

Disponibilidade de medicamentos nas unidades básicas de saúde e fatores relacionados: uma abordagem transversal

Availability of medicines in primary health care facilities and related factors: a cross sectional approach

Luiz Villarinho Mendes¹, Mônica Rodrigues Campos², Gabriela Costa Chaves³, Rondineli Mendes da Silva⁴, Paula da Silva Freitas⁵, Karen Sarmento Costa⁶, Vera Lucia Luiza⁷

¹Mestre em Saúde Pública pela Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) - Rio de Janeiro (RJ), Brasil. Pesquisador colaborador da Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz (Ensp/Fiocruz) - Rio de Janeiro (RJ), Brasil. luizvillarinho@gmail.com

²Doutora em Saúde Pública pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ) - Rio de Janeiro (RJ), Brasil. Pesquisadora da Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz (Ensp/Fiocruz) - Rio de Janeiro (RJ), Brasil. monicarodriguescampos@gmail.com

³Doutoranda em Saúde Pública pela Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) - Rio de Janeiro (RJ), Brasil. Pesquisador assistente da Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz (Ensp/Fiocruz) - Rio de Janeiro (RJ), Brasil. gabicostachaves@ensp.fiocruz.br

⁴Doutor em Saúde Coletiva pelo Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ) - Rio de Janeiro (RJ), Brasil. Analista em gestão da Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz (Ensp/Fiocruz) - Rio de Janeiro (RJ), Brasil. rondinelisilva@ensp.fiocruz.br

RESUMO Este estudo objetivou a caracterização da disponibilidade de medicamentos nas unidades básicas de saúde (UBS) do Brasil e a identificação de fatores organizacionais a ela associados, utilizando banco de dados secundários do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica. O desfecho relacionado à disponibilidade de medicamentos, expresso de três diferentes formas, foi explorado em relação a variáveis explicativas relacionadas a características da UBS e à assistência farmacêutica. Encontrou-se disponibilidade média de 58,5%, que foi também baixa em todos os estratos populacionais; houve associação estatisticamente significativa da variável desfecho com todas as explicativas. Foi baixa a disponibilidade de medicamentos, mostrando-se inversamente associada com a organização geral da unidade de saúde em geral e da assistência farmacêutica em particular.

PALAVRAS-CHAVE Atenção Primária à Saúde; Assistência farmacêutica; Avaliação de medicamentos; Política nacional de medicamentos; Avaliação em saúde.

ABSTRACT *The study aimed to characterize the availability of medicines in public Primary Health Care facilities in Brazil and to identify its related organizational factors Using data from the National Program for Access and Quality Improvement in Primary Care (PMAQ-AB) were used. The outcome related to de availability of medicine, expressed in three different ways, was explored in relation to explanatory variables concerned to health facilities and pharmaceutical services organizational characteristics. We found an average of 58,5% of availability, which was also low in all population strata; there was a statistically significant association of the outcome variable with all the explanatory ones. The availability of medicine was low and inversely associated to the general organization of the health facility in general and to the pharmaceutical services.*

KEYWORDS *Primary Health Care; Pharmaceutical service; Drug evaluation; National drug policy; Health evaluation.*

Introdução

A Atenção Básica (AB), em consonância com os princípios norteadores do Sistema Único de Saúde (SUS), vem se consolidando como principal estratégia do Estado brasileiro para reorientação da política de saúde no país, atuando como coordenadora do cuidado e eixo ordenador de toda a rede de atenção à saúde. Por meio da implantação do Programa Saúde da Família, em 1994, e de sua posterior expansão, com a agora chamada Estratégia Saúde da Família (ESF), ampliou-se o acesso da população ao sistema público de saúde (ESCOREL *ET AL.*, 2007).

A consolidação da ESF trouxe diversos desafios para o SUS, entre eles a qualificação das equipes, a resolubilidade da atenção e a necessidade de articulação efetiva da Atenção Básica com os demais níveis de organização do sistema (ESCOREL *ET AL.*, 2007).

Nesse contexto, a Assistência Farmacêutica (AF), na última década, sofreu importantes mudanças no marco legal, arcabouço institucional e em sua organização. Tanto a Política Nacional de Medicamentos (PNM) (BRASIL, 1998A) como a Política Nacional de Assistência Farmacêutica (PNAF) (BRASIL, 2004) têm como um de seus objetivos centrais assegurar o acesso aos medicamentos à população. Uma das estratégias foi a definição dos municípios como os principais responsáveis na provisão desses produtos no contexto da AB, trazendo-lhes novos desafios de gestão (OLIVEIRA; ASSIS; BARBONI, 2010).

O acesso a medicamentos tem sido compreendido a partir do equilíbrio entre quatro dimensões — disponibilidade, capacidade aquisitiva, aceitabilidade e acessibilidade geográfica, cujas barreiras se apresentam tanto na perspectiva da oferta quanto da demanda (BIGDELI *ET AL.*, 2013; PETERS *ET AL.*, 2008), sendo as duas primeiras mais frequentemente abordadas nas medidas de acesso no nível internacional (CAMERON, 2013; HELFER *ET AL.*, 2012; NUNAN; DUKE, 2011; WHO, 2011). No Brasil, os modelos teóricos desenvolvidos apresentam variações tanto nos

componentes valorizados quanto nas dimensões exploradas (COSENDEY; HARTZ; BERMUDEZ, 2003; OLIVEIRA *ET AL.*, 2002; OSORIO-DE-CASTRO *ET AL.*, 2009).

A disponibilidade de medicamentos de qualidade pode ser entendida como o resultado de atividades relacionadas à seleção, programação, aquisição e distribuição, ou seja, os componentes técnico-gerenciais do ciclo da assistência farmacêutica. Cabe ressaltar que vem se afirmando nos discursos oficiais tanto brasileiros (BRASIL, 2004) quanto internacionais (OPS, 2013) a importância de uma assistência farmacêutica plena, integrada à AB, com enfoque não apenas em seus componentes técnico-gerenciais, mas também nos técnico-assistenciais (BRASIL, 2009B; CORRER; OTUKI; SOLER, 2011; PINHEIRO, 2010), de modo a promover o uso apropriado de medicamentos, fundamental para a efetividade dos tratamentos e minimização dos riscos, impactando positivamente na resolubilidade das ações em saúde.

Entretanto, uma logística adequada que disponibilize medicamentos de qualidade para a população é etapa crítica de todo processo. A revisão da literatura brasileira sobre este tema encontrou que, desde a aprovação da PNM e a descentralização da AF, apenas um estudo de abrangência nacional foi realizado (OPAS; BRASIL, 2005), identificando disponibilidade média relativamente baixa dos medicamentos-chave investigados (73%). No entanto, cabe ressaltar que nesse estudo apenas foram verificadas trinta unidades públicas de saúde, no conjunto das cinco regiões do país, o que pode lançar questionamentos quanto à representatividade nacional dos resultados. Outros estudos foram conduzidos com abordagens localizadas, apresentando variações nos resultados encontrados, alguns com disponibilidade acima de 80% (ESPÍRITO SANTO, 2007; LUIZA *ET AL.*, 2006) e outros abaixo desse percentual (GUERRA JUNIOR *ET AL.*, 2004; OLIVEIRA; ASSIS; BARBONI, 2011; SEVERINO, 2011; SILVA JÚNIOR; NUNES, 2012; SUÁREZ-MUTIS *ET AL.*, 2011).

Uma relevante oportunidade para se traçar o atual panorama da disponibilidade

⁵Graduada em Farmácia pelo Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Rio de Janeiro (IFRJ) - Nilópolis (RJ), Brasil.
paulinhasfreitas@gmail.com

⁶Doutora em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual de Campinas (Unicamp) - Campinas (SP), Brasil. Coordenadora Geral de Assistência Farmacêutica Básica do Ministério da Saúde - Brasília (DF), Brasil.
karen.costa@gmail.com

⁷Doutora em Saúde Pública pela Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) - Rio de Janeiro (RJ), Brasil. Pesquisadora titular da Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz (Ensp/Fiocruz) - Rio de Janeiro (RJ), Brasil.
negritudesenior@gmail.com

de medicamentos na AB surge com o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) (BRASIL, 2011), instituído pelo Ministério da Saúde (MS) em 2011, no âmbito da estratégia 'Saúde Mais Perto de Você'. O PMAQ-AB tem como objetivo aprimorar a qualidade da Atenção Básica por meio de ciclos contínuos de avaliação compostos de quatro fases: adesão e contratualização, desenvolvimento, avaliação externa e recontratualização. A avaliação externa realizada no primeiro ciclo do programa, em 2012, além de certificar as equipes de ESF que aderiram ao programa, realizou um censo de todas as UBS do país, no qual foi incluído um conjunto de indicadores dedicados à avaliação de aspectos da assistência farmacêutica, principalmente quanto à disponibilidade de medicamentos.

O presente estudo objetiva caracterizar, com base nos dados do PMAQ-AB, a disponibilidade de medicamentos nas UBS do Brasil e identificar fatores organizacionais associados a essa dimensão do acesso a medicamentos.

Métodos

O presente artigo tem como fonte a base de dados proveniente do primeiro ciclo do componente de avaliação externa do PMAQ-AB, realizado no período de junho a setembro de 2012, cujo instrumento consistiu em quatro módulos (BRASIL, 2013B). O primeiro abordou aspectos relacionados às condições de infraestrutura, materiais, insumos e medicamentos das UBS, por meio de observação direta dos pesquisadores de campo, tendo sido planejado para aplicação em todas as UBS do país (censo). De acordo com o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), foram contabilizadas 43.947 UBS no país; entretanto o banco de dados contém informação de 38.812 UBS correspondendo a 88,3% do previsto inicialmente. Os segundo e terceiro módulos envolveram entrevistas,

respectivamente, com os profissionais e usuários das equipes da ESF, tendo sido aplicados unicamente às equipes que aderiram ao PMAQ-AB, correspondendo a 35,7% das UBS visitadas. A listagem inicial fornecida pelo MS contabilizava um total de 17.304 equipes aderidas ao programa (aproximadamente 51% das equipes de ESF existentes no país em 2012); a avaliação externa foi realizada para 17.202 dessas (99,4%). Já o quarto módulo consistiu de formulário eletrônico preenchido pela gestão municipal de saúde, após a realização do campo. No presente estudo foram utilizados dados oriundos do primeiro e segundo módulos.

A eleição das variáveis de interesse foi feita tomando-se como base o modelo lógico (*figura 1*) construído especificamente para essa finalidade, com base em estudos anteriores (COSENDEY; HARTZ; BERMUDEZ, 2003; OLIVEIRA ET AL., 2002; OSORIO-DE-CASTRO ET AL., 2009). A unidade de análise foi a UBS, o que significou que a construção dos indicadores envolveu agregação de questões do segundo módulo do instrumento aplicado aos profissionais das equipes da ESF. Nesses casos, foram considerados como respostas positivas apenas quando houve unanimidade favorável entre todas as ESF de uma mesma UBS.

Como variáveis explicativas nesta investigação, foram consideradas as seguintes características das UBS: porte populacional do município ao qual a UBS era pertencente, classificação do tipo de unidade segundo o CNES (BRASIL, 2014), presença de ESF, adesão de ESF ao PMAQ-AB; e aspectos relacionados à AF: dispensação de fitoterápicos e psicotrópicos, existência de ar condicionado e geladeiras específicas para farmácia, existência de sala de estocagem de medicamentos, apoio matricial de profissional farmacêutico e percepção dos profissionais de saúde da ESF quanto à adequação da disponibilidade (*tabela 1*).

As variáveis desfecho referem-se à disponibilidade de medicamentos, cujos critérios metodológicos para sua construção foram:

Tabela 1. Caracterização das unidades básicas de saúde (UBS) investigadas no Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB)

Variáveis	Categoria	N	%
Características gerais			
UBS visitadas	-	38.812	100
Classificação do tipo das UBS segundo critério CNES (N total=38.812)	Posto de Saúde	10.457	27
	Centro de saúde/UBS	24.728	63,7
	Outras	3.614	9,3
UBS com ESF (N total=38.812)	-	20.796	53,6
Número médio de ESF por UBS (N total=20.796)	-	-	1,27
UBS com ESF que aderiram ao PMAQ-AB (N total=38.812)	-	13.843	35,7
Aspectos relacionados à assistência farmacêutica			
UBS que dispensavam medicamentos (N total=38.812) * 1	-	29.228	75,3
UBS que dispensavam psicotrópicos (N total=38.812) * 1	-	2.221	5,7
UBS que dispensavam fitoterápicos (N total=38.812) * 1	-	2.276	5,9
UBS em que profissionais das ESF referiram receber medicamentos suficientes para atender a sua população (N total 11.144) ** 2	-	8.230	73,9
UBS com ar condicionado na farmácia (N total=29.228) * 3	-	5.035	17,3
UBS com geladeira para farmácia (N total=29.228) * 3	-	7.303	25,0
UBS com sala de estocagem para medicamentos *3 (N total=29.228) 1	-	5.823	20,0
UBS contava com apoio matricial de farmacêutico (N total=11.144) ** 4	-	2238	20,1

Fonte: Banco de dados PMAQ-AB, primeiro ciclo 2012.

* Para estas variáveis foi considerado o subconjunto amostral das UBS que dispensavam medicamentos

** Para estas variáveis foi considerado o subconjunto amostral das unidades com equipes de SF que aderiram ao PMAQ-AB e que dispensavam medicamentos. Foram considerados como respostas positivas apenas caso esta fosse unanimidade entre todas as ESF de uma mesma UBS.

¹ Correspondente à categoria “medicamentos disponíveis” do modelo lógico (figura 1)

² Correspondente à categoria “medicamentos adequados à demanda de saúde disponíveis” do modelo lógico (figura 1)

³ Correspondente à categoria “infraestrutura para armazenamento e dispensação de medicamentos” do modelo lógico (figura 1)

⁴ Correspondente à categoria “recursos humanos” do modelo lógico (figura 1)

1) Definiu-se, por consenso de especialistas, um subconjunto de 56 dos 106 medicamentos verificados no PMAQ-AB, aqui designados como “medicamentos-chave”, todos constantes do elenco de

referência nacional do Componente Básico da Assistência Farmacêutica na época da pesquisa (BRASIL, 2010A) e distribuídos em doze grupos farmacológicos¹. O critério principal para seleção dos

medicamentos-chave foi a indicação destes para condições de importância epidemiológica em todo o país, tratáveis na AB, devendo, portanto, estar presentes em qualquer tipo de unidade básica, com prescritor autorizado presente.

- 2) A disponibilidade dos medicamentos apenas foi analisada entre as UBS que referiram realizar dispensação de medicamentos (n= 29.228).
- 3) Conforme procedimento definido pelo PMAQ-AB, o medicamento foi considerado disponível quando havia pelo menos uma unidade deste na UBS, verificado por observação direta do pesquisador de campo. Para os medicamentos psicotrópicos, a disponibilidade apenas foi calculada para municípios que não centralizavam a dispensação desses e em UBS onde havia disponível ao menos um medicamento deste grupo.

Por fim, a disponibilidade dos medicamentos foi expressa de três maneiras:

- 1) Proporção de UBS com disponibilidade total segundo grupos farmacológicos: foi calculada a proporção de UBS com disponibilidade simultânea de todos os medicamentos pertencentes a cada um dos doze grupos farmacológicos, ou seja, a proporção de unidades de saúde que dispunham de todos os medicamentos-chave dentro dos grupos farmacológicos considerados.
- 2) Disponibilidade média de medicamentos: foi calculada a proporção média de medicamentos-chave disponíveis dentro de cada grupo farmacológico, ou seja, a média da razão entre o número de medicamentos disponíveis e o total de medicamentos verificados no grupo farmacológico.

- 3) UBS com disponibilidade $\geq 80\%$: a partir do segundo conjunto de indicadores, foi calculada a proporção de UBS com disponibilidade média de medicamentos-chave maior ou igual a 80% (sim ou não). Este ponto de corte teve como base a proposta da OMS para disponibilidade adequada na Atenção Básica em Saúde (WHO, 2008).

O tratamento estatístico dos dados consistiu de análise uni, bi e multivariada, realizadas no programa SPSS V.20.0. A análise do conjunto de indicadores 'Proporção de UBS com disponibilidade total segundo grupos farmacológicos' (categóricos) contou com teste qui-quadrado *linear by linear* (segundo estratificação por porte populacional) e qui-quadrado (demais variáveis independentes). O segundo conjunto de indicadores denominado 'Disponibilidade média de medicamentos' (contínuo) teve sua associação com o porte populacional avaliada por meio do teste ANOVA e com as demais variáveis por meio do teste t de *student*. Por fim, a análise do indicador "UBS com disponibilidade $\geq 80\%$ " contou com teste qui-quadrado e a razão de chances 'bruta' (OR), com respectivo intervalo de confiança. Todos os testes foram realizados ao nível de significância de 5%. Os subconjuntos amostrais utilizados na análise bivariada com este indicador se alteraram de acordo com a natureza da variável independente: se relativas ao primeiro módulo (censo, n=38.812) ou ao segundo (UBS com ESF que aderiram ao PMAQ-AB, n=13.843).

Por fim, as variáveis independentes, explicativas, correspondentes ao censo e estatisticamente associadas, ao nível de 95% de confiança, deram origem ao modelo de regressão logística, para o qual foi utilizado o método *stepwise backward*, ao nível de significância de 5%, com probabilidade de entrada de 0,20 e de saída de 0,10. São apresentadas suas respectivas proporções de classificação total do modelo logístico - (PCT - *Overall*), razões de chance ajustadas (ORAJ) e respectivos intervalos de confiança de 95%.

¹ Antiparasitários (n=5: Albendazol, Espiramicina, Mebendazol, Metronidazol + Teclozana, Permetrina); Antianêmicos/ vitaminas/ sais minerais (n=3: Ácido fólico, Sais para reidratação oral, Sulfato ferroso); Antiasmáticos (n=4: Dipropionato de Beclometasona, Fenoterol, Prednisona, Sulfato de Salbutamol); Contraceptivos/ hormônios sexuais (n=3: Etinilestradiol + levonorgestrel, Acetato de Medroxiprogesterona, Enantato de Noretisterona + Valerato de Estradiol); Anti-hipertensivos (n=5: Besilato de Anlodipino, Atenolol, Captopril, Maleato de Enalapril, Hidroclorotiazida); Cardiológicos (n=3: Ácido acetilsalicílico, Propranolol, Cloridrato de Sinvastatina); Antidiabéticos (n=4: Glibenclâmida, Insulina NPH, Insulina regular, Cloridrato de Metformina); Anti-inefciosos (n=15: Amoxicilina + clavulanato de potássio, Azitromicina, Benzilpenicilina benzatina, Cefalexina, Cloridrato de Ciprofloxacino, Claritromicina, Cloridrato de Clindamicina, Estearato de Eritromicina, Fluconazol, Sulfato de Gentamicina, Nitrato de Miconazol, Nistatina, Sulfadiazina, Sulfametoxazol + trimetopriman); Analgésicos/ antipiréticos (n=2: Ibuprofeno, Paracetamol); Antiácidos/ Antieméticos/ Antisecretores (n=3: Metoclopramida, cloridrato de Omeprazol, Cloridrato de Ranitidina); Psicotrópicos (n=2: Diazepam, Fenobarbital); e Fitoterápicos (n=8: Aroeira, Cáscara-sagrada, Espinheira Santa, Garra do diabo, Guaco, Isoflavona da soja, Unha de gato).

Resultados

Caracterização das UBS

Das 38.812 UBS analisadas, 75,3% dispensavam algum tipo de medicamento, 5,7% dispensavam psicotrópicos e 5,9% fitoterápicos (tabela 1). Quanto ao tipo dessas unidades, 63,7% foram classificadas como centro de saúde, 27,0% como posto de saúde e 9,3% alocaram-se na categoria 'outras', segundo definição do CNES. A presença de equipes da ESF foi identificada em 53,6% das UBS, nas quais o número médio foi de 1,27 equipes.

Quanto às características estruturais relacionadas à AF, 25,0% e 17,3% das UBS contavam, respectivamente, com geladeira e ar condicionado nas farmácias; e 20,0% e 20,1% das UBS contavam com sala de estocagem de medicamentos e apoio matricial de farmacêutico. Em 73,9% das UBS que aderiram ao PMAQ-AB, os profissionais das equipes de ESF referiram receber medicamentos suficientes para atender sua população (tabela 1). A proporção de UBS que dispensava medicamentos variou de 64,7% nos municípios com menos de 10 mil habitantes a 89,2% nos acima de 500 mil, ainda que a relação UBS por população tenha variado na proporção inversa (tabela 2).

Proporção de unidades básicas de saúde com disponibilidade total segundo grupos farmacológicos

Com exceção dos anti-hipertensivos, todos os demais grupos farmacológicos apresentaram crescimento linear, no teste qui-quadrado *linear by linear*, em relação ao porte populacional ($p=0,000$), apontando para o cenário de maior proporção de UBS com disponibilidade total conforme aumento do porte populacional.

A proporção de UBS com disponibilidade total foi maior nos municípios com mais de 500 mil habitantes em relação àqueles menores de 10 mil para os grupos de contraceptivos (53,5% vs 29,5%), antiparasitários (14,6% vs 3,3%), antiasmáticos (34,6% vs 18,9%), antidiabéticos (53,5% vs 41,3%), anti-infecciosos (2,0% vs 1,1%) e psicotrópicos (52,0% vs 42,7%). Considerando os extremos do porte populacional, o grupo farmacológico que apresentou maior variação na disponibilidade total foi o dos psicotrópicos (10,4% a 52,0%; $\Delta=41,6\%$) e o de menor foi o dos anti-infecciosos (0,3% a 2,0%; $\Delta=1,7\%$).

No entanto, vale notar importantes variações. A evolução dessa proporção não é gradativa de acordo com o porte populacional.

Tabela 2. Caracterização das unidades básicas de saúde (UBS) investigadas no Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), segundo estrato populacional do município

Estrato populacional (habitantes)	Total de municípios	Total de habitantes	UBS / 10.000 habitantes	UBS que dispensam	% de UBS que dispensam	UBS que dispensam / 10.000 habitantes	UBS que dispensam psicotrópicos	% de UBS que dispensam psicotrópicos	UBS que dispensam fitoterápicos	% de UBS que dispensam fitoterápicos	
Até 10 mil	2.493	12.838.821	6.120	4,8	3.958	64,7	3,1	419	6,8	342	5,6
10 - 20 mil	1.400	19.738.829	7.719	3,9	5.208	67,5	2,6	344	4,5	346	4,5
20 - 50 mil	1.042	31.353.194	9.759	3,1	7.354	75,4	2,4	342	3,5	448	4,6
50 - 100 mil	325	22.384.297	5.116	2,3	4.003	78,2	1,8	110	2,2	258	5,0
100 - 500 mil	245	48.788.676	6.505	1,3	5.499	84,5	1,1	321	4,9	545	8,4
+500 mil	38	58.572.721	3.593	0,6	3.206	89,2	0,6	685	19,1	337	9,4
Geral	5.543	193.676.537	38.812	2,0	29.228	75,3	1,5	2.221	5,7	2.276	5,9

Fonte: Banco de dados PMAQ-AB, primeiro ciclo 2012.

A proporção de UBS com disponibilidade total dos medicamentos identificada nos municípios de menos de 10 mil habitantes apenas foi superada a partir daqueles acima de 50 mil habitantes para o grupo dos contraceptivos (32,9%); a partir dos municípios acima de 100 mil habitantes para os grupos dos antiparasitários (4,0%) e antiasmáticos (21,1%) e unicamente nos municípios acima de 500 mil habitantes para os grupos dos antidiabéticos, anti-infecciosos e psicotrópicos. Ou seja, a disponibilidade total segundo grupos farmacológicos foi maior em municípios com menos de 10 mil habitantes do que naqueles de 10 a 50 mil.

Já a proporção de UBS com disponibilidade total dos analgésicos, fitoterápicos, anti-hipertensivos, cardiológicos e antiácidos não aumentou de acordo com o porte populacional. Nos dois primeiros, a disponibilidade identificada foi bem semelhante nos municípios com menos de 10 e mais de 500 mil habitantes (62,6% vs 62,7% e 0,7% vs 0,8% respectivamente), enquanto que nos três últimos houve inclusive uma redução da disponibilidade nos municípios acima de 500 mil habitantes (51,4% vs 49,9%; 54,4% vs 45,6% e 42,2% vs 29,2%, respectivamente). A disponibilidade do grupo dos antianêmicos/vitaminas/sais minerais, apesar de ter apresentado crescimento razoavelmente continuado de acordo com o porte populacional, atingiu seu auge nos municípios de até 500 mil habitantes (71,9%), reduzindo nos municípios com mais de 500 mil habitantes (63,8%) para proporção inferior à identificada nos municípios com menos de 10 mil (64,9%).

Na estratificação por tipo de UBS, a disponibilidade total para todos os grupos de medicamentos mostrou-se mais elevada nos centros de saúde/UBS comparativamente aos postos de saúde e às unidades definidas como 'outras'. Exceção feita para o grupo dos fitoterápicos que mostrou disponibilidade total igual entre centros de saúde e unidades definidas como 'outras'. Tanto no posto quanto no centro de saúde, as menores

disponibilidades foram dos fitoterápicos e a maior dos antianêmicos/vitaminas e sais minerais. Na categoria 'outras', a menor e a maior disponibilidade referiram-se, respectivamente, aos anti-infecciosos e analgésicos.

Os grupos de medicamentos com maior disponibilidade, independente do porte e do tipo de UBS, foram os antianêmicos (65,9%) e analgésicos (61,5%). Já os de menor disponibilidade foram os fitoterápicos (0,8%), os anti-infecciosos (0,8%), e os antiparasitários (4,3%). Para esses dois últimos grupos vale ressaltar que alguns medicamentos específicos acarretaram queda acentuada na média do grupo como um todo. É o caso da clindamicina, constante no grupo dos antimicrobianos, apenas disponível em 5,1% das UBS; e da espiramicina, parte do grupo dos antiparasitários, cuja disponibilidade foi constatada em apenas 5,8% das UBS.

Disponibilidade média de medicamentos

A disponibilidade média dos medicamentos-chave incluindo os fitoterápicos foi de 44,9% e, sem estes, foi um pouco maior: 58,5%. Em ambos os conjuntos de medicamentos-chave, a disponibilidade média nos municípios com menos de 10 mil habitantes foi, de uma maneira geral, superior à identificada nos municípios de 20 a 100 mil habitantes (*tabela 3*).

Disponibilidade \geq 80%

Associaram-se à maior chance de disponibilidade de medicamentos-chave (acima de 80% para o conjunto de 56 medicamentos-chave considerados na investigação) aquelas unidades com indicativos de assistência farmacêutica melhor organizada, ou seja, que contavam com apoio matricial de farmacêutico ($p=0,000$; OR= 1,23), dispensação de psicotrópicos ($p=0,000$; ORAJ=4,69) e fitoterápicos ($p=0,000$; ORAJ=3,95); e melhor armazenamento dos medicamentos, com

presença de geladeira ($p=0,000$; ORAJ=7,26) e ar condicionado ($p=0,000$; ORAJ=3,19) na farmácia e sala de estocagem de medicamentos ($p=0,000$; ORAJ=4,23). A percepção positiva dos profissionais de saúde das ESF quanto à disponibilidade dos medicamentos também foi estatisticamente significativa ($p=0,000$; OR=1,74). Quanto às características das UBS, chama a atenção ter sido maior a chance de disponibilidade elevada de medicamentos-chave entre as UBS com presença de ESF ($p=0,000$; ORAJ=1,23) e maior ainda naquelas com ESF que aderiram ao PMAQ-AB ($p=0,000$; ORAJ=1,85) (tabela 4).

Discussão

Ainda que apenas 53,6% das UBS tivessem ESF, com uma média de 1,3 equipes, a magnitude total é ainda importante, de 20.796 unidades.

A prioridade atribuída à ESF precisa materializar-se em ações concretas. Assim, o PMAQ-AB fornece bases para essa programação. No caso da assistência farmacêutica, o farmacêutico é um dos profissionais previstos na equipe dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família de tipo 2 (NASF2) (BRASIL, 2010B). As ações logísticas não devem diferir de forma importante entre as UBS convencionais e as da ESF. No entanto, um amplo conjunto de atividades, cuja prática está em construção no país, é esperado desses profissionais no âmbito da ESF. Isto inclui ações intra e extramuros, envolvendo atuação no território, apoio ao cuidado domiciliar, orientação e educação sobre o uso correto de medicamentos; e participação em ações multiprofissionais e intersetoriais em áreas como cultura, educação e lazer. A implementação de tais atividades requer o desenvolvimento de competências ligadas à interação com a comunidade e os Conselhos de Saúde. (ALENCAR; NASCIMENTO, 2011; BRASIL, 2010B; CANABARRO; HAHN, 2009; PINHEIRO, 2010)

Os novos arranjos políticos e organizacionais introduzidos pela Constituição de 1988,

em particular a descentralização da saúde, trouxeram novos desafios aos municípios brasileiros, com impactos diferenciados segundo a capacidade de gestão, sendo esta dependente de outros fatores, como a capacidade de arrecadação, que se expressam no porte populacional (GOMES; SILVA; SILVA, 2005). Assim, é razoável esperar um desempenho diferenciado em saúde em relação ao porte populacional dos municípios onde essas unidades de saúde se localizam. Esse fato tem implicações importantes na implantação da ESF, que encontra maiores dificuldades de expansão nos grandes centros urbanos (HENRIQUE; CALVO, 2009).

No que concerne ao acesso aos medicamentos, o PMAQ-AB permite um panorama das fontes de provisão pública, mostrando que 7,5 em cada dez UBS dispensam medicamentos. Sabe-se que alguns gestores defendem diferentes arranjos para as fontes de provisão. Um deles, adotado, por exemplo, no programa Farmácia de Minas, propõe a regionalização da provisão pública de medicamentos, de maneira a concentrar os investimentos em estruturas adequadas, garantindo a acessibilidade geográfica. Em outros locais, o planejamento organizado não parece ser uma realidade, de maneira que a escassez de pontos de provisão de medicamentos terá impactos em diferentes dimensões do acesso, como a disponibilidade e acessibilidade geográfica.

Visando proporcionar orientação técnica e normativa, o MS definiu diretrizes para organização das farmácias no âmbito do SUS, que foram utilizadas na construção do instrumento de avaliação externa do primeiro ciclo do PMAQ-AB (BRASIL, 2009B) no que se refere aos elementos estruturais da assistência farmacêutica, como climatização das áreas de estocagem de medicamentos, existência de geladeiras para preservação dos produtos termolábeis e ambientes adequados para armazenagem. Os resultados evidenciados nesse estudo foram bastante insatisfatórios quanto a esses aspectos, com potencial impacto negativo na qualidade dos produtos e

Tabela 3. Disponibilidade total de medicamentos segundo grupo farmacológico e disponibilidade média de medicamentos estratificados por estrato populacional de município e tipo de unidade básica de saúde (UBS)

	Estrato Populacional (milhares de habitantes)						Tipo de UBS			Total
	Até 10	10 - 20	20 - 50	50 - 100	100 - 500	+ de 500	Posto de saúde	Centro de saúde / UBS	Outro(s)	
Disponibilidade total por grupo farmacológico										
Grupo farmacológico (N=29228)	% UBS com disponibilidade total									
Analgésicos/antipiréticos * &	62,6	58,6	58,8	61,3	66,4	62,7	54,4	64,2	61,4	61,5
Anti-hipertensivos&	51,4	44,8	43,3	44,6	47,8	49,9	38,7	49,3	47,4	46,4
Antiácidos/Antieméticos/Antisecretores * &	42,2	35,0	30,6	33,7	39,2	29,2	29,9	36,8	34,0	34,8
Antianêmicos/vitaminas/sais minerais* &	64,9	65,5	63,0	66,3	71,9	63,8	58,6	69,2	61,3	65,9
Antiasmáticos* &	18,9	11,5	11,2	14,7	21,1	34,6	11,1	19,8	14,9	17,2
Antidiabéticos* &	41,3	23,0	19,0	21,4	36,7	53,5	18,4	34,8	28,5	30,2
Anti-infecciosos * &	1,1	0,5	0,3	0,6	1,0	2,0	0,5	1,0	0,5	0,8
Antiparasitário* &	3,3	3,1	2,4	2,6	4,0	14,6	2,5	5,2	3,0	4,3
Cardiológicos* &	54,4	46,3	43,9	46,3	48,7	45,6	40,7	49,6	47,7	47,2
Contraceptivos / hormônios sexuais * &	29,5	28,0	26,9	32,9	44,6	53,5	23,8	39,0	30,4	34,5
Fitoterápicos	0,7	0,0	0,5	0,0	2,0	0,8	0,2	1,0	1,0	0,8
Psicotrópicos* &	42,7	22,1	17,2	10,4	23,3	52,0	14,4	34,1	26,6	28,2
Disponibilidade média de medicamentos-chave										
Tipo de produto	Disponibilidade percentual média									
Conjunto dos medicamentos-chave (com fitoterápicos)* &	57,9	52,7	51,6	54,1	59,9	67,2	49,1	59,1	52,2	56,1
Conjunto dos medicamentos-chave (sem fitoterápicos) * &	59,9	54,9	53,8	56,7	63,0	69,8	51,2	61,7	54,2	58,5

Fonte: Banco de dados PMAQ-AB, primeiro ciclo 2012.

*p=0,000 no teste qui-quadrado linear by linear para estrato populacional

&p=0,000 no teste qui-quadrado para tipo de UBS

serviços prestados, bem como em aspectos da segurança dos pacientes. Na perspectiva de melhora desse cenário, vale ressaltar a existência de mecanismos específicos para investimento em estrutura da AF pelos municípios (BRASIL, 2009B; 2013A).

Foi baixa a proporção de unidades com disponibilidade total dos medicamentos-chave em todos os grupos farmacológicos, ainda que com gradiente variável a depender do porte populacional e do próprio grupo farmacológico. O desempenho foi melhor em alguns

grupos, como os antianêmicos/vitaminas/sais minerais que, à exceção dos produtos para abordagem da anemia ferropriva em grávidas e crianças, não contêm medicamentos de impacto epidemiológico relevante (MANAGEMENT SCIENCES FOR HEALTH, 2012). O mesmo foi observado para o grupo dos analgésicos. Seria importante esclarecer se as diferenças das esferas de governo responsáveis pelo financiamento/aquisição/distribuição poderiam explicar as diferenças de disponibilidade entre os grupos farmacológicos. No entanto, não se conseguiu observar comportamento relevante

em decorrência desses mecanismos. A maioria dos itens providos na AB é de responsabilidade municipal. Porém, há exceções, como os contraceptivos e insulina, financiados e adquiridos pelo governo federal, e os anti-hipertensivos, antidiabéticos orais e antiasmáticos, que são gratuitamente providos pelo programa “Saúde Não Tem Preço”, em fase inicial de implantação no momento da coleta de dados.

O melhor desempenho dos centros de saúde em relação aos postos e outros tipos de unidade é coerente com seu perfil de maior porte em termos de recursos humanos,

Tabela 4. Fatores associados à disponibilidade de medicamentos em unidades básica de saúde (UBS) que os dispensam

Indicadores	UBS	Disponibilidade total >= 80% (PCT1:79,7%)							
		Sim		OR (IC 95%) 3			ORAJ (IC 95%)4		
		N	%	OR	Limite Inferior	Limite Superior	OR	Limite Inferior	Limite Superior
1)UBS com equipe de ESF*2	29228	2858	9,8	1,23	1,15	1,31	1,14	1,06	1,23
2)UBS com equipe de ESF que aderiu ao PMAQ-AB*2	29228	2416	8,3	1,85	1,74	1,97	1,75	1,63	1,87
3)UBS que dispensavam psicotrópicos*2	29228	966	3,3	4,69	4,29	5,14	3,16	2,85	3,51
4)UBS que dispensavam fitoterápicos*2	29228	906	3,1	3,95	3,61	4,33	3,71	3,34	4,13
5)UBS com ar condicionado na farmácia*2	29133	1622	5,6	3,19	2,98	3,42	1,48	1,36	1,61
6)UBS com geladeira para farmácia*2	29175	2919	10,0	7,26	6,79	7,76	4,57	4,23	4,92
7)UBS com sala de estocagem para medicamentos*2	29134	2066	7,1	4,23	3,96	4,53	2,38	2,20	2,57
8)UBS contava com apoio matricial de farmacêutico*5	11144	550	4,5	1,23	1,10	1,37	-	-	-
9)UBS em que profissionais da ESF referiram receber medicamentos suficientes para atender a sua população*5	11144	1969	17,7	1,74	1,55	1,94	-	-	-

Fonte: Elaboração própria com base nos dados do primeiro ciclo do componente de avaliação externa do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB)

*p=0,000 no teste qui quadrado

¹PCT: proporção de classificação total do modelo logístico - Overall

² Foi considerado o subconjunto amostral das UBS que dispensavam medicamentos

³ Odds Ratio Bruto

⁴ Odds Ratio ajustado por regressão logística apenas para indicadores de 1 a 7 (correspondentes ao Censo)

⁵ Apenas para unidades com equipes da estratégia de saúde da família (ESF) que aderiram ao Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) e que dispensam medicamentos. Foram considerados como respostas positivas apenas caso fosse unanimidade entre todas as ESF de uma mesma UBS.

infraestrutura e serviços oferecidos em relação aos demais (BRASIL, 2006).

A disponibilidade média dos medicamentos-chave foi baixa em todos os estratos populacionais e em todos os tipos de UBS. Ainda que esse resultado expresse uma situação desfavorável, converge com o cenário médio global. Cameron *et al.* (2011) estudaram a disponibilidade de medicamentos para doenças crônicas e condições agudas em 40 países em desenvolvimento, encontrando disponibilidade média de medicamentos no setor público de 55,9% para situações agudas e 41,6% para doenças crônicas.

A norma vigente à época da coleta de dados (BRASIL, 2010A) estabelecia um elenco de referência nacional do Componente Básico da Assistência Farmacêutica a ser adquirido com recursos pactuados, assim como o valor da contrapartida *per capita* mínima sob responsabilidade de cada esfera de governo. O gestor municipal tem preservada sua autonomia para decidir o subconjunto de medicamentos mais adequados ao perfil epidemiológico local, assim como definir outros produtos com cobertura pelo tesouro municipal. Desse modo, ainda que os autores tenham definido, com base na lista de verificação extraída do elenco nacional, os produtos mais relevantes para a média de municípios, não se pode afastar a possibilidade de que a baixa disponibilidade destes tenha sido compensada pela oferta de outros produtos com a mesma indicação definidos pelas esferas municipais.

Os psicotrópicos, com baixa proporção de UBS ofertantes e baixa disponibilidade nas UBS que os ofertam, destinam-se ao tratamento de agravos da saúde mental, problema envolvido em muitas complexidades. Tais problemas, para abordagem adequada, requerem a mobilização de amplo conjunto de ações do sistema de saúde e também inter-setoriais. Outrossim, os medicamentos são aqui recurso fundamental. A grande maioria dos produtos estão sob controle especial por requisito regulatório, exigindo área física protegida para sua armazenagem, além da

obrigatoriedade, sem exceção, de responsabilidade técnica farmacêutica nos locais que os dispensam (BRASIL, 1998B). Uma possibilidade explicativa para os problemas encontrados quanto à baixa oferta e disponibilidade dos psicotrópicos pode estar ligada tanto a dificuldades ou baixa vontade política dos municípios em prover tais condições quanto à relutância dos farmacêuticos em assumir o ônus profissional vinculado à guarda desses produtos. Assim, uma saída para otimizar os recursos seria a centralização da dispensação, o que explicaria o baixo número de unidades ofertantes desses produtos, cabendo melhor investigação de quanto essa medida pode afetar a acessibilidade geográfica.

Os fitoterápicos, igualmente com baixa proporção de UBS ofertantes e baixa disponibilidade nas UBS que os ofertam, merecem acompanhamento nas aplicações consecutivas de inquéritos com a abrangência do PMAQ-AB, sobretudo devido ao fato do Brasil ser um país com política nacional explícita no tema (BRASIL, 2006) e esse grupo de produtos constar formalmente da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) (BRASIL, 2012A).

A partir da descentralização da assistência farmacêutica na Atenção Básica, os municípios passaram a arcar, em sua grande maioria, com as etapas de seleção, programação, aquisição, distribuição e dispensação de medicamentos para esse nível de atenção à saúde. Essas são atividades para as quais faz-se fundamental o apoio técnico e financeiro das Secretarias de Estado da Saúde e do Ministério da Saúde, em especial a regularidade dos repasses financeiros. Os municípios enfrentam distintos problemas (PAULA ET AL., 2009), vários deles vinculados ao porte populacional, a despeito do crescente aumento do financiamento público para os medicamentos (VIEIRA; ZUCCHI, 2011; 2013). Os menores têm pequena escala de compra, dificultando a negociação dos melhores preços, baixa disponibilidade de recursos humanos capacitados e maiores dificuldades de infraestrutura. Os

maiores lidam com maior pressão da demanda e maior complexidade da rede de saúde.

Os resultados encontrados reforçam a ideia de que a capacidade de gestão é sistêmica. Assim, é coerente que o bom desempenho geral das UBS e da assistência farmacêutica em particular, com estrutura adequada, área de estocagem, ar condicionado e geladeira, estivesse associado à melhor disponibilidade. Esse achado fala a favor do modelo lógico construído, que buscou expressar a relação desses componentes.

Ainda que positiva e significativamente associada à boa disponibilidade, a razão de chance em relação ao apoio matricial do farmacêutico teve baixa magnitude. No entanto, pode aqui ter havido problemas na interpretação do instrumento pelos pesquisadores de campo quanto ao que seria 'apoio matricial de farmacêutico'.

Outras limitações podem ser sinalizadas neste estudo. Se por um lado o módulo 1 do PMAQ-AB foi aplicado no formato de censo, os demais apenas o foram às UBS que aderiram ao PMAQ-AB. É razoável pensar que o fizeram aquelas como melhor organização, o que pode significar que o cenário real dos indicadores dependentes destes módulos seja mais desfavorável no mundo geral. No caso da disponibilidade, da mesma maneira como proposto na metodologia da OMS (WHO, 2007), a presença de uma única unidade do medicamento positiva o achado, mas a depender da quantidade presente não significa um tratamento completo.

Tratou-se da primeira experiência de aplicação do PMAQ-AB, que teve abordagem ampla e diversificada de um abrangente conjunto de questões ligadas à Atenção Básica. No que concerne à AF, não alcançamos analisar os dados do Módulo 4, ainda não disponível no momento da submissão do artigo. Com essas informações, seria possível verificar a disponibilidade frente ao elenco de medicamentos padronizado nos municípios, que pode ter feito a opção por outros medicamentos que não os da lista de referência

nacional. Caberia também analisar se o elenco municipal cobre as necessidades de saúde na Atenção Básica, contando com representantes em todos os grupos farmacológicos.

No modelo lógico utilizado no presente estudo, buscou-se expressar, com base na literatura, os elementos com influência sobre a disponibilidade. A *figura 1* indica, desse conjunto, os poucos que se conseguiu evidenciar com base nos instrumentos aplicados pelo PMAQ-AB. Uma avaliação de caráter tão amplo como o PMAQ-AB não conseguirá detalhar os aspectos de todas as funções importantes da AB. No entanto, dada a relevância da assistência farmacêutica, acreditamos que alguns aspectos, como os estruturais (insumos) e resultados ligados à prescrição/dispensação, poderiam ser incorporados na pesquisa. Outros poderiam ser melhorados, como inclusão da especificação completa dos medicamentos da lista de verificação. Igualmente, as perguntas que investigam a percepção de profissionais e usuários precisam ser validadas e reavaliadas quanto a sua adequação e pertinência.

Conclusões

A maioria das UBS dispensam medicamentos. Porém, a oferta de itens mais específicos, como psicotrópicos e fitoterápicos, foi claramente estrita. O exame da disponibilidade de medicamentos-chave revelou que, a despeito de grandes variações, sobretudo quando considerados os estratos de porte populacional dos municípios, sua presença é restrita, sendo encontrados em sua totalidade em 65,9% das UBS no caso dos antianêmicos e apenas em 4,3% dessas, no caso dos antiparasitários. Cabe ressaltar o caso dos fitoterápicos, presentes em média em apenas 0,8% das UBS, em que pese o país contar com uma política nacional nesse tema. A disponibilidade média de medicamentos ficou abaixo do valor aceitável de 80% proposto pela OMS em todos os estratos analisados, seja o populacional, seja por tipo de UBS. As UBS que reúnem os

principais aspectos *proxi* de uma boa organização geral e dos serviços de farmácia, em específico, foram as que apresentaram a melhor disponibilidade de medicamentos, indicando que estes elementos estão imbricados. ■

Referências

- ALENCAR, T. O. S.; NASCIMENTO, M. A. A. Assistência Farmacêutica no Programa Saúde da Família: encontros e desencontros do processo de organização. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 9, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n9/a31v16n9.pdf>>. Acesso em: 4 mar. 2014.
- BIGDELI, M. et al. Access to medicines from a health system perspective. *Health Policy and Planning*, Oxford, v. 28, n. 7, p. 692-704, 2013. Disponível em: <<http://heapol.oxfordjournals.org/content/28/7/692.full.pdf>>. Acesso em: 24 nov. 2013.
- BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução No 338, de 6 de maio de 2004. Aprova a Política nacional de Assistência Farmacêutica. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 2004. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2004/res0338_06_05_2004.html>. Acesso em: 24 nov. 2013.
- _____. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do SUS. *Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde*. 2014. Disponível em: <<http://cnes.datasus.gov.br>>. Acesso em: 20 jan. 2014.
- _____. Ministério da Saúde, Gabinete do Ministro. Portaria MS/GM No 4217, de 28 de dezembro de 2010. Aprova as normas de financiamento e execução do Componente Básico da Assistência Farmacêutica. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 2010a. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt1555_30_07_2010.html>. Acesso em: 24 nov. 2013.
- _____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria MS/GM No 1654, de 19 de julho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) e o Incentivo Financeiro do PMAQ-AB, denominado Componente de Qualidade do Piso de Atenção Básica Variável - PAB Variável. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 2011. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1654_19_07_2011.html>. Acesso em: 20 jul. 2013.
- _____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria MS/GM No 2982, de 26 de novembro de 2009a. Aprova as normas de execução e de financiamento da Assistência Farmacêutica na Atenção Básica. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 2009. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt2982_26_11_2009_rep.html>. Acesso em: 20 jul. 2013.
- _____. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM No 1555, 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). *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 2013a. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1555_30_07_2013.html>. Acesso em: 20 nov. 2013.
- _____. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM No 3916, de 30 de outubro de 1998. Aprova a Política Nacional de Medicamentos. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*. Brasília, DF, 10 de novembro de 1998a. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1998/prt3916_30_10_1998.html>. Acesso em: 20 jul. 2013.
- _____. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM No 533, de 28 de março de 2012. Estabelece o elenco de medicamentos e insumos da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 2012a. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0533_28_03_2012.html>. Acesso em: 20 jul. 2012.

_____. Ministério da Saúde. *Saúde Mais Perto de Você – acesso e qualidade programa nacional de melhoria do acesso e da qualidade da atenção básica (PMAQ): documento síntese para avaliação externa*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio à Saúde da Família*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2010b. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_do_nasf_nucleo.pdf>. Acesso em: 29 dez. 2010.

_____. Ministério de Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Regulação, Avaliação e Controle. Coordenação-Geral de Sistemas de Informação. *Manual técnico do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde*. Brasília, DF: MS, 2006. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/download/manual%20cnes%20atualizado%20em%2010_11_06%2015%20h.pdf>. Acesso em: 25 mar. 2014.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência farmacêutica e Insumos Estratégicos. *Diretrizes para estruturação de farmácias no âmbito do Sistema Único de Saúde*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2009b. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica. *Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_fitoterapicos.pdf>. Acesso em: 29 dez. 2010.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância Sanitária. Portaria No 344, de 12 de maio de 1998. Aprova o Regulamento Técnico sobre substâncias e medicamentos sujeitos a controle especial. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 31 dez. 1998b. Disponível em: <<http://www.anvisa.gov.br/scriptsweb/anvisa-legis/VisualizaDocumento.asp?ID=939&Versao=2>>. Acesso em: 29 dez. 2010.

CAMERON, A. *Understanding access to medicines in low- and middle-income countries through the use of price and availability indicators*. 2013. 256 f. Tese (Doutorado em Farmácia). – Utrecht University, Utrecht, 2013.

CAMERON, A. et al. *The world medicines situation 2011: medicines prices, availability and affordability*. 3. ed. Geneva: World Health Organization, 2011. Disponível

em: <http://www.who.int/entity/medicines/areas/policy/world_medicines_situation/WMS_ch6_wPrising_v6.pdf>. Acesso em: 22 out. 2013.

CANABARRO, I. M.; HAHN, S. Panorama da Assistência Farmacêutica na Saúde da Família em município do interior do Estado do Rio Grande do Sul. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, Brasília, v. 18, n. 4, p. 345–355, 2009.

CORRER, C. J.; OTUKI, M. F.; SOLER, O. Assistência farmacêutica integrada ao processo de cuidado em saúde: gestão clínica do medicamento. *Rev Pan-Amaz Saude*, Ananideua, v. 2, n. 3, p. 41–49, 2011.

COSENDEY, M. A. E.; HARTZ, Z. M.; BERMUDEZ, J. A. Z. Validation of a tool for assessing the quality of pharmaceutical services. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 2, p. 395–406, 2003.

ESCOREL, S. et al. O Programa de Saúde da Família e a construção de um novo modelo para a atenção básica no Brasil. *Rev Panam Salud Pública*, Washington, DC, v. 21, n. 2, p. 164–176, 2007.

ESPÍRITO SANTO, Secretaria da Saúde do Estado (SESA). Diagnóstico da assistência farmacêutica no setor público e a política farmacêutica do estado do Espírito Santo. Vitória: SESA, 2007.

GOMES, R. C. C.; SILVA, A. B.; SILVA, V. P. Gestão social das políticas públicas nas pequenas cidades. *Revista Electrónica de Geografía y Ciencias Sociales*, Cidade do México, v. IX, n. 194, ago. 2005. Disponível em: <<http://www.ub.edu/geocrit/sn/sn-194-34.htm>>. Acesso em: 17 mar. 2014.

GUERRA JUNIOR, A. A. et al. Disponibilidade de medicamentos essenciais em duas regiões de Minas Gerais, Brasil. *Rev Panam Salud Pública*, Washington, DC, v. 15, n. 3, p. 168–75, 2004.

HELFFER, A. P. et al. Affordability and availability of drugs for treatment of chronic diseases in the public health care system. *Rev Panam Salud Pública*, Washington, DC, v. 31, n. 3, p. 225–232, mar. 2012.

HENRIQUE, F.; CALVO, M. C. M. Grau de implantação do Programa Saúde da Família e indicadores sociais. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 14, n. sup 1, p. 1359–1365, 2009.

LUIZA, V. L. et al. *Avaliação nacional da dispensação de medicamentos para as PVHA: relatório final de pesquisa*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006.

MANAGEMENT SCIENCES FOR HEALTH.

Managing Access to Medicines and health Technologies. 3. ed. Arlington: MSH, 2012.

NUNAN, M.; DUKE, T. Effectiveness of pharmacy interventions in improving availability of essential medicines at the primary healthcare level. *Tropical Medicine & International Health*, New York, v. 16, n. 5, p. 647–658, maio 2011.

OLIVEIRA, L. C. F.; ASSIS, M. M. A.; BARBONI, A. R. Avaliação da assistência farmacêutica básica em um município da Bahia, Brasil. *Revista Baiana de Saúde Pública*, v. 34, n. 4, 2011. Disponível em: <<http://inseer.ibict.br/rbsp/index.php/rbsp/article/view/78>>. Acesso em: 12 maio 2013.

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 & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 15, n. supl 3, p. 3561–3567, 2010.

OLIVEIRA, M. A. et al. Avaliação da assistência farmacêutica às pessoas vivendo com HIV/AIDS no Município do Rio de Janeiro. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 18, n. 5, p. 1429–1439, 2002.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE; BRASIL. Ministério da Saúde. *Avaliação da assistência farmacêutica no Brasil*. Brasília: OPAS: MS, 2005.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (OPS). *Servicios farmacéuticos basados en la atención primaria de salud*: documento de posición de la OPS/OMS. Washington, DC: OPS, 2013. (La Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas, 6).

OSORIO-DE-CASTRO, C. G. S. et al. A proposal for an evaluation model of pharmaceutical services for malaria. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 25, n. 9, p. 2075–2082, 2009.

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

PETERS, D. H. et al. Poverty and access to health care in developing countries. *Annals of the New York Academy of Sciences*, New York, v. 1136, n. 1, p. 161–171, 2008.

PINHEIRO, R. M. Serviços farmacêuticos na Atenção Primária à Saúde. *Tempus Actas de Saúde Coletiva*, Brasília, DF, v. 4, n. 3, p. 15–22, 2010.

SEVERINO, J. M. Avaliação da assistência farmacêutica do município de Mombaça - CE. *R. Bras. Farm. Hosp. Serv. Saúde São Paulo*, São Paulo, v. 2, n. 1, p. 15–20, 2011.

SILVA JÚNIOR, E. B.; NUNES, L. M. N. Avaliação da assistência farmacêutica na atenção primária no município de Petrolina (PE). *Arquivos Brasileiros de Ciências da Saúde*, São José do Rio Preto, v. 32, n. 2, p. 65–69, 2012.

SUÁREZ-MUTIS, M. C. et al. Pharmaceutical services for endemic situations in the Brazilian Amazon: organization of services and prescribing practices for *Plasmodium vivax* and *Plasmodium falciparum* non-complicated malaria in high-risk municipalities. *Malaria Journal*, Londres, v. 10, n. 1, p. 1–9, 2011.

VIEIRA, F. S.; ZUCCHI, P. Aplicações diretas para aquisição de medicamentos no Sistema Único de Saúde. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 45, n. 5, p. 906–913, 2011.

_____. Financiamento da assistência farmacêutica no sistema único de saúde. *Saude soc*, São Paulo, v. 22, n. 1, p. 73–84, 2013.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). *The world medicines situation 2011: medicines prices, availability and affordability*. 3. ed. Geneva: WHO, 2011.

_____. *WHO Medicines Strategy 2008-2013 (Draft)*. Geneva: WHO, 2008.

_____. *WHO operational package for assessing, monitoring and evaluating country pharmaceutical situations: guide for coordinators and data collectors*. Geneva: WHO Press, 2007.

Recebido para publicação em março de 2013

Versão final em julho de 2014

Conflito de interesses: Karen Sarmento Costa é Coordenadora Geral de Assistência Farmacêutica Básica do Ministério da Saúde. Os demais autores não têm qualquer conflito de interesse.

Suporte financeiro: não houve