

Caracterização da seleção de medicamentos para a atenção primária no Brasil

Margô Gomes de Oliveira Karnikowski^I, Dayani Galato^I, Micheline Marie Milward de Azevedo Meiners^I, Emília Vitória da Silva^I, Letícia Farias Gerlack^{II}, Ângelo José Gonçalves Bós^{III}, Silvana Nair Leite^{IV}, Juliana Álvares^V, Ione Aquemi Guibu^{VI}, Orlando Mario Soeiro^{VII}, Karen Sarmento Costa^{VIII,IX,X}, Ediná Alves Costa^{XI}, Augusto Afonso Guerra Junior^{IV}, Francisco de Assis Acurcio^V

^I Curso de Farmácia. Faculdade de Ceilândia. Universidade de Brasília. Brasília, DF, Brasil

^{II} Programa de Pós-graduação em Ciências e Tecnologias em Saúde. Faculdade de Ceilândia. Universidade de Brasília. Brasília, DF, Brasil

^{III} Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, RS, Brasil

^{IV} Departamento de Ciências Farmacêuticas. Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, SC, Brasil

^V Departamento de Farmácia Social. Faculdade de Farmácia. Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte, MG, Brasil

^{VI} Departamento de Saúde Coletiva. Faculdade de Ciências Médicas. Santa Casa de São Paulo. São Paulo, SP, Brasil

^{VII} Faculdade de Ciências Farmacêuticas. Pontifícia Universidade Católica de Campinas. Campinas, SP, Brasil

^{VIII} Núcleo de Estudos de Políticas Públicas. Universidade Estadual de Campinas. Campinas, SP, Brasil

^{IX} Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. Departamento de Saúde Coletiva. Faculdade de Ciências Médicas. Universidade Estadual de Campinas. Campinas, SP, Brasil

^X Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia. Faculdade de Medicina. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, RS, Brasil

^{XI} Instituto de Saúde Coletiva. Universidade Federal da Bahia. Salvador, BA, Brasil

RESUMO

OBJETIVO: Caracterizar o processo de seleção de medicamentos na atenção primária à saúde, nas regiões brasileiras.

MÉTODOS: Artigo integrante da Pesquisa Nacional sobre Acesso, Utilização e Promoção do Uso Racional de Medicamentos – Serviços 2015, um estudo transversal que envolveu o levantamento de informações numa amostra de municípios das cinco regiões do Brasil. Os dados utilizados foram coletados por meio de entrevistas com os responsáveis pela assistência farmacêutica (n = 506), profissionais que realizam a dispensação de medicamentos (n = 1.139) e médicos (n = 1.558). Para avaliar a diferença entre as proporções foi adotado o teste do qui-quadrado para amostras complexas. As diferenças entre as médias foram analisadas em modelos lineares generalizados, com teste F com correção de Bonferroni para comparações múltiplas. Foram significativas as análises com valores de $p \leq 0,05$.

RESULTADOS: Os responsáveis da assistência farmacêutica relataram não haver Comissão de Farmácia e Terapêutica formalmente constituída (12,5%). Eles afirmaram possuir uma Lista de Medicamentos Essenciais (85,3%) atualizada (80,4%), e serem participantes deste processo (88,2%). Contudo, na percepção dos entrevistados a Lista atende apenas parcialmente (70,1%) as demandas de saúde. Dos profissionais que realizam a dispensação de medicamentos entrevistados, apenas 16,6% eram farmacêuticos, mesmo assim, 47,8% referiram conhecer os procedimentos para mudança da lista. Na perspectiva da maior parte desses profissionais (70,9%), a lista atende as demandas de saúde do município. Dentre os médicos apenas 27,2% declararam ter conhecimento dos procedimentos para mudança da lista, mas 76,5% teriam alguma reivindicação de alteração. A maior parte reporta que baseia suas reivindicações em experiências clínicas (80,0%); para 13,0% deles, a lista atende às demandas de saúde.

CONCLUSÕES: Por tratar-se da primeira pesquisa nacional de caracterização do processo de seleção de medicamentos no âmbito da atenção primária à saúde, traz dados inéditos para a avaliação das políticas relacionadas com medicamentos no Brasil.

DESCRITORES: Medicamentos Essenciais, classificação. Comitê de Farmácia e Terapêutica. Assistência Farmacêutica. Política Nacional de Assistência Farmacêutica. Atenção Primária à Saúde. Pesquisa sobre Serviços de Saúde. Sistema Único de Saúde.

Correspondência:

Margô Gomes de Oliveira
Karnikowski
Faculdade de Ceilândia –
Universidade de Brasília
Campus Universitário, Centro
Metropolitano 1, Conjunto A
Prédio Unidade de Ensino e Doc
72.220-275 Brasília, DF, Brasil
E-mail: margounb@gmail.com

Recebido: 31 mar 2016

Aprovado: 30 jan 2017

Como citar: Karnikowski MGO, Galato D, Meiners MMMA, Silva EV, Gerlack LF, Bós AJG, et al. Caracterização da seleção de medicamentos para a atenção primária no Brasil. Rev Saude Publica 2017;51 Supl 2:9s.

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



INTRODUÇÃO

A seleção de medicamentos se constitui eixo orientador para as ações de planejamento e de organização da assistência farmacêutica⁶. Se bem conduzida, proporciona ganhos econômicos para o Sistema Único de Saúde (SUS), bem como para o acesso a medicamentos eficazes, seguros e custo-efetivo para os usuários do sistema⁶. Entretanto, no Brasil, se observam fragilidades e barreiras no processo de seleção, representando etapas críticas para a efetivação do acesso e do uso racional de medicamentos pela população³.

Para que ocorra de forma adequada, a seleção deve cumprir alguns requisitos, como a implantação da Comissão de Farmácia e Terapêutica (CFT), cuja responsabilidade é a condução técnica, política e administrativa do processo⁴. O principal produto desse processo é uma lista de medicamentos essenciais (LME), da qual deveriam derivar o formulário terapêutico e diretrizes clínicas. A LME, com base em uma perspectiva epidemiológica, deve conter medicamentos prioritários para a saúde pública, sendo eficazes, seguros e de qualidade assegurada, prescritos e usados racionalmente¹¹.

A seleção tem o potencial de produzir resultados que orientam tanto condutas clínicas, quanto atividades gerenciais relacionadas aos medicamentos disponibilizados pelo SUS¹¹. Para tanto, o processo de seleção deve implicar a articulação entre diferentes atores, principalmente gestores e profissionais da saúde, tanto em nível nacional, quanto local³.

De acordo com a Política Nacional de Medicamentos⁷ (PNM), a existência de uma Relação Nacional de Medicamentos (Rename) não exime a responsabilidade dos estados e municípios e Distrito Federal gerirem suas próprias listas. Portanto, a seleção de medicamentos em nível local exige dos gestores a definição de prioridades e alocação eficaz de recursos humanos e financeiros, no sentido de fortalecer e qualificar a descentralização da gestão⁴.

O Brasil criou a sua primeira LME há mais de 50 anos e o Ministério da Saúde investiu na elaboração e publicação de Rename sequenciais entre 2002 e 2014, bem como na reorientação da qualificação da assistência farmacêutica⁹. Apesar disso, ainda são muitos os desafios em relação à seleção de medicamentos no país³.

Marques e Zucchi⁵, por exemplo, citam que há poucas publicações divulgando a existência de CFT em serviços ambulatoriais e hospitalares do SUS. Em outra pesquisa de âmbito nacional, intitulada “Fala Essencial”, em que os gestores da AF discutem sua percepção sobre o processo de seleção de medicamentos, dos 20 locais visitados, apenas dois estados e cinco municípios possuíam LME³, em contradição à PNM⁷.

Assim, são escassos os estudos que tratam de seleção de medicamentos, no Brasil, e estes vêm identificando a ausência de adoção de LME nos municípios e Distrito Federal, a inexpressiva normatização das CFT e os baixos índices de utilização de formulários terapêuticos e protocolos clínicos na atenção primária^{3,5,10,11}.

A Pesquisa Nacional sobre Acesso, Utilização e Promoção do Uso Racional de Medicamentos (PNAUM) – Serviços 2015 teve como objetivo caracterizar a organização dos serviços de assistência farmacêutica na atenção primária do SUS, com vistas ao acesso e a promoção do uso racional de medicamentos, bem como identificar e discutir os fatores que interferem na consolidação da assistência farmacêutica no âmbito municipal.

O presente artigo integra a PNAUM – Serviços e teve como objetivo caracterizar o processo de seleção na atenção primária à saúde nas regiões brasileiras.

MÉTODOS

A PNAUM – Serviços caracteriza-se como um estudo transversal, exploratório, de natureza avaliativa, que envolveu o levantamento de informações numa amostra de municípios e

Distrito Federal, representativa para as cinco regiões do Brasil. Várias populações de estudo foram consideradas no plano de amostragem, com amostras estratificadas pelas regiões, as quais constituíram domínios do estudo. A metodologia da PNAUM serviços, bem como o processo amostral estão descritos detalhadamente em Álvares e colaboradores (2017)¹.

Os dados utilizados neste trabalho foram coletados a partir dos bancos de dados dos responsáveis pela assistência farmacêutica, profissionais que realizam a dispensação de medicamentos nas unidades básicas de saúde (UBS) e médicos das UBS. Os dados foram coletados por meio de entrevistas, adotando-se roteiros semiestruturados, via telefone ou pessoalmente.

Para determinação do perfil dos entrevistados, foram coletadas informações sobre o sexo, idade, escolaridade, tempo no cargo e de formação. A caracterização do processo de seleção de medicamentos foi realizada por meio da análise das variáveis relacionadas à CFT, à existência de procedimentos operacionais padrão, de Lista de Medicamentos Municipais (LMM), de formulário terapêutico ou protocolos clínicos, consensos ou diretrizes e ao fornecimento de medicamentos não padronizados.

Para essa caracterização, foram adotados questionários semiestruturados que buscaram descrever as percepções dos entrevistados, ou seja, dos coordenadores da assistência farmacêutica, dos profissionais que realizam a dispensação de medicamentos e dos médicos. As perguntas feitas a estes três atores não foram coincidentes, mas complementares, de forma a retratar com maior abrangência o cenário de seleção de medicamentos nos municípios e Distrito Federal.

As análises dos dados foram realizadas com o uso do programa SPSS 20.0 adotando o módulo de análise para amostras complexas. As variáveis foram apresentadas para o país (Brasil) e para as regiões geográficas. As variáveis numéricas foram apresentadas pela média e pelo intervalo de 95% de confiança (IC95%) das médias. As variáveis categóricas foram apresentadas por proporções e pelos respectivos IC95%.

Para avaliar a diferença entre as proporções foi adotado o teste do qui-quadrado para amostras complexas. A avaliação das diferenças entre as médias foi realizada por meio da utilização de modelos lineares generalizados, sendo adotado o teste F com correção de Bonferroni para comparações múltiplas. Foram significantes as análises com valores de $p \leq 0,05$.

A PNAUM foi aprovada pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) sob parecer de nº 398.131, de 16/09/2013, procedendo-se esclarecimento dos objetivos da pesquisa a todo entrevistado e a assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido.

RESULTADOS

Dentre os entrevistados, 1.558 eram médicos e 1.139 profissionais que realizam a dispensação de medicamentos, nas farmácias das unidades de saúde dos municípios que fazem parte da amostra; também foram realizadas entrevistas por contato telefônico com 506 coordenadores da assistência farmacêutica dos municípios.

Os resultados do perfil dos profissionais entrevistados são apresentados na Tabela 1. Entre os responsáveis pela assistência farmacêutica, houve uma predominância do sexo feminino (62%, IC95% 56,9–66,9), com idade média de 34,8 anos (IC95% 34,0–35,6) e nível escolaridade de superior completo (97,7%; IC95% 95,8–98,7), entre os quais 23,4% tinham feito algum curso de pós-graduação (IC95% 19,3–28,0). A quase totalidade dos respondentes 90,7% (IC95% 87,3–93,4) declarou ser farmacêutico e com um tempo médio no cargo por mais de três anos.

No caso dos profissionais que realizam a dispensação de medicamentos nas UBS, também houve a predominância do sexo feminino (77,4%, IC95% 71,2–82,6) e a idade média foi de

Tabela 1. Perfil dos partícipes do processo de seleção, entrevistados por região no Brasil. Pesquisa Nacional sobre Acesso, Utilização e Promoção do Uso Racional de Medicamentos – Serviços, 2015.

Perfil dos entrevistados	Norte	Nordeste	Centro-Oeste	Sudeste	Sul	Brasil	p
	% (IC95%)	% (IC95%)	% (IC95%)	% (IC95%)	% (IC95%)	% (IC95%)	
Responsável pela assistência farmacêutica							
Sexo (n = 506)							
Feminino	64,4 (54,0–73,6)	49,9 (39,0–60,8)	67,3 (57,3–75,9)	63,2 (53,1–72,3)	73,2 (63,7–81,0)	62,0 (56,9–66,9)	0,008
Idade (n = 493)							
Média em anos	34,2 (32,3–36,0)	37,1 (34,8–39,4)	31,8 (30,2–33,3)	35,5 (33,8–37,3)	35,6 (34,2–37,2)	34,8 (34,0–35,6)	0,003
Escolaridade (n = 504)							
Superior completo ou mais	94,4 (87,2–97,7)	97,5 (90,4–99,4)	92,7 (85,5–96,5)	99,0 (92,9–99,9)	99,0 (93,2–99,9)	97,7 (95,8–98,7)	0,122
Tempo no cargo (n = 505)							
Média em meses	26,3 (20,1–32,5)	43,0 (32,2–53,7)	31,4 (24,3–38,5)	54,2 (41,8–66,6)	49,5 (40,4–58,6)	40,9 (36,7–45,1)	<0,001
Formação (n = 505)							
Farmacêutico	87,5 (78,8–93,0)	84,7 (75,0–91,1)	88,1 (80,0–93,2)	94,8 (88,0–97,8)	95,0 (88,6–97,9)	90,7 (87,3–93,4)	<0,001
Profissionais que realizam a dispensação de medicamentos							
Sexo (n = 1.139)							
Feminino	77,5 (70,6–83,2)	80,9 (72,2–87,3)	68,8 (51,6–82,0)	69,7 (52,8–82,6)	87,4 (81,1–91,9)	77,4 (71,2–82,6)	0,087
Idade (n = 1.137)							
Média em anos	37,9 (36,5–39,3)	37,2 (34,8–39,6)	36,3 (33,6–39,0)	36,7 (36,2–41,2)	37,6 (34,9–40,3)	37,5 (36,5–38,6)	0,785
Escolaridade (n = 1.139)							
Até médio completo	68,3 (58,3–76,9)	72,7 (61,1–81,8)	27,0 (17,3–39,5)	28,3 (15,6–45,7)	42,2 (26,7–59,3)	50,3 (43,0–57,7)	<0,001
Tempo no cargo (n = 1.139)*							
Média em anos	3,8 (3,4–4,3)	3,2 (2,5–3,9)	4,9 (3,4–6,3)	4,5 (3,6–5,4)	6,1 (4,4–7,9)	4,5 (4,0–5,0)	0,102
Formação (n = 1.139)							
Farmacêutico	8,9 (6,0–13,1)	2,6 (0,5–11,2)	32,7 (20,0–48,5)	33,4 (22,0–47,1)	13,8 (6,5–26,9)	16,6 (12,4–21,7)	<0,001
Médicos							
Sexo (n = 1.585)							
Masculino	53,0 (46,8–59,2)	57,4 (50,1–64,3)	54,2 (46,7–61,4)	57,6 (51,4–63,6)	51,5 (45,2–57,8)	55,8 (52,2–59,2)	0,509
Idade (n = 1.531)							
Média em anos	42,1 (40,6–43,6)	41,7 (39,5–43,9)	39,0 (37,0–41,0)	41,0 (39,4–42,6)	42,6 (40,8–44,4)	41,3 (40,5–42,1)	0,033
Tempo de formado (n = 1.578)							
Média em anos	13,8 (12,5–15,2)	13,2 (11,3–15,0)	11,2 (9,6–12,8)	14,6 (12,8–16,3)	14,9 (13,4–16,4)	13,5 (12,8–14,3)	0,005
Tempo no cargo* (n = 1.585)							
Média de Meses	27,9 (21,2–34,6)	31,8 (25,6–38,1)	37,8 (30,2–43,3)	48,5 (39,1–47,8)	51,5 (42,2–60,8)	39,3 (35,8–42,8)	<0,001
Escolaridade							
Ao menos uma residência	93,8 (89,9–96,2)	86,3 (80,4–90,6)	89,5 (83,8–93,3)	92,2 (88,2–95,0)	94,3 (90,5–96,6)	90,5 (88,0–92,5)	0,009

* Média de tempo no cargo na unidade de saúde onde se realizou a entrevista. NA: não se aplica

Fonte: PNAUM – Serviços, 2015.

37,5 anos (IC95% 36,5–38,6). Quanto ao nível de escolaridade, 50,3% (IC95% 43,0–57,7) declararam ter até o ensino médio e, daqueles que tinham nível superior ou pós-graduação, apenas 16,6% (IC95% 12,4–21,7) eram farmacêuticos. A média de tempo de atuação no cargo na UBS foi em torno de quatro anos e meio.

Com relação aos médicos, 55,8% eram do sexo masculino (IC95% 52,2–59,2) e a média de idade de 41,3 anos (IC95% 40,5–42,1). O tempo de formado foi perguntado apenas aos médicos, cuja média foi de 13,5 anos (IC95% 12,8–14,3). A média de tempo de trabalho no cargo na UBS onde foi realizada a entrevista ficou em 39,3 meses (IC95% 35,8–42,8), pouco abaixo dos outros profissionais entrevistados. Relataram ter pelo menos um curso residência 90,5% (IC95% 88,0–92,5) dos médicos.

Poucos coordenadores da assistência farmacêutica relataram a existência de uma CFT formalmente constituída (12,5%; IC95% 9,5–16,3); essa proporção foi menor nas regiões Nordeste e Norte (9,5% e 10,7%, respectivamente) e maior na região Sul (15,6%), apesar da diferença não ser estatisticamente significativa (Tabela 2).

A maioria dos coordenadores (85,3%; IC95% 81,4–88,5) disse que o município possuía uma LME, das quais, em 80,4% (IC95% 75,6–84,5) foram consideradas periodicamente atualizadas. Ademais, aproximadamente metade declarou adotar procedimentos operacionais padrão (POP) para realizar a seleção de medicamentos nos municípios (Tabela 2).

Ainda na Tabela 2, a maior parte dos coordenadores (88,2%; IC95% 84,0–91,4) declarou ter participado da elaboração de uma LME no município ou Distrito Federal. A solicitação de mudanças na LME (inclusão e exclusão de medicamentos ou de indicação de uso) parece não ser muito frequente (às vezes 31,0%, raramente 24,1% e nunca 31,1%), apesar de a maioria dos coordenadores assumir que a LME parcialmente (70,1%; IC95% 64,6–75,0) as demandas de saúde do município. Poucos coordenadores relataram a existência de Formulário Terapêutico ou de protocolos clínicos (22,9% e 26,4%, respectivamente). Nenhum dos resultados apresentados para estes atores apresentou diferenças estatisticamente significativas entre as regiões do país.

Segundo a percepção dos profissionais que realizam a dispensação de medicamentos, grande parte reconhece a existência de uma LME no município (89,1%; IC95% 83,8–92,8) e afirmam que a LME está presente nas UBS para consulta pela equipe de saúde (91,3%; IC95% 86,5–94,5), especialmente na região Sudeste (96,5%) (Tabela 3).

Tabela 2. Características do processo de seleção de medicamentos, na percepção dos gestores da assistência farmacêutica, por região no Brasil. Pesquisa Nacional sobre Acesso, Utilização e Promoção do Uso Racional de Medicamentos – Serviços, 2015.

Indicador da seleção de medicamentos	Norte	Nordeste	Centro-Oeste	Sudeste	Sul	Brasil	P
	% (IC95%)	% (IC95%)	% (IC95%)	% (IC95%)	% (IC95%)	% (IC95%)	
Existência de CFT formalmente constituída (n = 503)	10,7 (6,0–18,3)	9,5 (4,8–18,0)	13,6 (8,2–21,9)	13,3 (7,8–21,7)	15,6 (9,8–23,9)	12,5 (9,5–16,3)	0,628
Existência de procedimentos operacionais padrão (n = 491)	45,9 (35,6–56,6)	48,8 (37,7–60,0)	51,5 (41,4–61,4)	56,5 (46,5–66,1)	45,9 (36,4–55,7)	50,6 (45,3–55,8)	0,564
Existência de LME (n = 495)	70,6 (60,3–79,1)	90,8 (81,8–95,6)	82,9 (73,7–89,2)	86,9 (78,3–92,4)	82,0 (73,2–88,4)	85,3 (81,4–88,5)	0,077
Atualização periódica da LME (n = 419)	82,9 (71,8–90,3)	83,8 (73,3–90,7)	83,1 (73,5–89,7)	81,2 (71,1–88,3)	73,1 (62,6–81,5)	80,4 (75,6–84,5)	0,347
Participação do entrevistado na elaboração da LME (n = 418)	90,5 (80,3–95,7)	87,0 (76,9–93,1)	84,7 (74,8–91,1)	90,1 (81,3–95,0)	88,0 (79,0–93,4)	88,2 (84,0–91,4)	0,592
Profissionais solicitam mudanças na LME (n = 438)							
Às vezes	33,8 (23,8–45,4)	30,2 (20,8–41,6)	31,3 (22,2–42,1)	29,2 (20,5–39,8)	33,6 (24,3–44,3)	31,0 (26,1–36,4)	0,804
Raramente	23,5 (16,6–36,7)	25,8 (17,0–36,9)	25,8 (17,0–36,9)	24,1 (16,1–34,4)	23,1 (15,4–33,3)	24,1 (19,6–29,3)	
Nunca	33,5 (23,5–45,1)	31,4 (21,9–42,8)	31,4 (21,9–42,8)	35,9 (26,3–46,7)	23,8 (15,8–34,1)	31,1 (26,2–36,5)	
LME atende as demandas em saúde do município (n = 426)							
Totalmente	24,6 (15,6–36,5)	27,2 (18,1–38,7)	29,3 (20,4–40,1)	34,6 (25,1–45,5)	27,8 (19,2–38,2)	29,7 (24,7–35,1)	0,349
Parcialmente	75,4 (63,5–84,4)	72,8 (61,3–81,9)	70,7 (59,9–79,6)	65,4 (54,5–74,9)	71,1 (60,5–79,7)	70,1 (64,6–75,0)	
Fornecimento de medicamentos não padronizados (n = 506)	48,5 (38,3–58,7)	38,4 (28,4–49,6)	31,2 (22,7–41,0)	39,0 (29,8–49,2)	48,7 (39,1–58,4)	41,1 (36,2–46,3)	0,222
Existência de critérios para fornecimento de medicamentos não selecionados (n = 425)	64,8 (52,7–75,2)	56,1 (44,4–67,1)	72,8 (61,9–81,6)	73,9 (63,3–82,3)	71,1 (60,5–79,7)	67,0 (61,5–72,1)	0,081
Existência de formulário terapêutico (n = 495)	21,0 (13,7–30,7)	27,9 (19,0–39,1)	16,2 (10,0–25,1)	23,8 (16,2–33,4)	18,3 (11,9–27,2)	22,9 (18,7–27,7)	0,252
Existência de protocolos clínicos (n = 487)	22,9 (15,3–32,9)	23,4 (15,2–34,3)	31,8 (23,3–41,8)	32,5 (23,7–42,8)	21,2 (14,2–30,4)	26,4 (22,0–31,3)	0,221

CFT: Comissão de Farmácia e Terapêutica; LME: Lista de Medicamentos Essenciais dos municípios e Distrito Federal.

Fonte: PNAUM – Serviços, 2015.

O percentual destes profissionais que conhecia os procedimentos para mudança da LME, no Brasil, foi de 47,8% (IC95% 40,6–55,2), com uma diferença estatisticamente significativa entre as regiões ($p < 0,001$). Conforme a Tabela 3, essa proporção foi menor na região Norte (28,0%; IC95% 21,3–35,9) e maior na Sudeste (66,8%; IC95% 50,9–79,7). O percentual de entrevistados que declarou já ter reivindicado mudanças foi de 44,4% (IC95% 36,3–52,9), superior ao declarado pelos coordenadores da assistência farmacêutica. Na perspectiva da maior parte desses profissionais (70,9%; IC95% 63,4–77,3), a LME atende as demandas de saúde do município.

Para os médicos, foram questionadas as características de seleção de medicamentos, levando em consideração que eles são os prescritores (Tabela 4). Apenas 27,2% (IC95% 23,7–30,9) dos médicos declararam ter conhecimento dos procedimentos para mudança da LME, mas 76,5% (IC95% 69,2–82,5) teria alguma reivindicação de alteração. A maior parte reportou que baseia suas reivindicações em experiências clínicas (80,0%; IC95% 71,7–86,4) ou artigos científicos (54,8%; IC95% 45,5–63,7).

A maioria dos médicos declara conhecer a existência da LME (95,3%; IC95% 93,5–96,6), sem diferenças significativas entre as regiões do país ($p = 0,092$) (Tabela 4), com proporções menores nas regiões Norte e Centro-Oeste (90,9 e 92,8% respectivamente) e maiores na Sul (98,1%). A forma de acesso às listas variou bastante, entre disponibilidade no consultório (77,6%; IC95% 74,3–80,6), na farmácia na UBS (65,0%; IC95% 61,0–68,8) ou na secretaria de saúde (51,3%; IC95% 47,1–55,0) e menor acesso pela internet (18,6%; IC95% 15,9–21,7).

A disponibilidade de formulário terapêutico ou de consensos, diretrizes clínicas ou linhas de cuidado nos consultórios das UBS foi referida por metade dos médicos (49,9%; IC95% 43,6–53,6) (Tabela 4).

Um fato interessante foi que os médicos declararam que muitos usuários solicitam a troca de medicamentos sempre, repetidamente ou às vezes (66,5%; IC95% 63,0–69,8). Poucos médicos consideraram que a LME atende às demandas de saúde do município (13,0%; IC95% 10,5–15,9). Diferentemente dos coordenadores da assistência farmacêutica, poucos médicos das UBS declararam participar na elaboração da LME (15,1%; IC95% 12,5–18,3).

Tabela 3. Características do processo de seleção de medicamentos, de acordo com a percepção do profissional que realiza a dispensação de medicamentos na unidade básica de saúde, por região no Brasil. Pesquisa Nacional sobre Acesso, Utilização e Promoção do Uso Racional de Medicamentos – Serviços, 2015.

Indicador da seleção de medicamentos	Norte	Nordeste	Centro-Oeste	Sudeste	Sul	Brasil	P
	% (IC95%)	% (IC95%)	% (IC95%)	% (IC95%)	% (IC95%)	% (IC95%)	
Existência de LME (n = 1.139)	84,6 (76,3–90,4)	88,7 (78,3–94,5)	92,0 (85,1–95,8)	86,6 (72,9–94,0)	95,7 (90,9–98,0)	89,1 (83,8–92,8)	0,189
A LME está disponível nas unidades de saúde para consulta dos profissionais (n = 1.041)	80,2 (72,6–86,2)	88,6 (75,5–95,1)	90,1 (81,4–95,0)	96,5 (91,7–98,6)	93,1 (84,4–97,1)	91,3 (86,5–94,5)	0,057
O entrevistado conhece os procedimentos para inclusão ou exclusão de medicamentos na LME (n = 930)	28,0 (21,3–35,9)	36,9 (27,9–46,9)	49,9 (34,1–65,7)	66,8 (50,9–79,7)	42,2 (27,8–58,1)	47,8 (40,6–55,2)	<0,001
O Entrevistado já realizou reivindicação para inclusão/exclusão de medicamentos na LME (n = 930)	31,0 (23,1–40,3)	42,1 (30,1–55,2)	66,2 (50,2–79,2)	45,7 (28,5–63,9)	44,9 (29,4–61,6)	44,4 (36,3–52,9)	0,528
A LME atende as demandas em saúde do município (n = 930)	57,7 (49,1–65,9)	67,0 (55,1–77,0)	78,7 (64,1–88,4)	73,9 (55,1–86,7)	75,5 (60,5–86,1)	70,9 (63,4–77,3)	0,413

LME: Lista de Medicamentos Essenciais dos municípios.

Fonte: PNAUM – Serviços, 2015.

Tabela 4. Características do processo de seleção de medicamentos, de acordo com a percepção dos médicos, por região no Brasil. Pesquisa Nacional sobre Acesso, Utilização e Promoção do Uso Racional de Medicamentos – Serviços, 2015.

Indicador da seleção de medicamentos	Norte	Nordeste	Centro-Oeste	Sudeste	Sul	Brasil	P
	% (IC95%)	% (IC95%)	% (IC95%)	% (IC95%)	% (IC95%)	% (IC95%)	
Conhecimento sobre procedimentos para inclusão/exclusão de medicamentos na LME (n = 1.254)	25,8 (19,6–33,2)	27,7 (20,8–35,7)	21,2 (23,8–36,6)	29,8 (23,8–36,6)	24,2 (18,8–30,6)	27,2 (23,7–30,9)	0,542
Existência de reivindicação para inclusão/exclusão de medicamentos na LME (n = 282)	80,4 (64,3–90,3)	80,3 (77,9–92,1)	89,5 (75,8–95,9)	67,9 (54,0–79,2)	75,6 (62,3–85,3)	76,5 (69,2–82,5)	0,167
Base para solicitação ^a							
Artigo científico (n = 204)	40,4 (25,1–57,7)	44,0 (27,9–61,5)	52,9 (33,3–71,6)	66,9 (50,0–80,4)	63,2 (46,2–77,5)	54,8 (45,5–63,7)	0,095
Eventos científicos (n = 203)	34,4 (20,3–51,9)	16,2 (7,1–32,8)	35,6 (19,3–55,9)	35,8 (21,6–53,1)	40,8 (25,5–58,1)	29,0 (21,6–37,7)	0,060
Revistas profissionais (n = 203)	17,9 (8,3–34,6)	14,4 (5,8–31,6)	36,5 (20,1–56,7)	33,2 (20,3–49,4)	22,8 (12,0–39,0)	23,1 (16,6–31,2)	0,145
Meios de comunicação (televisão, revistas leigas, rádio, internet etc.) (n = 202)	11,8 (4,3–28,5)	6,8 (1,7–23,6)	6,0 (1,5–20,7)	8,4 (2,5–24,6)	6,9 (2,1–20,3)	7,6 (3,9–14,4)	0,933
Visita de representante/propagandista (n = 201)	11,8 (4,3–28,5)	14,0 (5,5–31,4)	10,9 (3,4–29,5)	9,2 (3,2–23,7)	25,7 (13,2–44,0)	14,4 (9,0–22,1)	0,261
Experiência clínica (n = 200)	85,4 (70,1–93,6)	82,2 (64,5–92,1)	83,2 (62,6–93,6)	80,7 (64,2–90,6)	71,3 (54,3–83,8)	80,0 (71,7–86,4)	0,546
Existência de LME (n = 1.451)	90,9 (86,1–94,2)	94,8 (90,5–97,3)	92,8 (87,4–96,0)	95,5 (92,0–97,5)	98,1 (95,1–99,3)	95,3 (93,5–96,6)	0,092
Participação na elaboração da LME (n = 1.311)	10,9 (7,1–16,5)	13,7 (8,9–20,4)	12,8 (8,6–18,7)	17,4 (12,5–23,8)	16,1 (11,8–21,5)	15,1 (12,5–18,3)	0,523
A LME atende totalmente as demandas em saúde do município (n = 1.296)	14,2 (9,7–20,2)	12,5 (7,9–19,1)	10,0 (5,9–16,6)	15,2 (10,7–21,2)	10,7 (7,5–15,1)	13,0 (10,5–15,9)	0,223
Conhecimento da existência da LME (n = 1.381)	93,9 (89,7–96,4)	95,3 (90,7–97,6)	95,3 (90,7–97,7)	95,9 (92,4–97,8)	97,7 (94,5–99,1)	95,9 (94,1–97,1)	0,502
Forma de acesso à LME: ^b							
Disponível no consultório (n = 1.303)	72,1 (64,9–78,3)	74,6 (67,3–80,8)	74,3 (66,8–80,6)	81,3 (75,6–85,9)	79,6 (73,8–84,4)	77,6 (74,3–80,6)	0,181
Disponível na internet (n = 1.172)	17,7 (12,6–24,3)	11,0 (6,8–17,2)	21,3 (14,9–29,4)	24,7 (19,3–31,0)	22,8 (17,4–29,3)	18,6 (15,9–21,7)	0,001
Disponível na farmácia (n = 1.259)	66,8 (59,4–73,4)	63,3 (55,0–70,9)	74,0 (65,8–80,7)	66,3 (59,0–73,0)	62,9 (56,0–69,4)	65,0 (61,0–68,8)	0,551
Disponível na SMS ou SES-DF (n = 1.149)	49,2 (41,7–56,7)	51,5 (42,9–60,0)	51,4 (42,5–60,3)	49,8 (41,9–57,7)	53,6 (46,7–60,5)	51,3 (47,1–55,0)	0,898
Disponibilidade de FT, Consensos, Diretrizes ou Linhas de Cuidado no consultório	51,6 (45,0–58,2)	46,7 (39,3–54,3)	41,8 (34,6–49,3)	54,7 (48,0–61,3)	50,1 (43,6–56,6)	49,9 (46,3–53,6)	0,191
O usuário solicita troca de medicamentos:							
Sempre, repetidamente ou às vezes (n = 1.578)	56,8 (50,3–63,0)	63,3 (55,9–70,0)	67,5 (60,7–73,8)	71,4 (65,3–76,8)	68,2 (61,5–74,2)	66,5 (63,0–69,8)	0,065

LME: Lista de Medicamentos Essenciais dos municípios; SMS: secretaria municipal de saúde; SES-DF: Secretaria Estadual de Saúde do Distrito Federal; FT: Formulário Terapêutico.

^a Tipo de material consultado para fazer a solicitação de inclusão na Lista de Medicamentos Padronizada: artigo científico, eventos, revistas profissionais, meios de comunicação (revistas leigas, televisão, rádio e internet); visita de representante/propagandista, experiência clínica.

^b Opções de acesso à Lista de Medicamentos Padronizada que os médicos referiram ter: no consultório, na internet, na farmácia, na Secretaria Municipal de Saúde.

Fonte: PNAUM – Serviços, 2015.

DISCUSSÃO

Os dados trazidos pela PNAUM – Serviços são inéditos para o país no que tange às características do processo de seleção de medicamentos nos municípios brasileiros e Distrito Federal. Trata-se de pesquisa descritiva pioneira com representatividade regional e nacional e abordagem com base em perspectivas de diferentes profissionais.

Percebeu-se que a média de idade em torno dos 38 anos entre todos os profissionais entrevistados, maior para médicos (como esperado devido ao tempo de graduação e residência do profissional) e menor para coordenadores da assistência farmacêutica. Isso reflete que a amostra representa adultos em uma fase de aprimoramento e amadurecimento profissional.

O tempo de trabalho no cargo foi baixo e bastante semelhante entre médicos e coordenadores da assistência farmacêutica, o que poderia representar uma certa semelhança com o ciclo político-eleitoral que vivenciam os municípios brasileiros. Já a baixa média de idade entre os profissionais que realizam a dispensação poderia estar relacionado a outros fatores, como o nível de escolaridade requerido para essa ocupação.

Destaca-se que esta baixa escolaridade entre os profissionais que realizam a dispensação de medicamentos (50,3% até ensino médio) é um ponto que merece reflexão, uma vez que pode representar um profissional não adequadamente preparado para prestar orientações quanto ao uso correto dos medicamentos. Este dado mostra a fragilidade que o usuário da atenção primária do SUS tem para lograr o uso seguro e responsável do medicamento, previstos na PNM⁷ (em suas diretrizes, prioridades e responsabilidades de cada ente federado) e no eixo estratégico XIII da Política Nacional de Assistência Farmacêutica (PNAF)⁸.

O processo de seleção dos medicamentos, no contexto do ciclo logístico da assistência farmacêutica, constitui uma etapa fundamental e pouco estudada, que pode influenciar na promoção do uso de medicamentos mais seguros, eficazes e de menor custo^{4,10}.

Deve-se lembrar que a PNM⁷ estabelece que a gestão da assistência farmacêutica deve ser descentralizada, com a seleção, programação e aquisição de medicamentos feitas com base em critérios epidemiológicos para melhor atender às necessidades locais por medicamentos das populações. Para os municípios brasileiros e Distrito Federal, portanto, a efetiva e perene seleção de medicamentos é um fator importante na gestão de recursos financeiros e no acesso a medicamentos essenciais para os usuários dos serviços de saúde.

Não obstante essa premissa, estados e municípios brasileiros e Distrito Federal têm vivenciado dificuldades para realizar o processo de seleção de forma adequada, considerando o contexto relativamente recente de descentralização integral da assistência farmacêutica³. Assim, é escassa no país a estruturação da CFT multidisciplinar, que inclui profissionais da saúde de diferentes níveis de atenção à saúde e da gestão^{2,4}.

Os resultados desta pesquisa mostram dois aspectos preocupantes no que tange ao cumprimento das políticas farmacêuticas^{a,b}. Apenas 12,5% dos respondentes descrevem a existência CFT formalmente constituída e somente 27,2% dos médicos relatam ter conhecimento dos critérios de alteração da LME, como inclusão ou exclusão dos medicamentos.

No entanto, a existência de uma LME é bastante reconhecida pelos profissionais entrevistados (85,3% entre os responsáveis da assistência farmacêutica, 89,1% entre os que realizam pela dispensação de medicamentos e 95,3% entre os médicos), o que denota não haver um processo técnico e isento de conflito de interesses na seleção de medicamentos. Se não há CFT constituída, como é feito o processo de seleção de medicamentos? A não existência de uma CFT formalizada abre espaço para que a inserção de medicamentos na LME seja feita sem os critérios de qualidade, segurança e efetividade, estabelecidos pela Organização Mundial da Saúde^{2,12}.

A capacidade da LME de atender as necessidades locais por medicamentos pode ser considerada bastante baixa, na perspectiva de 13% dos médicos da atenção primária, 29,7% dos responsáveis da assistência farmacêutica e, de 70,9% dos profissionais que realizam dispensação de medicamentos.

Esta discrepância nos resultados pode revelar visões distintas entre esses profissionais. Os médicos podem ser mais suscetíveis aos propagandistas de indústrias farmacêuticas para prescrever os medicamentos não constantes na LME, uma vez que esta publicidade nem sempre vem acompanhada dos critérios de essencialidade que deve nortear a seleção de medicamentos¹¹. Ao mesmo tempo, estes prescritores podem adaptar a sua prescrição à disponibilidade dos medicamentos na UBS, o que pode, por consequência, influenciar na percepção dos profissionais que realizam a dispensação de medicamentos na UBS. Além disso, ao prescrever um medicamento que não está presente na LME, o médico deveria

orientar os pacientes para comprar os medicamentos e, portanto, esta demanda não seria percebida pelos que dispensam medicamentos. De qualquer forma, os resultados encontrados para os médicos e os profissionais que realizam a dispensação de medicamentos na UBS são antagônicos e merecem ser pesquisados com mais profundidade.

Ainda com relação aos prescritores, entre os que conhecem os procedimentos de mudança da LME, 76,5% já reivindicaram inclusão ou exclusão de medicamentos, o que pode ser natural, pois são atores intimamente relacionados com a escolha terapêutica. Contudo, pouco mais da metade, 54,8%, relatou fazer esta solicitação orientada em artigos científicos. Considerando que a seleção dos medicamentos deve ser fundamentada na melhor evidência, isto pode ser considerado preocupante^{2,4}.

Destaca-se, inclusive, a pequena disponibilidade de formulário terapêutico e consensos, diretrizes ou protocolos clínicos, estimada, respectivamente, em 22,9% e 26,4%, na perspectiva dos coordenadores da assistência farmacêutica, e em 49,9% na perspectiva dos médicos da atenção primária. Segundo Wannmacher¹¹, uma LME deve ser complementada por um formulário terapêutico e protocolos clínicos, de forma a influenciar racionalmente a seleção e orientação para o uso de medicamentos adotados na prevenção e no tratamento de doenças prevalentes e relevantes para o país.

O desenho transversal constitui uma limitação do estudo, que embora seja capaz de retratar a realidade do processo da seleção de medicamentos no país, não é específico no que diz respeito à evolução deste processo. Outra limitação refere-se aos percentuais consideráveis de não resposta para algumas variáveis na amostra. Entretanto, a originalidade da pesquisa, o tamanho e a abrangência do recorte amostral permitem conhecer as perspectivas de diferentes profissionais de saúde e trazem evidências que podem ser utilizadas para o aprimoramento das ações oriundas das diretrizes e eixos estratégicos da PNM⁷ e PNAF⁸, respectivamente. Melhorar o processo de seleção de medicamentos na esfera municipal, destinar profissionais aptos para a dispensação de medicamentos e facilitar o acesso dos profissionais da atenção primária às diretrizes e protocolos clínicos baseados em evidência proporcionará um melhor uso de recursos públicos e o uso seguro e responsável dos medicamentos no SUS.

REFERÊNCIAS

1. Álvares J, Alves MCGP, Escuder MML, Almeida AM, Izidoro JB, Guerra Junior AA, et al. Pesquisa Nacional sobre Acesso, Utilização e Promoção do Uso Racional de Medicamentos: métodos. *Rev Saude Publica*. 2017;51 Supl 2:4s. <https://doi.org/10.11606/S1518-8787.2017051007027>
2. Holloway K, Green T, editors. *Drug and therapeutics committees: a practical guide*. Geneva: World Health Organization; 2003 [citado 29 mar 2016]. Disponível em: <http://archives.who.int/tbs/rational/s4882e.pdf>
3. Magarinos-Torres R, Pepe VLE, Oliveira MA, Osorio-de-Castro CGS. Medicamentos essenciais e processo de seleção em práticas de gestão da Assistência Farmacêutica em estados e municípios brasileiros. *Cienc Saude Coletiva*. 2014;19(9):3859-68. <https://doi.org/10.1590/1413-81232014199.12162013>
4. Marin N, Luiza VL, Osorio-de-Castro CGS, Machado-dos-Santos S, organizadores. *Assistência farmacêutica para gerentes municipais*. Rio de Janeiro; Organização Pan-Americana da Saúde; 2003.
5. Marques DC, Zucchi P. Comissões farmacoterapêuticas no Brasil: aquém das diretrizes internacionais. *Rev Panam Salud Publica*. 2006;19(1):58-63. <https://doi.org/10.1590/S1020-49892006000100014>
6. Messeder AM, Osorio-de-Castro CGS, Luiza VL. Mandados judiciais como ferramenta para garantia do acesso a medicamentos no setor público: a experiência do Estado do Rio de Janeiro, Brasil. *Cad Saude Publica*. 2005;21(2):525-34. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2005000200019>
7. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Políticas de Saúde, Departamento de Formulação de Políticas de Saúde. *Política Nacional de Medicamentos*. Brasília (DF); 2001 [citado 9 fev 2017]. (Série C. Projetos, Programas e Relatórios, 25). Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_medicamentos.pdf

8. Ministério da Saúde (BR). Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 338 de 06 de maio de 2004. Aprova a Política Nacional de Assistência Farmacêutica. *Diário Oficial Uniao*. 20 maio 2004; Seção 1:52 [citado 25 mar 2016]. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/doc/resolucaocns338/cns.htm>
9. Portela AS, Leal AAF, Werner, RPB, Simões MOS, Medeiros ACD. Políticas públicas de medicamentos: trajetória e desafios. *Rev Cienc Farm Basica Apl.*, 2010 [citado 22 fev 2017];31(1):9-14. Disponível em: http://serv-bib.fcfar.unesp.br/seer/index.php/Cien_Farm/article/viewFile/930/930
10. Santana RS, Jesus EMS, Santos DG, Lyra Júnior DP, Leite SN, Silva WB. Indicadores da seleção de medicamentos em sistemas de saúde: uma revisão integrativa. *Rev Panam Salud Publica*. 2014[citado 26 maio 2015];35(3):228-34. Disponível em: <http://www.scielo.org/pdf/rpsp/v35n3/a10v35n3.pdf>
11. Wannmacher L. Seleção de medicamentos essenciais: propósitos e consequências. *Rev Tempus Actas Saude Coletiva*. 2010 [citado 9 fev 2017];4(3):23-9. Disponível em: <http://www.tempus.unb.br/index.php/tempus/article/viewFile/875/838>
12. World Health Organization. WHO model list of essential medicines:18th list (April 2013). Geneva; 2013[citado 26 maio 2015]. Disponível em: <http://www.who.int/medicines/publications/essentialmedicines/en/index.html>

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

Contribuição dos Autores: Concepção e planejamento do estudo: MGOK, DG, LFG, AJGB. Análise e interpretação dos dados: DG, MMMAM, EVS. Redação do manuscrito: MGOK, DG, LFG, MMMAM, EVS. Revisão crítica do conteúdo e aprovação da versão final do manuscrito: SNL, JA, IAG, FAA, OMS, KSC, EAA, AAG Jr., FAA. Todos os autores declaram ser responsáveis por todos os aspectos do trabalho, garantindo sua precisão e integridade.

Agradecimentos: Ao Ministério da Saúde, pelo financiamento e apoio técnico para a realização da Pesquisa Nacional sobre Acesso, Utilização e Promoção do Uso Racional de Medicamentos – PNAUM; aos pesquisadores e respectivas Instituições de Ensino Superior integrantes da Pesquisa e, à Coordenação Executiva da PNAUM Componente de Avaliação dos Serviços de Assistência Farmacêutica Básica, da Universidade Federal de Minas Gerais.

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