

Disponibilidade de medicamentos essenciais em duas regiões de Minas Gerais, Brasil

Augusto Afonso Guerra Jr.,¹ Francisco de Assis Acúrcio,^{2,3}
Carlos Alberto Pereira Gomes,⁴ Maria Miralles,⁵ Sábado Nicolau Girardi,³
Gustavo Azeredo Furquim Werneck³ e Cristiana Leite Carvalho³

Como citar

Guerra Jr AA, Acúrcio F de A, 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.

RESUMO

Objetivo. Avaliar a disponibilidade de medicamentos essenciais em localidades com índice de desenvolvimento humano < 0,699.

Métodos. Foram pesquisados 69 estabelecimentos, entre almoxarifados municipais, unidades ambulatoriais públicas, unidades privadas, unidades filantrópicas e farmácias comerciais. Foram entrevistados os profissionais de saúde diretamente responsáveis pelo controle dos estoques e dispensação dos medicamentos. Também foram consultados documentos e registros institucionais. Uma lista de 21 medicamentos essenciais traçadores, selecionados dentre aqueles mais utilizados no Programa Farmácia Básica do Estado de Minas Gerais, foi definida como parâmetro para as medidas de disponibilidade. Para cada medicamento traçador foi verificada a disponibilidade no momento da visita e ao longo dos 12 meses imediatamente anteriores à pesquisa de campo. Também foi calculada a disponibilidade de cada um dos medicamentos essenciais traçadores para cada tipo de estabelecimento incluído na pesquisa de campo.

Resultados. A disponibilidade de medicamentos essenciais nos almoxarifados municipais foi de 52,0%; nas unidades públicas de saúde, 46,9%; e nas unidades ambulatoriais filantrópicas e privadas, 41,0% e 38,1%, respectivamente. Nas farmácias privadas, a disponibilidade de medicamentos essenciais alcançou 81,2%.

Conclusão. Há baixa disponibilidade e descontinuidade na oferta de medicamentos essenciais no setor público, penalizando indivíduos vulneráveis. As farmácias privadas são a principal fonte de medicamentos essenciais. Os resultados indicam a necessidade de divulgar e implementar o conceito de essencialidade no país.

Palavras-chave

Acesso aos serviços de saúde, equidade, medicamentos essenciais, política de saúde.

¹ Centro Universitário Newton Paiva, Faculdade de Ciências Biológicas e da Saúde, Curso de Farmácia, Belo Horizonte (MG), Brasil. Correspondência e pedidos de separatas devem ser enviados a este autor no seguinte endereço: Rua Serravite 125, apto. 302, Floresta, CEP 30150-220, Belo Horizonte, MG, Brasil. Fax: +55-31-3372-4781; e-mail: augustoguerra@ig.com.br

² Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), Faculdade de Farmácia, Departamento de Farmácia Social, Belo Horizonte (MG), Brasil.

³ UFMG, Faculdade de Medicina, Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva.

A constituição federal brasileira (1), em seu artigo 196, estabeleceu que cabe ao Estado garantir, através de políticas, o acesso universal e igualitário

⁴ Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais, Fundação Ezequiel Dias, Belo Horizonte (MG), Brasil.

⁵ Management Sciences for Health, Washington (DC), Estados Unidos.

às ações e serviços para a promoção, proteção e recuperação da saúde. Mais tarde, a lei orgânica da saúde (2) explicitou a importância do acesso aos medicamentos, ao estabelecer que cabe ao Sistema Único de Saúde (SUS) a execução de ações de assistência terapêutica integral, inclusive farmacêutica. Contudo, observa-se que muito

ainda falta para garantir o efetivo acesso de todos os brasileiros à assistência farmacêutica.

A mudança no modelo de atenção à saúde, a partir da implantação do SUS, e a conseqüente transferência da gestão dos serviços de saúde para os municípios trouxeram à tona o cenário da desarticulação da assistência farmacêutica nos serviços de saúde (3, 4). Nesse cenário, os medicamentos dispensados à população não estão necessariamente de acordo com a relação nacional de medicamentos essenciais (RENAME) (5, 6); além disso, as boas práticas de armazenamento e dispensação de medicamentos praticamente inexitem, tanto no âmbito público como no privado (7). Tal situação diminui, em grande medida, a eficácia das ações governamentais no setor saúde (6). Entretanto, o Ministério da Saúde colocou em pauta no país a política nacional de medicamentos (PNM) a ser implementada pelos gestores do SUS nos três níveis de governo (6). Dentre as diretrizes e prioridades determinadas pela política, se destacam a adoção da RENAME e a reorientação da assistência farmacêutica, sendo premissa básica assegurar e promover o acesso da população a medicamentos seguros, eficazes e de qualidade, ao menor custo possível, inclusive no setor privado.

A adoção do conceito de medicamentos essenciais e a elaboração de listas prioritárias têm permitido desenvolver a consciência de que a seleção de um número maior de medicamentos não é necessariamente melhor e, principalmente, de que medicamentos novos não são necessariamente melhores (8). Os medicamentos essenciais se constituem em um dos elementos de melhor custo-benefício na atenção à saúde, sendo seu impacto potencial notável (9, 10). No Brasil, porém, a descontinuidade das políticas públicas e os longos períodos em que a RENAME ficou sem revisão parecem ter sido determinantes para a não consolidação do conceito de medicamento essencial, produzindo efeitos nefastos sobre o acesso da população a esses medicamentos.

Dados da Organização Mundial da Saúde (OMS) estimam que um terço da população mundial não tem acesso re-

gular aos medicamentos essenciais. Nas áreas mais pobres do Brasil e de outros países da América Latina, África e Ásia, os medicamentos são inacessíveis para mais de 50% da população (9, 11). Mesmo quando disponíveis, as fracas regulamentações existentes podem significar a presença de medicamentos de baixa qualidade e falsificados, ao invés de medicamentos seguros e efetivos (7). Outro grande problema de saúde pública é o uso irracional de medicamentos por pacientes e profissionais de saúde. E, num processo cíclico, os gastos inapropriados com medicamentos são, com frequência, uma das fontes de empobrecimento de populações já pouco favorecidas (11, 12). Além disso, o custo dos medicamentos utilizados para tratar algumas doenças surgidas mais recentemente, como a AIDS, é muito alto. Assim, a OMS passou a incluir, em sua definição de medicamento essencial, a acessibilidade em termos de custo, além da disponibilidade em doses e quantidades adequadas, contemplada já na definição original (9, 10, 13-15).

Levando em conta a premissa básica da PNM no Brasil — garantir aos cidadãos o acesso aos medicamentos essenciais — pode-se inferir que ter acesso aos medicamentos significa acesso geográfico (os produtos podem ser obtidos dentro de uma distância razoável), acesso imediato, ou disponibilidade contínua (os medicamentos estão prontamente disponíveis nos serviços de saúde) e acesso econômico (o usuário pode pagar por eles) (11). Esse tipo de disponibilidade é chamada de disponibilidade funcional, ou seja, os serviços e produtos estão disponíveis de acordo com as necessidades de saúde da população, de forma contínua e com volume adequado à demanda (16, 17). Assim, o objetivo do presente trabalho foi verificar a disponibilidade ou acessibilidade funcional aos medicamentos em duas regiões do Estado de Minas Gerais, no Brasil.

MATERIAIS E MÉTODOS

Um inquérito em instituições de saúde públicas, privadas e filantrópi-

cas localizadas em 19 municípios do Estado de Minas Gerais, Brasil, foi realizado utilizando-se metodologia originalmente desenhada para o desenvolvimento de estudos sobre acesso a medicamentos em países previamente selecionados, dentre os quais se incluía o Brasil (18). O estudo foi realizado no norte de Minas Gerais e no Vale do Rio Jequitinhonha. Essas áreas, subdivididas em microrregiões, abrigavam aproximadamente 12% da população estadual (2 085 079 habitantes) e apresentavam precárias condições socioeconômicas (19).

A seleção dos municípios participantes baseou-se nos seguintes critérios: 1) o índice de desenvolvimento humano (IDH) (20) da microrregião onde se localiza o município deveria ser inferior a 0,699, valor do IDH para o Estado de Minas Gerais em 1991; 2) o município deveria ser sede da microrregião selecionada; ou 3) deveria possuir pelo menos dois estabelecimentos elegíveis (ou seja, pertencentes aos setores público, privado ou filantrópico) em atividade no período do inquérito.

Para a realização do inquérito coletaram-se, inicialmente, informações cadastrais oficiais (21) sobre a presença, na região selecionada para o estudo, de unidades ambulatoriais de saúde onde deveriam estar disponíveis medicamentos essenciais para a população residente. A seguir, cada uma das unidades ambulatoriais foi contatada por telefone para verificar as informações e elaborar uma listagem completa dos estabelecimentos públicos, privados e filantrópicos por município. Quando havia mais de dois estabelecimentos de um determinado setor em funcionamento no município, a escolha foi aleatória. Nem todos os municípios selecionados possuíam unidades privadas ou filantrópicas. A amostra foi constituída por 91 estabelecimentos: 15 almoxarifados municipais, 21 unidades ambulatoriais públicas, 16 unidades privadas, 18 unidades filantrópicas e 21 farmácias comerciais.

Foi utilizado o método da estimativa rápida (22) para obtenção de informações. Os dados levantados por esse método são coletados a partir de três

fontes principais: nos registros escritos existentes; em entrevistas com informantes chave, utilizando roteiros ou questionários estruturados; e na observação ativa da área e instituições investigadas (23). Assim, foram entrevistados, nas diversas instituições participantes, profissionais de saúde que eram diretamente responsáveis pelo controle dos estoques e dispensação dos medicamentos. Também foram consultadas fontes secundárias (documentos e registros institucionais).

Para caracterizar a disponibilidade imediata e contínua dos medicamentos essenciais foram realizadas entrevistas com os responsáveis pelas unidades de saúde. Além disso, verificou-se o estoque e foram analisados documentos destinados aos registros de controle de estoque nos estabelecimentos visitados. Os dados secundários foram coletados utilizando formulários previamente elaborados.

Todos os pesquisadores foram treinados na aplicação dos instrumentos, previamente testados, a serem utilizados em campo. Os entrevistados foram informados a respeito dos objetivos da pesquisa e os instrumentos de coleta de dados foram aplicados somente em estabelecimentos nos quais os entrevistados assinaram um formulário de consentimento informado. No início da entrevista foi explicitado que as informações possuíam caráter confidencial e que todos os dados obtidos só seriam apresentados de forma agregada e sem a identificação do entrevistado e do estabelecimento.

Uma lista de 21 medicamentos essenciais traçadores foi definida como parâmetro para as medidas de disponibilidade. Esses medicamentos foram selecionados a partir de classes terapêuticas distintas dentre aqueles mais utilizados no Programa Farmácia Básica do Estado de Minas Gerais, que devem estar continuamente disponíveis nas unidades de saúde.

Para cada medicamento traçador foi verificada a disponibilidade no momento da visita (maio de 2001) e ao longo dos 12 meses (maio de 2000 a abril de 2001) imediatamente anteriores à pesquisa de campo. Não foi prevista, neste estudo, a avaliação de dis-

ponibilidade contínua (ao longo de 12 meses) em farmácias comerciais.

A disponibilidade de cada um dos medicamentos essenciais traçadores foi calculada, separadamente, para cada tipo de estabelecimento incluído na pesquisa de campo. O percentual de disponibilidade foi obtido a partir do número de estabelecimentos onde se pôde encontrar o produto. Além disso, foi calculado o número médio de medicamentos traçadores disponíveis naquele momento, observando-se, também, o tipo de estabelecimento avaliado. O percentual médio de disponibilidade do conjunto de traçadores foi obtido a partir da média dos valores de percentuais de disponibilidade para cada produto e tipo de estabelecimento. Não foi possível calcular o indicador originalmente proposto para avaliar a disponibilidade contínua (proporção de dias sem estoque dos medicamentos essenciais traçadores nos últimos 12 meses), pois na maior parte dos serviços estudados não havia registros de estoques de medicamentos para o período proposto. Alternativamente, para descrever essa situação, optou-se pela construção de outro indicador — o percentual mediano de estabelecimentos sem registro de estoques. Este indicador foi calculado da seguinte forma: obteve-se o percentual de estabelecimentos que não possuíam registros de estoque para cada medicamento traçador e para cada mês do período pesquisado; calculou-se mês a mês a mediana dos percentuais obtidos, considerando o conjunto dos medicamentos traçadores.

Os dados quantitativos obtidos nos inquéritos foram organizados em tabelas de distribuição de frequências e gráficos. Os programas utilizados para análise foram o Epi Info 2000 e o Microsoft Excel® 2000 (24, 25).

RESULTADOS

O inquérito foi efetivamente realizado em 69 dos 91 estabelecimentos inicialmente selecionados. Todos os estabelecimentos selecionados foram visitados durante o trabalho de campo. No entanto, 22 desses não foram pes-

quisados pelos seguintes motivos: a) em nove unidades não havia, de fato, a prática de dispensação ambulatorial de medicamentos, apesar de o contrário ter sido informado na pesquisa telefônica; b) em oito unidades não foi possível obter as informações solicitadas porque a pessoa responsável pelos dados requeridos não foi encontrada ou porque não havia registros suficientes no local; c) cinco unidades selecionadas não se enquadravam no perfil previamente estabelecido, como, por exemplo, unidades localizadas em hospitais que atendiam apenas retornos de pacientes anteriormente internados naquele serviço.

A tabela 1 apresenta os indicadores de disponibilidade dos medicamentos essenciais traçadores no momento da entrevista, segundo o tipo de unidade pesquisada. A disponibilidade observada nos serviços investigados, para o conjunto de traçadores, foi próxima ou inferior a 50%, excetuando-se as farmácias comerciais privadas. O menor número médio de medicamentos essenciais traçadores foi encontrado nas unidades ambulatoriais privadas, com oito itens disponíveis (38,1%). Nas unidades filantrópicas a situação não foi muito diferente, tendo sido encontrados 8,6 itens simultaneamente (41,0%). As farmácias comerciais apresentaram a maior disponibilidade, com 17 itens disponíveis (81,2%). A disponibilidade média percentual nos almoxarifados públicos municipais foi de 52,0% do conjunto de medicamentos traçadores, e nas unidades públicas de saúde, de 46,9%. A associação isoniazida + rifampicina, utilizada na terapêutica da tuberculose, apresentava-se muito pouco disponível nas unidades ambulatoriais públicas (28,6%) e nos almoxarifados municipais (21,4%), estando indisponível nas unidades privadas e filantrópicas.

A fim de analisar a disponibilidade contínua dos medicamentos essenciais foram verificados os registros de estoque sobre consumo histórico e faltas de medicamentos. Constatou-se inadequação, tanto no setor público quanto no privado, da etapa de programação no ciclo da assistência farmacêutica, dados os altos percentuais de ausência

TABELA 1. Disponibilidade de medicamentos essenciais no Estado de Minas Gerais, Brasil, 2000 e 2001

Medicamentos traçadores	Disponibilidade (%) ^a				
	Almoxarifado público (n = 14)	Unidade pública (n = 14)	Unidade filantrópica (n = 13)	Unidade privada (n = 7)	Farmácia comercial (n = 21)
AAS comprimido 100 mg	50,0	42,9	69,2	71,4	100,0
Amoxicilina cápsulas 500 mg	14,3	35,7	38,5	42,9	100,0
Amoxicilina suspensão 50 mg/mL	35,7	35,7	61,5	14,3	100,0
Benzilpenicilina benzatina f/a 1 200 000 UI	57,1	42,9	69,2	71,4	90,5
Captopril comprimidos 25 mg	64,3	57,1	53,9	71,4	95,2
Cimetidina comprimidos 200 mg	71,4	57,1	46,2	57,1	100,0
Diazepam comprimidos 10 mg	78,6	50,0	53,9	100,0	90,5
Eritromicina comprimidos 500 mg	35,7	42,9	15,4	14,3	100,0
Eritromicina suspensão oral 25 mg/mL	78,6	57,1	15,4	0,0	76,2
Glibenclamida comprimidos 5 mg	28,6	21,4	46,2	28,6	80,9
Hidroclorotiazida comprimidos 50 mg	57,1	57,1	53,9	71,4	100,0
Isoniazida + rifampicina cápsulas 200 + 300 mg	21,4	28,6	0,0	0,0	4,8
Mebendazol suspensão oral 20 mg/mL	50,0	50,0	30,8	14,3	95,2
Metronidazol comprimidos 250 mg	42,9	50,0	15,4	14,3	23,8
Paracetamol solução oral 100 mg/mL	28,6	35,7	23,1	57,1	85,7
Preservativos masculinos (unidade)	28,6	21,4	15,4	0,0	90,5
Propranolol comprimidos 40 mg	64,3	50,0	53,9	57,1	100,0
Sais de reidratação oral (envelope)	92,9	71,4	53,9	14,3	90,5
Salbutamol solução oral 2 mg/5 mL	85,7	71,4	61,5	42,9	90,5
Sulfametoxazol + trimetoprima comprimidos 400 + 80 mg	85,7	71,4	69,2	57,1	90,5
Vacina anti-sarampo	21,4	35,7	15,4	0,0	0,0
Número médio de traçadores disponíveis ^b	10,9	9,9	8,6	8,0	17,0
Percentual médio de disponibilidade do conjunto de traçadores ^c	52,0	46,9	41,0	38,1	81,2

^a A disponibilidade de cada medicamento essencial traçador foi calculada, separadamente, para cada tipo de estabelecimento. O percentual de disponibilidade foi obtido a partir do número de estabelecimentos onde se pôde encontrar o produto.

^b Foi calculado o número médio de medicamentos traçadores disponíveis simultaneamente (dentre os 21 produtos investigados) no momento da pesquisa, observando-se, também, o tipo de estabelecimento.

^c O percentual médio de disponibilidade do conjunto de traçadores foi obtido a partir da média dos percentuais de disponibilidade de cada coluna da tabela.

de registros nos estabelecimentos visitados, conforme se observa na figura 1.

DISCUSSÃO

A baixa disponibilidade de medicamentos essenciais nas unidades do setor privado e filantrópico não surpreende, pois a maioria de seus ambulatórios fornece somente a prescrição médica sem dispensação, encaminhando os pacientes às farmácias privadas ou públicas para obter os medicamentos prescritos. Entretanto, a baixa disponibilidade dos medicamentos essenciais no setor público é preocupante.

A maior concentração de medicamentos essenciais observada nos almoxarifados municipais pode ser devida ao fato de que, em muitos municípios, eles funcionam como centros de dispensação de medicamentos. Por outro lado, isso pode também ser re-

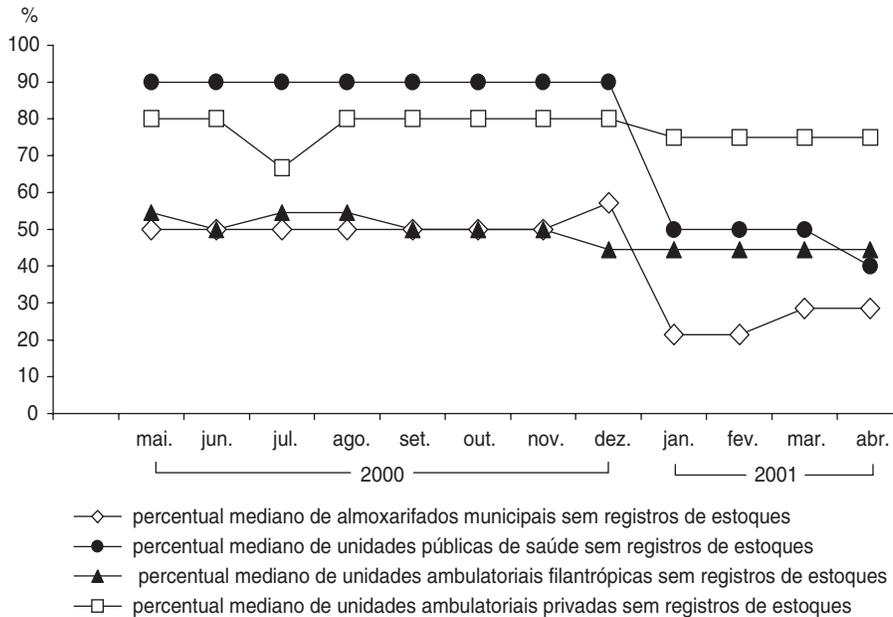
sultado de um sistema de distribuição ineficiente, ou seja, não estaria ocorrendo o suprimento de medicamentos às unidades de saúde em quantidades, frequência e tempo oportunos, em virtude da ausência de sistemas eficientes de registro e controle (26, 27). Essa situação pode estar contribuindo para a redução do acesso aos medicamentos essenciais, uma vez que, para obter os medicamentos, os indivíduos teriam de se deslocar para locais diferentes daqueles onde obtêm a atenção médica.

Com relação à baixa disponibilidade dos medicamentos essenciais utilizados na terapêutica da tuberculose, constatou-se que, na época do estudo, a distribuição desse produto ainda era de responsabilidade do gestor estadual, provavelmente devido à quase inexistente infra-estrutura e capacidade técnica dos municípios para executar as etapas do ciclo logístico da

assistência farmacêutica. Ademais, a dispensação dos medicamentos de programas especiais (como é o caso da tuberculose) é prejudicada pela circunstância de ser realizada, em grande parte, nos próprios almoxarifados regionais da Secretaria de Estado da Saúde, sem a participação de profissionais farmacêuticos, restringindo-se apenas ao fornecimento dos medicamentos aos pacientes cadastrados, o que justificaria, em parte, a baixa disponibilidade desses produtos nos serviços municipais.

A baixa disponibilidade da glibenclamida verificada em unidades públicas de saúde (21,4%) aponta para a necessidade premente de reavaliação do programa de combate ao diabetes organizado pelo Ministério da Saúde, responsável pela aquisição e distribuição desse produto diretamente às secretarias estaduais de saúde que, por sua vez, são responsáveis pela progra-

FIGURA 1. Comparação da ausência de registros sobre estoque de medicamentos essenciais nos serviços pesquisados, Estado de Minas Gerais, Brasil, maio de 2000 a abril de 2001



mação e distribuição aos municípios. Porém, como a maioria dos serviços estudados não mantinha registros adequados sobre demanda atendida, sobre demanda não atendida e sobre controle de estoques, a programação resulta inadequada, tendo como consequência a redução da efetividade desse programa de saúde.

Também é preocupante nas unidades públicas de saúde a baixa disponibilidade de produtos essenciais como preservativos, vacina anti-sarampo, amoxicilina em cápsulas, amoxicilina em suspensão oral e paracetamol em solução oral. Tais produtos, com exceção da vacina anti-sarampo e dos tuberculostáticos (distribuídos a partir dos almoxarifados regionais pelo gestor estadual), estão plenamente disponíveis nas farmácias comerciais privadas da região para aqueles indivíduos que possuam recursos financeiros para adquiri-los. Enfim, a baixa disponibilidade de medicamentos essenciais nas unidades públicas de saúde penaliza predominantemente os indivíduos mais vulneráveis, os de menor renda, que geralmente dependem da obten-

ção gratuita de medicamentos pelo setor público como única alternativa de tratamento. Em estudo realizado na África subsaariana, Vogel e Stephens (28) constataram que as missões religiosas, as organizações não-governamentais e o setor privado são mais bem-sucedidos do que o setor público em obter e distribuir medicamentos, entre outras razões porque este setor operaria sob restrições, bloqueado pela burocracia.

Os resultados obtidos no presente estudo evidenciaram que a principal fonte de medicamentos essenciais traçadores para a população da região estudada é a farmácia comunitária privada (81,2%). Inquéritos semelhantes realizados em Camboja, Tanzânia, Senegal, Índia, Gana e El Salvador, no ano de 2001, obtiveram resultados semelhantes em quatro dos países avaliados, ou seja, uma maior disponibilidade de medicamentos essenciais nas farmácias privadas. Nos outros dois países (Gana e El Salvador), a disponibilidade nesses estabelecimentos era semelhante à observada no setor público. Em El Salvador, por exemplo, a

disponibilidade média foi de 74,0% em farmácias privadas e de 77,0% nas unidades públicas de saúde (18). Apesar do papel fundamental exercido pelo setor privado no que concerne à distribuição, por meio da extensa rede de farmácias privadas, dos medicamentos para a população, praticamente inexistente articulação e qualificação dos serviços prestados pela rede de distribuição/dispensação privada para os pacientes do SUS. A OMS (29) estimou que, em países em desenvolvimento, de 50 a 90% dos medicamentos utilizados pelos pacientes são adquiridos diretamente nos serviços privados. O desafio, apontado pela própria OMS, é o de reduzir a ampla prescrição, dispensação e consumo irracional de medicamentos, que ocorrem especialmente no setor privado, dado o interesse financeiro que recai sobre as vendas de medicamentos.

Apesar da maior disponibilidade média de medicamentos em farmácias privadas, os dados obtidos neste estudo indicam que o setor filantrópico contribui para o acesso aos medicamentos essenciais para a população residente na região, embora com uma participação menos relevante do que a do setor público. É importante ressaltar que, embora caiba ao Estado a distribuição de medicamentos essenciais, a demanda por esses medicamentos junto aos setores privado e filantrópico é justificada, pelo menos em parte, pela baixa disponibilidade desses produtos no setor público.

Nas unidades ambulatoriais privadas, a disponibilidade média de medicamentos traçadores foi ainda menor. Isso pode estar relacionado ao fato de que nesses locais não é rotineira a prática de dispensação de medicamentos no âmbito ambulatorial, o que também pode ser verificado em várias unidades filantrópicas. O mais comum é que o paciente, de posse da prescrição médica, procure obter seus medicamentos em farmácias privadas. Chama a atenção, porém, a alta disponibilidade de alguns medicamentos, como diazepam, captopril, hidroclorotiazida e cimetidina, em oposição à baixa disponibilidade de outros, importantes para doenças prevalentes na região,

como mebendazol e sais de reidratação. A constatação não deve surpreender, já que os dois últimos produtos estariam relacionados a doenças características de classes sociais menos favorecidas, que não pertencem ao escopo de ação do setor privado. Já os medicamentos com maior disponibilidade se inserem na terapêutica de doenças prevalentes em todas as classes sociais, estando, portanto, relacionados às necessidades de saúde do público-alvo do setor privado.

Com relação aos altos percentuais de ausência de registros sobre os níveis de estoque dos medicamentos traçadores nos estabelecimentos visitados (figura 1), duas hipóteses podem ser levantadas. A primeira seria de que alguns dos serviços pesquisados não teriam liberado efetivamente os registros solicitados, mesmo após a apresentação das credenciais dos pesquisadores. A segunda hipótese, mais provável, refere-se à precariedade do sistema de informações para alimentar o processo gerencial de suprimento de medicamentos. Assim, a programação estaria sendo realizada apenas com dados do perfil epidemiológico da população. Utilizado isoladamente, esse método apresenta como desvantagem uma baixa eficiência do sistema de programação de estoques de medicamentos. Este problema decorre, muitas vezes, da falta de confiabilidade dos registros epidemiológicos (27). Dupim (26) relata que a ausência de programação gera, como reflexo imediato, a indisponibilidade de alguns produtos e o excesso de outros. A baixa disponibilidade de muitos itens essenciais nos serviços estudados pode ser indicativa da ausência, incipiência ou inadequação da atividade de programação.

No presente estudo, ao se analisar a figura 1, verifica-se uma melhoria nos registros de estocagem para as unidades públicas de saúde e almoxarifados municipais a partir de janeiro de 2001. Isso poderia estar ligado à mudança de gestão devido às eleições municipais. A posse dos novos administradores naquele mês encerrou a descontinuidade administrativa decorrente do processo de transição eleitoral, o que explica, em parte, uma queda tão acen-

tuada no indicador a partir de então. Tal hipótese é reforçada ao se analisarem os dados do setor privado e filantrópico, onde não se constata alterações tão significativas como as observadas no setor público.

Chama ainda a atenção o alto percentual de ausência de registros em unidades ambulatoriais privadas (em torno de 80%) ou mesmo nas filantrópicas (em torno de 50%), o que contraria a expectativa de eficiência do setor privado (28). Entretanto, esses setores operam com gerenciamento diário de estoques, adquirindo produtos cotidianamente na rede varejista, o que pode tornar o registro de estoque supérfluo, mas, por outro lado, pode elevar substancialmente o custo dos medicamentos em comparação com um sistema organizado de programação onde os medicamentos são adquiridos junto a fornecedores atacadistas, ou diretamente dos laboratórios fabricantes.

Com o propósito de assegurar a disponibilidade de medicamentos, observa-se, em muitos países, a existência de articulação entre os serviços farmacêuticos prestados pelo setor privado e os sistemas públicos de saúde, segundo diferentes modelos (30). Um dos fatores críticos apontados pela OMS (11) é, justamente, o desenvolvimento de sistemas confiáveis de distribuição de medicamentos. A OMS sugere um *mix* de serviços de distribuição públicos e privados, visando a assegurar o fornecimento de medicamentos essenciais (11).

Existem muitas diferenças entre os países em desenvolvimento e os desenvolvidos no que concerne ao acesso aos produtos e serviços de saúde (11, 12, 14, 31). A despeito dessas diferenças, e da complexidade que envolve o assunto, a implementação de uma nova regulamentação para o setor farmacêutico brasileiro poderia produzir impacto positivo sobre a disponibilidade e acessibilidade econômica dos medicamentos no Brasil. Especificamente, tal regulamentação deveria incluir: 1) a criação de um sistema de subsídios cruzados para regiões periféricas e zonas com baixo interesse comercial; 2) a redução significativa dos impostos sobre produtos farmacêuticos, atual-

mente tributados pelos estados com alíquotas que variam de 0 a 18%, sem contar os impostos federais; 3) a qualificação das farmácias privadas como estabelecimentos de saúde com rígido controle sanitário e controle sobre o número de estabelecimentos em funcionamento no país; e 4) a propriedade exclusiva de farmácias para farmacêuticos, com a exigência de boas práticas de dispensação, integração de cadastros de pacientes com o SUS e execução de serviços de orientação e educação sanitária aos pacientes.

Outra estratégia poderia ser a criação de farmácias comunitárias distritais públicas, especificamente desenhadas para atender às demandas do SUS, com vistas a suprir medicamentos essenciais e drogas utilizadas para o tratamento de doenças raras, promover o uso e a prescrição racional dentro do sistema público de saúde e subsidiar estudos de farmacovigilância, farmacoepidemiologia e farmacoeconomia, para aprimorar os critérios de seleção de medicamentos essenciais utilizados nesses serviços.

CONCLUSÕES

Apesar de terem sido encontrados medicamentos essenciais nas unidades do SUS pesquisadas, o acesso a esses recursos terapêuticos foi prejudicado pela baixa disponibilidade e descontinuidade da oferta destes produtos. De acordo com a expectativa, a disponibilidade foi maior nas farmácias privadas para todos os medicamentos traçadores, com exceção daqueles que vêm sendo tradicionalmente distribuídos pelo setor público, como vacinas e outros medicamentos de programas especiais, como o da tuberculose.

O Brasil foi pioneiro em relação à criação de políticas públicas para medicamentos essenciais. Contudo, os resultados deste trabalho apontam para a necessidade da adoção de estratégias que visem não só a divulgar o conceito de medicamento essencial e de essencialidade, mas também a implementar o conceito de forma efetiva, em todo o país, a fim de que se possa racionalizar os recursos públicos e garantir a

disponibilidade de um maior número de medicamentos essenciais para a população.

Em contraposição aos problemas detectados, pode-se concluir que existem programas e políticas bem-sucedidos, como o programa de imunização. Constatou-se que o SUS (setor público) mantém forte predominância, quando não a exclusividade, na distribuição de certos medicamentos. Esse fato pode ser preocupante em situação de desabastecimento, uma vez que não há alternativa de aquisição no setor privado.

Foi possível verificar que a implantação do SUS e a conseqüente municipalização da assistência farmacêutica não foram acompanhadas de articulação entre os diversos níveis de gestão do sistema. O que se observou, em termos gerais, foi a desorganização dos serviços públicos, filantrópicos e privados no que se refere à implemen-

tação do ciclo logístico da assistência farmacêutica.

É importante compreender que garantir acesso significa pensar em todas as dimensões desse acesso, o que equivale a dizer que não basta haver disponibilidade. Os medicamentos precisam ser prescritos e utilizados de forma racional, precisam ser economicamente acessíveis e apresentar o padrão de qualidade adequado. As políticas públicas, em especial a política nacional de medicamentos, devem buscar a articulação e o aperfeiçoamento das instituições públicas e privadas envolvidas com a distribuição de medicamentos. Não se pode, também, perder de vista a necessidade premente de formulação de normas e a adequação da legislação vigente, de forma a transformar o ato de comercialização e consumo de medicamentos em práticas efetivamente integra-

das ao contexto dos serviços de saúde, evitando assim a mercantilização pura e simples desses produtos essenciais à qualidade da saúde da população.

Agradecimentos. Os autores agradecem a todos os profissionais envolvidos no trabalho de campo, e às seguintes instituições: *Management Sciences for Health*, Fundação Gates, pelo apoio financeiro e técnico que motivou a realização do estudo; Gerência Técnica de Assistência Farmacêutica do Ministério da Saúde, Agência Nacional de Vigilância Sanitária e Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais, pela colaboração técnica e viabilização do acesso aos dados do setor público; e Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Minas Gerais, pela realização do processo de pesquisa.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Constituição Federal de 1988. Diário Oficial da União 1988 outubro 5:1 (anexos, col. 1).
2. Brasil. Lei nº 8.080 (Lei Orgânica da Saúde). Diário Oficial da União 1990 setembro 20: 018055 (col. 1).
3. Cosendey MAE, Bermúdez JAZ, Reis ALA. Assistência farmacêutica na atenção básica de saúde: a experiência de três estados brasileiros. *Cad Saude Publica*. 2000;16(1):171-82.
4. Adames LAB. Medicamentos essenciais: gestão nos serviços públicos de saúde fundamentada no quadro nosológico. *Divulg Saude Debate*. 1997;18(1):34-42.
5. Brasil, Ministério da Saúde. Relação Nacional de Medicamentos Essenciais. 3ª ed. Brasília: Ministério da Saúde/Secretaria de Políticas de Saúde/Departamento de Atenção Básica/Gerência Técnica de Assistência Farmacêutica; 2002.
6. Brasil. Portaria nº 3.916. Diário Oficial da União 1998 novembro 10:18 (s. 1, n. 215-E).
7. Guerra JR AA, Silva SS, Castro U. Estudo sobre falsificação de medicamentos no Brasil [monografia de especialização]. Brasília: Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília; 2000.
8. Weerasuriya K, Brudon P. Essential drugs concept needs better implementation. *Essential Drugs Monitor*. 1998;25/26:32-33. Disponível em http://www.who.int/medicines/library/monitor/EDM2526_en.pdf. Acessado em dezembro de 2003.
9. Quick JD, Hogerzeil HV, Velásquez G, Rago L. Twenty-five years of essential medicines. *Bull World Health Organ*. 2002;80(11):913-4.
10. Laing R, Waning B, Gray A, Ford N, 't Hoen E. 25 Years of the WHO essential medicines lists: progress and challenges. *Lancet*. 2003; 361(9370):1723-9.
11. World Health Organization. WHO medicines strategy: framework for action in essential drugs and medicines policy 2000-2003. Genebra: WHO; 2000.
12. Rojo P. El acceso a los medicamentos esenciales en los países pobres. *Gac Sanit*. 2001;15(6): 540-5.
13. Guerra Jr AA, Acúrcio FA. Acesso aos medicamentos no Brasil. Em: Acúrcio FA, org. *Medicamentos e assistência farmacêutica*. Belo Horizonte: Coopmed; 2003. Pp. 115-7.
14. Fleck F. No deal in sight on cheap drugs for poor countries. *Bull World Health Organ*. 2003;81(4):307-8.
15. World Health Organization. WHO essential drugs and medicines policy. Genebra: WHO; 2001. Disponível em: <http://www.who.int/medicines/default.shtml>. Acessado em dezembro de 2003.
16. World Health Organization. Primary health care: report of the International Conference on Primary Health Care, September 1978, Alma Ata, Kazakhstan, former USSR. Genebra: WHO; 1979.
17. Panchansky R, Thomas JW. The concept of access: definition and relationship to consumer satisfaction. *Med Care*. 1981;19(2):127-41.
18. Management Sciences For Health. Targeting improved access. SEAM Conference 2001. Washington (DC): MSH, 2001. Disponível em: <http://www.msh.org/seam/conference>
19. Estado de Minas Gerais. Divisões territoriais adotadas pela administração pública do Estado de Minas Gerais. Belo Horizonte: Secretaria de Estado do Planejamento e Coordenação Geral/Superintendência Central de Planejamento Institucional; 2000.
20. Desenvolvimento humano e condições de vida: indicadores brasileiros. Brasília: Programa das Nações Unidas de Desenvolvimento/Instituto de Pesquisas Econômicas e Aplicadas/Fundação João Pinheiro/Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; 1998.
21. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa assistência médico-sanitária (AMS). Brasília: IBGE; 1999. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/ams/amsopcao.htm>. Acessado em janeiro de 2004.
22. Annett H, Rifkin S. Guidelines for rapid participatory appraisals to assess community health needs. A focus on health improvements for low-income urban and rural areas. Genebra: World Health Organization; 1995. (WHO/SHS/DHS/95.8).
23. Acúrcio FA, Santos MA, Ferreira SMG. A aplicação da técnica da estimativa rápida no processo de planejamento local. Em: Mendes EV, org. *A organização da saúde no nível local*. São Paulo: Hucitec; 1998. Pp. 87-110.
24. Dean JG, Dean JA, Coulombier D, Brendel KA, Smith DC, Burton AH, et al. Epi Info 2000, version 1.0.5: a word processing database and statistics program for epidemiology on IBM compatible computers for Windows®

- 95,98, NT[®] and 2000. Atlanta, Georgia: Centers for Disease Control and Prevention; 2000.
25. Microsoft Corporation. Microsoft Excel 2000, versão 9.0.2812. Redmond, Washington: Microsoft Corporation; 2000.
26. Dupim JAA. Assistência farmacêutica: um modelo de organização. Belo Horizonte: Editora Segrac; 1999.
27. Brasil, Ministério da Saúde. Assistência farmacêutica: instruções técnicas para sua organização. Brasília: Ministério da Saúde/Secretaria de Políticas de Saúde/Departamento de Atenção Básica/Gerência Técnica de Assistência Farmacêutica; 2001.
28. Vogel RJ, Stephens B. Availability of pharmaceuticals in sub-Saharan Africa: roles of the public, private and church mission sectors. *Soc Sci Med.* 1989;29(4):479-86.
29. World Health Organization. The rationale of essential drugs: access, quality and rational use of medicines and essential drugs. Geneva: WHO; 2000. Disponível em: <http://www.who.int/medicines/rationale.shtml>. Acessado em janeiro de 2004.
30. Organización Mundial de la Salud. Funciones públicas y privadas en el sector farmacéutico: consecuencias para el acceso equitativo y el uso racional de los medicamentos. Ginebra: OMS; 1997. (Serie Economía de la Salud y Medicamentos — EDM N° 5. WHO/DAP/97.12).
31. Ahmad K. Access denied to essential medicines in developing world. *Lancet Infect Dis.* 2002;2(12):711.

Manuscrito recebido em 27 de fevereiro de 2003. Aceito em versão revisada em 1 de outubro de 2003.

ABSTRACT

Availability of essential drugs in two regions of Minas Gerais, Brazil

Objective. To investigate the availability of essential drugs in municipalities with a human development index < 0.699.

Methods. We surveyed 69 institutions, including municipal pharmacies, public clinics, private and philanthropic health units, and commercial pharmacies, in 19 municipalities of the state of Minas Gerais, Brazil. The municipalities were chosen according to the following selection criteria: (1) a human development index (HDI) < 0.699 (the HDI for the entire state of Minas Gerais in 1991) in the microregion where the municipality was located; (2) the municipality had to be the seat of government for the microregion where it was located; (3) there had to be at least two eligible institutions (belonging to the public, private, or philanthropic sectors) in full functioning in the municipality during the survey period.

Health professionals who were directly responsible for stock control and drug dispensation at the institutions surveyed were interviewed. Institutional documents and records were also reviewed. A list of 21 tracer essential drugs, which were selected among the drugs most widely employed in the State of Minas Gerais' Basic Pharmacy Program, was used to measure availability. The availability of each tracer drug was calculated at the time of the site visit and for the 12-month period immediately before the survey. In addition, the availability of tracer drugs was calculated for each type of institution surveyed.

Results. The availability of essential drugs in municipal pharmacies was 52.0%; in public health clinics, 46.9%; and in philanthropic and private health units, 41.0% and 38.1%, respectively. In commercial pharmacies, the availability of essential drugs reached 81.2%.

Conclusion. The availability of essential drugs in public facilities is low and varies widely, with the result that persons who need such drugs the most are often those who lack access to them. Private pharmacies are the main source of essential drugs. The results of this study point to the need to seek increased awareness and implementation of the concept of essential drugs throughout the country.