03 – 1.99). *Conclusion:* The results revealed significant inequity in access to medicine, emphasizing the need to strengthen the Unified Health System for the free supply of medicines in order to reduce inequalities.

Keywords: Pharmaceutical services. Epidemiology. Access to essential medicines and health technologies.

INTRODUÇÃO

O acesso a medicamentos é considerado pela Organização das Nações Unidas como um dos indicadores que mensuram os avanços na concretização do direito à saúde¹. Entretanto, dados da Organização Mundial de Saúde mostram que apenas dois terços da população mundial possuem acesso regular a esses insumos¹, 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 sociais²⁻⁴. A falta de acesso a medicamentos pode levar ao agravamento das doenças e, conseqüentemente, ao retorno das pessoas aos serviços de saúde, além de onerar a atenção secundária e terciária⁵.

Estudos mostram elevadas prevalências de acesso a medicamentos, variando de 87 a 97,9%^{2,6-9}. No Brasil, dados da última pesquisa nacional sobre acesso a medicamentos revelaram que a prevalência de acesso a medicamentos prescritos para tratamento de doenças crônicas não transmissíveis e de hipertensão arterial foi de 94,3⁶ e 97,9%⁹, respectivamente. Entretanto, quando se observa o acesso gratuito, verifica-se redução importante desses valores, com variação entre 45,3 e 56%.⁹⁻¹¹

Além disso, a literatura aponta associações entre o acesso a medicamentos e fatores sociodemográficos^{3-5,10,12-16} e condições gerais de saúde^{5,12,15}. Diferenças socioeconômicas relacionadas ao acesso também são observadas de forma heterogênea 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^{3,6,10}.

A avaliação contínua dos indicadores de acesso a medicamentos e dos fatores associados é importante para o monitoramento e a análise das políticas públicas com vistas à equidade e ampliação do acesso. Portanto, o objetivo deste estudo foi estimar a prevalência e verificar os fatores associados ao acesso a medicamentos prescritos, pela população adulta brasileira, e descrever as distribuições de dispêndio monetário para acesso aos fármacos, fonte de obtenção e motivos para o não acesso.

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 mil 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 questionários estruturados e realizada nos domicílios das pessoas selecionadas por entrevistadores treinados. Detalhes sobre o plano amostral e tamanho da amostra podem ser obtidos em documento oficial do IBGE¹⁷.

No presente estudo, a população analisada correspondeu a todos os indivíduos participantes da pesquisa, com idade igual ou superior a 18 anos, que tiveram medicamento prescrito por profissional de saúde, nas 2 semanas anteriores à realização da pesquisa. A população estudada foi de 6.419 indivíduos (≥ 18 anos).

VARIÁVEIS DE ESTUDO

A variável dependente foi o acesso a medicamentos prescritos por profissionais de saúde, classificada de acordo com as categorias de resposta: acesso total (todos), parcial (alguns) e nulo (nenhum), e avaliada conforme proposto em outros estudos^{3,4,6,18}, pela seguinte pergunta: “(nome da pessoa) conseguiu obter os medicamentos receitados?”.

Foram descritas as prevalências relacionadas às fontes de obtenção dos medicamentos, a presença de dispêndio monetário para obtenção dos fármacos e motivos para o não acesso a todos os medicamentos prescritos.

A fonte de obtenção foi investigada para os indivíduos que obtiveram todos ou alguns dos medicamentos prescritos mediante 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:

1. não conseguiu obter no serviço público de saúde, pois a farmácia estava fechada;
2. os medicamentos não estavam disponíveis no serviço de saúde;
3. não conseguiu o(s) medicamento(s) no PFP;
4. não tinha farmácia próxima ou teve dificuldade de transporte;
5. não conseguiu encontrar todos os medicamentos na farmácia;
6. não tinha dinheiro para comprar;
7. não achou necessário;
8. desistiu de procurar, pois melhorou;
9. outro (especifique).

Para verificar os fatores associados ao acesso aos medicamentos prescritos foram consideradas as seguintes variáveis independentes: demográficas [sexo (masculino; feminino); idade (18 a 39; 40 a 59; 60 anos ou mais); cor da pele autodeclarada (branca; não branca)]; socioeconômicas [macrorregião de residência no país (Norte; Nordeste; Centro-Oeste; Sudeste; Sul); escolaridade (0 a 3 anos; 4 a 7 anos; 8 a 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)]; e acesso a serviços de saúde [domicílio cadastrado na Estratégia Saúde da Família (não; sim; não sabe); filiação a plano médico de saúde (não; sim); e local do último atendimento (privado e público)].

Foram consideradas fisicamente ativas as pessoas que realizaram pelo menos 150 minutos por semana de atividade física aeróbica leve ou moderada ou 75 minutos por semana de atividade aeróbica vigorosa, incluindo a prática de esportes ou exercícios planejados¹⁹.

ANÁLISE ESTATÍSTICA

Foram realizadas a análise descritiva e análise bivariada seguida de análise múltipla para testar a associação entre o acesso a medicamentos e as variáveis independentes. As prevalências de acesso e as fontes de obtenção foram descritas para o Brasil e grandes regiões. A associação entre medidas categóricas foi testada por meio do teste do χ^2 com correção de Rao-Scott²⁰.

A associação entre o acesso e as variáveis independentes foi avaliada através de regressão logística multinomial. 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 $p < 0,05$ ou que contribuíram para o ajuste global do modelo. O modelo foi ajustado por idade e sexo, independente da significância estatística. As estimativas dos modelos foram interpretadas pela razão de chances (*odds ratio* — OR) com os respectivos intervalos de confiança de 95% (IC95%).

As análises estatísticas foram realizadas através do programa Stata 13.0 (Stata Corporation, CollegeStation, TX, Estados Unidos), utilizando o comando “survey”.

CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

O projeto da 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 (63,5%), pessoas que declararam cor da pele branca (51,5%) e com maior proporção de indivíduos com escolaridade superior a 8 anos de estudo (55,3%). A presença de pelo menos uma doença crônica foi relatada por 54,7% dos indivíduos (Tabela 1). Em relação à macrorregião de residência, quase metade da população do estudo pertencia à Região Sudeste, seguida pelas regiões Nordeste, Sul, Centro-Oeste e Norte (dados não apresentados em tabela). A partir da análise bivariada, verificou-se que o acesso a medicamentos foi significativamente associado a todas as variáveis independentes, com exceção da idade e número de doenças crônicas (Tabela 1). 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 em relação às demais (Figura 1).

A Figura 2 apresenta as fontes de obtenção de medicamentos prescritos. No Brasil, as prevalências de acesso total por plano de saúde, PFP e sistema público de saúde foram de 4,9; 11,9 e 15,3%, respectivamente. Verificou-se diferença estatística significativa com relação ao acesso por plano de saúde ($p = 0,0149$) e pelo PFP ($p < 0,0001$) entre as regiões brasileiras. Não houve associação entre a obtenção do medicamento no serviço público e as regiões ($p > 0,05$).

Apesar de não terem sido coletadas informações sobre as farmácias privadas, 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% tiveram dispêndio monetário com a obtenção, 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

Tabela 1. Distribuição percentual do acesso a medicamentos e análise bivariada entre o acesso a medicamentos prescritos e variáveis demográficas, socioeconômicas, estilo de vida, condição de saúde e acesso a serviços de saúde. Brasil, 2013.

	(%)	Total	Parcial	Nulo	Valor p
Sexo					
Masculino	36,5	85,3	7,7	7,0	0,03
Feminino	63,5	81,7	11,0	7,3	
Idade (anos)					
18 a 39	33,8	83,5	8,2	8,3	0,29
40 a 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	< 0,01
Não branca	48,5	81,4	9,6	8,9	
Escolaridade (anos)					
0 a 3	25,1	79,0	13,7	7,3	< 0,01
4 a 7	19,6	82,1	10,8	7,1	
8 a 11	37,5	83,5	8,6	7,9	
12 ou mais	17,8	88,5	5,7	5,8	
Prática de atividade física					
Não	80,6	81,7	10,7	7,6	< 0,01
Sim	19,4	88,3	6,1	5,6	
Número de doenças crônicas					
0	45,3	83,4	8,5	8,1	0,06
1 ou mais	54,7	82,6	10,9	6,5	
Domicílio cadastrado na ESF					
Não	32,7	85,3	8,0	6,6	< 0,01
Sim	57,6	80,7	11,4	7,8	
Não sabe	9,6	88,5	6,0	5,4	
Filiação a plano de saúde					
Não	64,7	80,0	12,5	7,6	< 0,01
Sim	35,3	88,5	4,9	6,5	
Local de atendimento					
Público	62,5	79,6	13,2	7,2	< 0,01
Privado	37,5	88,6	4,2	7,2	

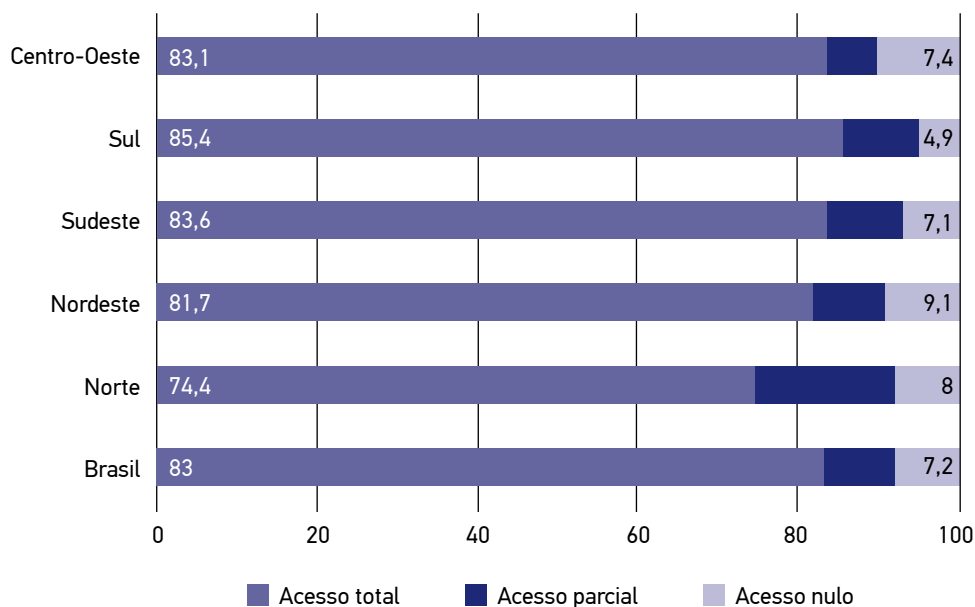
ESF: Estratégia Saúde da Família.

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 2.

A partir dos modelos de regressão logística multinomial (Tabela 3), verificou-se que, no Brasil, a chance de acesso parcial, comparada ao acesso total, foi maior para mulheres (OR = 1,45; IC95% 1,06 – 1,99) e para os indivíduos atendidos no setor público (OR = 2,51; IC95% 1,58 – 3,97). Os adultos residentes nas regiões Nordeste, Sudeste, Sul e Centro-Oeste apresentaram menores chances de acesso parcial em relação aos da Região Norte. Quanto ao acesso nulo, em relação ao acesso total, foi observada associação significativa 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.

DISCUSSÃO

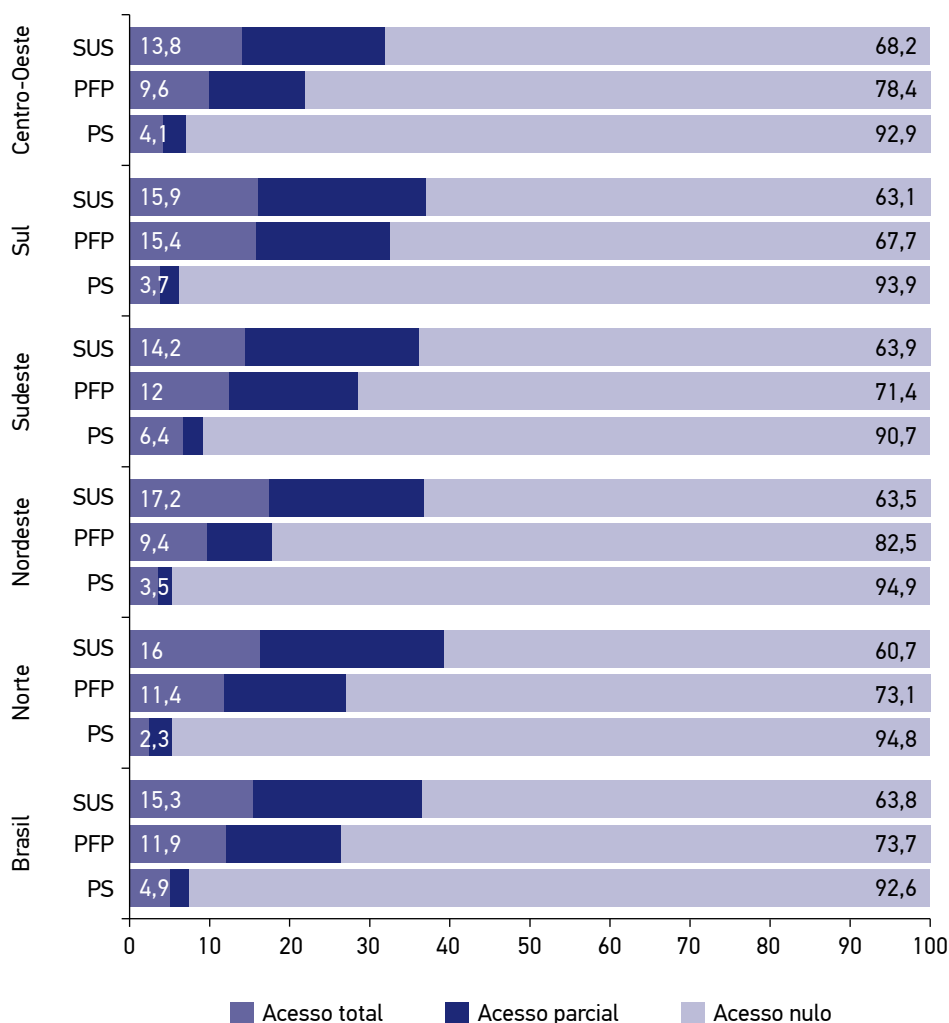
O presente estudo identificou alta prevalência de acesso a todos os medicamentos prescritos para a população adulta brasileira. Além disso, verificou-se que a maioria dos indivíduos os obtiveram mediante dispêndio monetário, sendo que os principais motivos para o não acesso a todos os medicamentos foram 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.



*Diferença estatística significativa de acesso a medicamentos entre as regiões brasileiras.

Figura 1. Distribuição percentual do acesso a medicamentos. Brasil e grandes regiões, 2013.

A elevada prevalência de acesso a medicamentos prescritos corrobora o encontrado por diferentes estudos no Brasil^{3,4,6}. No entanto, a prevalência verificada foi inferior àquela observada por outros autores, que avaliaram grupos específicos (idosos e mulheres) a partir de dados do último suplemento de saúde da Pesquisa Nacional por Amostras de Domicílios (PNAD) em 2008 (86%)³ e da Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Mulher e da Criança de 2006 (87,4%)⁴. Porém, vale destacar que as diferenças atribuídas podem estar



SUS: Sistema Único de Saúde; PFP: Programa Farmácia Popular; PS: Plano de saúde. As categorias não são mutuamente excludentes; *diferença estatística significativa entre as regiões brasileiras e o acesso via Programa Farmácia Popular; **diferença estatística significativa entre as regiões brasileiras e o acesso via plano de saúde.

Figura 2. Distribuição percentual do acesso a medicamentos prescritos de acordo com a fonte de obtenção. Brasil e grandes regiões, 2013.

relacionadas ao fato de que essas pesquisas investigaram o acesso apenas aos medicamentos de uso contínuo, os quais apresentam maior acesso pela população⁶. Dessa forma, a comparação 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^{6,13}. Oliveira et al. (2016)⁶, em estudo conduzido entre adultos brasileiros, encontraram maiores prevalências de acesso na Região Sul (95,8%), comparada à Região Nordeste (92,0%). Paniz et al. (2008)¹³, ao avaliarem o acesso a medicamentos para a população adulta do Sul e do Nordeste do Brasil, evidenciaram acesso de 83,7 e 78,8%, respectivamente. As maiores proporções de acesso a medicamentos encontradas para as regiões brasileiras mais desenvolvidas e com maior densidade populacional evidenciam a

Tabela 2. Distribuição dos motivos para o não acesso a medicamentos prescritos. Brasil e grandes regiões, 2013.

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.	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 significativa entre as regiões para os motivos de não obtenção dos medicamentos ($p > 0,05$).

Tabela 3. Modelos de regressão logística multinomial para avaliação dos fatores associados ao acesso a medicamentos prescritos. Brasil, 2013[†].

	Brasil OR (IC95%)**
Acesso parcial	
Sexo (masculino) [†]	
Feminino	1,45 (1,06 – 1,99)*
Idade (18 a 39 anos) [†]	
40 a 59	1,10 (0,74 – 1,63)
60 ou mais	1,09 (0,70 – 1,70)
Cor (branca) [†]	
Não branca	0,77 (0,57 – 1,03)
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)*
Local do último atendimento (privado) [†]	
Público	2,51 (1,58 – 3,97)*
Acesso nulo	
Sexo (masculino) [†]	
Feminino	1,05 (0,76 – 1,45)
Idade (18 a 39 anos) [†]	
40 a 59	0,87 (0,62 – 1,22)
60 ou mais	0,84 (0,49 – 1,45)
Cor (branca) [†]	
Não branca	1,43 (1,03 – 1,99)*
Local do último atendimento (privado) [†]	
Público	0,82 (0,57 – 1,19)

[†]Categoria de referência do modelo: acesso total; OR: *odds ratio*; IC95%: intervalo de confiança de 95%; [†]categoria de referência; *valor $p < 0,05$; **modelo ajustado por escolaridade, atividade física, número de doenças, cadastro na Estratégia Saúde da Família e plano de saúde.

importância de se observar e avaliar as particularidades de cada região, especialmente em processos de planejamento regional de ações em saúde.

Embora a prevalência de acesso total a medicamentos prescritos para adultos no Brasil tenha sido elevada, verificou-se que a maioria (63,9%) dos indivíduos pagou algum valor pelo fármaco. Além disso, apenas 15,3% tiveram acesso total a medicamentos prescritos pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Diversos estudos têm demonstrado baixa obtenção de medicamentos pelo SUS^{3,9,10,16} e elevada proporção de acesso por compra⁴, inclusive os medicamentos de uso contínuo³, incluindo aqueles para doenças crônicas como hipertensão e diabetes⁶, os quais fazem parte da cartilha de medicamentos essenciais a serem disponibilizados pelo SUS. De acordo com a conta-satélite de saúde, as famílias brasileiras financiaram 90% do consumo final de medicamentos²¹, corroborando a necessidade do desembolso direto para o acesso a fármacos.

Com relação aos motivos para a 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 pobres²², uma vez que esse dispêndio constitui a maior parcela dos gastos em saúde entre os indivíduos de menor poder aquisitivo²³. Assim, os achados do presente estudo vão ao encontro das evidências disponíveis, demonstrando a importância da capacidade aquisitiva como fator limitador para a obtenção dos medicamentos^{10,14,24,25}.

É importante ressaltar que parte do não acesso aos fármacos pode ser atribuída à 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 à não adesão ao tratamento medicamentoso²⁶.

A análise ajustada para avaliação dos fatores associados ao acesso a medicamentos reforça a existência de desigualdades no acesso, verificadas em outros estudos^{4,10,13,16,24}, 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 o sexo do indivíduo. Ausência de associação significativa¹⁶ e maior chance de acesso parcial entre as mulheres²⁴, semelhante ao observado para o Brasil no presente estudo, foram encontradas na literatura. Além disso, indivíduos não brancos apresentaram maior chance de não acesso a medicamentos, assim como demonstrado em outros trabalhos¹². Esses resultados não só refletem piores condições socioeconômicas desse grupo²⁷, como também o menor acesso aos serviços de saúde²⁸. Nesse sentido, Boing et al. (2013)¹⁰ destacaram a importância do SUS para a promoção da equidade, uma vez que amplia o acesso aos insumos para os grupos desprivilegiados.

Apesar da relevância do SUS para a ampliação do acesso a medicamentos, os resultados da análise ajustada mostram que indivíduos 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^{3,10,16}. Dessa forma, reafirma-se que a distribuição gratuita pode reduzir as desigualdades no acesso a medicamentos prescritos no serviço público, uma vez que os medicamentos compõem a maior parcela das despesas com saúde, com maior peso para as famílias brasileiras de menor renda²⁹.

Dentre os pontos fortes deste estudo, vale destacar a utilização de uma amostra representativa da população brasileira, o que também permitiu estudar o perfil do acesso nas diferentes regiões do país. Com relação às limitações, deve-se considerar o potencial viés de memória quanto à fonte de obtenção dos medicamentos prescritos, pois os indivíduos que necessitam de grande quantidade de medicamentos e os obtiveram por diferentes vias podem ter tido dificuldade em lembrar com precisão a fonte de obtenção de cada um. Entretanto, como o período recordatório foi curto (15 dias), espera-se que os efeitos desse problema sejam minimizados. Esse período tem sido utilizado por outros autores^{5,10,12}. O acesso, definido como obtenção de medicamentos prescritos, é utilizado para investigação da prescrição da última visita ao médico durante um certo período (15 a 30 dias), o qual é útil para medir acesso a medicamentos para tratamento de doenças agudas e também avaliar o uso de medicamentos para tratamento de doenças crônicas utilizados por longos períodos (12 meses)³⁰. 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 PFP não estejam na lista de medicamentos ofertados no serviço, subestimando a prevalência de acesso nesses locais.

CONCLUSÃO

Este estudo mostrou que o acesso a medicamentos no país, embora elevado, é desigual, dependente de dispêndio monetário e associado a fatores socioeconômicos. Apesar dos medicamentos representarem uma intervenção terapêutica muito utilizada, a dificuldade para o acesso aos fármacos pode comprometer a eficácia da terapia medicamentosa.

A iniquidade no acesso a medicamentos reforça a necessidade de fortalecimento do SUS para o fornecimento gratuito de fármacos, de modo a reduzir as desigualdades.

REFERÊNCIAS

1. World Health Organization. The world medicines situation. Access to essential medicines as part of the right to health. Geneva: World Health Organization; 2011.
2. 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 Publica Mex.* 2013; 55: S112-22.
3. Viana KP, Brito AS, Rodrigues CS, Luiz RR. Acesso a medicamentos de uso contínuo entre idosos, Brasil. *Rev Saúde Pública.* 2015; 49: 1-10. DOI: 10.1590/S0034-8910.2015049005352

4. Katrein F, Tejada CAO, Restrepo-Mendez MC, Bertoldi AD. Desigualdade no acesso a medicamentos para doenças crônicas em mulheres brasileiras. *Cad Saúde Pública*. 2015; 31(7): 1416-26. <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00083614>
5. 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. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2005000600021>
6. Oliveira MA, Luiza VL, Tavares NUL, Mengue SS, Arrais PSD, Farias MR, et al. Acesso a medicamentos para doenças crônicas no Brasil: uma abordagem multidimensional. *Rev Saúde Pública*. 2016; 50(Suppl 2): 6s. DOI: 10.1590/S1518-8787.2016050006161
7. Rushworth GF, Diack L, MacRobbie A, Munoz SA, Pflieger 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. <https://doi.org/10.1016/j.puhe.2015.01.005>
8. 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.
9. Mengue SS, Bertoldi AD, Ramos LR, Farias MR, Oliveira MA, Tavares NUL, et al. Acesso e uso de medicamentos para hipertensão arterial no Brasil. *Rev Saúde Pública*. 2016; 50(Suppl 2): 8s. DOI: 10.1590/S1518-8787.2016050006154
10. 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. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2013000400007>
11. Tavares NUL, Luiza VL, Oliveira MA, Costa KS, Mengue SS, Arrais PSD, et al. Acesso gratuito a medicamentos para tratamento de doenças crônicas no Brasil. *Rev Saúde Pública*. 2016; 50(Suppl 2): 7s. DOI:10.1590/S1518-8787.2016050006118
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. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102004000200012>
13. Paniz VMV, Fassa AG, Facchini LA, Bertoldi AD, Piccini RX, Tomasi E, et al. Acesso a medicamentos de uso contínuo em adultos e idosos nas regiões Sul e Nordeste do Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2008; 24(2): 267-80. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2008000200005>
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. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2010000600010>
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. *Ciêns Saúde Colet*. 2011; 16: 1629-38. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232011000700099>
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. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2011001000007>
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. Paniz VMV, Cechin ICCF, Fassa AG, Piccini RX, Tomasi E, Thumé E, et al. Acesso a medicamentos para tratamento de condições agudas prescritos a adultos nas regiões Sul e Nordeste do Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2016; 32(4): 1-10. <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00009915>
19. World Health Organization. Global recommendations on physical activity for health. 2ª ed. Geneva: World Health Organization; 2010.
20. 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. DOI: 10.1214/aos/1176346391
21. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Conta-satélite de saúde do Brasil: 2005–2007. Rio de Janeiro: IBGE; 2009 [citado 20 jun. 2016]. Disponível em: <http://loja.ibge.gov.br/conta-satelite-de-saude-brasil-2010-2013.html>
22. Boing AC, Bertoldi AD, Peres KG. Desigualdades socioeconômicas nos gastos e comprometimento da renda com medicamentos no sul do Brasil. *Rev Saúde Pública*. 2011; 45(5): 897-905. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102011005000054>
23. 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. <https://doi.org/10.1186/1478-4505-6-11>
24. 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. <https://dx.doi.org/10.1590/2FS0034-8910.2013047004307>

25. Lebrão ML, Laurenti R. Saúde, bem-estar e envelhecimento: o estudo SABE no município de São Paulo. *Rev Bras Epidemiol*. 2005; 8(2): 127-41. <http://dx.doi.org/10.1590/S1415-790X2005000200005>
26. Silva AP, Avelino FVSD, Sousa CLA, Valle ARMC, Figueiredo MLF. Fatores associados a não adesão ao tratamento da hipertensão arterial sistêmica: uma revisão integrativa. *J Res Fundam Care*. 2016; 8(1): 4047-55. <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2016.v8i1.4047-4055>
27. Bastos JL, Peres MA, Peres KG, Dumith SC, Gigante DP. Diferenças socioeconômicas entre autotransclassificação e heterotransclassificação de cor/raça. *Rev Saúde Pública*. 2008; 42(2): 324-34. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102008005000005>
28. 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 Serv Saúde*. 2014; 23(3): 409-20. <http://dx.doi.org/10.5123/S1679-49742014000300004>
29. Garcia LP, Sant'Anna AC, Magalhães LCG, Freitas LRS, Aures AP. Gastos das famílias brasileiras com medicamentos segundo a renda familiar: análise da Pesquisa de Orçamentos Familiares de 2002-2003 e de 2008-2009. *Cad Saúde Pública*. 2013; 29(8): 1605-16. <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00070912>
30. Paniz VM, Fassa AG, Maia MFS, Domingues MR, Bertoldi AD. Measuring access to medicines: a review of quantitative methods used in household surveys. *BMC Health Services Res*. 2010; 10: 1-8. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-10-146>

Recebido em: 24/01/2017

Versão final apresentada em: 08/08/2017

Aprovado em: 18/10/2017

