Universidade de São Paulo
Faculdade de Saúde Pública

**Relação Nacional de Medicamentos Essenciais
(RENAME) e sua influência no acesso aos
medicamentos; Município de São Paulo - 2005.**

Neussana Kellen de Araújo Medeiros Torreão

Tese apresentada ao Programa de Pós-
Graduação em Saúde Pública, para a
obtenção do título de Mestre em Saúde
Pública.

Área de Concentração: Epidemiologia

Orientadora: Prof. Dra. Nilza Nunes da Silva

São Paulo
2010

**Relação Nacional de Medicamentos Essenciais
(RENAME) e sua influência no acesso aos
medicamentos; Município de São Paulo - 2005.**

Neussana Kellen de Araújo Medeiros Torreão

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública, para a obtenção do título de Mestre em Saúde Pública.

Área de Concentração: Epidemiologia

Orientadora: Prof. Dra. Nilza Nunes da Silva

São Paulo
2010

É expressamente proibida a comercialização deste documento, tanto na sua forma impressa como eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida **exclusivamente** para fins acadêmicos e científicos, desde que na reprodução figure a identificação do autor, título, instituição e ano da tese/dissertação.

DEDICATÓRIA

“A Deus, *que* é a minha fortaleza e a minha força, e Ele perfeitamente desembaraça o meu caminho. “Faz Ele os meus pés como os das cervas, e me põe sobre as minhas alturas” (**2 SAMUEL, 22:33,34**).

AGRADECIMENTOS

Aos meus pais, Adelmo e Gracinha, meus primeiros professores na busca pelo conhecimento e apoio constante durante o processo de aprendizado ao longo de minha vida e, porque mesmo morando distante, não deixaram de acompanhar e incentivar todo o processo de construção dessa tese;

Aos meus irmãos Anneussa e Adierson que sempre torceram por mim e me apoiaram com palavras de incentivo e forças, nessa caminhada;

Ao meu esposo Ewerton com quem compartilhei todos os momentos de desenvolvimento desse trabalho, por sua compreensão, carinho e paciência para sua conclusão;

À minha orientadora, Profa. Dra. Nilza Nunes da Silva, por sua orientação e condução nesta caminhada científica, pela enorme contribuição para o melhoramento deste estudo, bem como pela sua solicitude para sua concretização;

Às amigas, Regina Bernal, em especial por seu suporte estatístico e Bianca Schmidt por contribuir com suas sugestões nas reuniões de acompanhamento e orientação desta tese;

À amiga Clarice Pires por sua amizade e por tão de perto partilharmos momentos decisivos, de superação, de lutas e conquistas;

Aos meus amigos e irmãos que aqui conheci: Arthur, Cida, Daiana, Deruska, Manuela, Patrícia, Rudgy, Paula, por sua preciosa ajuda e, por compartilharem comigo belos momentos de amizades e de fé, nos cafés e nos jardins desta Faculdade;

Às secretárias, Cida, Vânia e Renilda, como também Ângela e Rita, da pós-graduação e da epidemiologia respectivamente, que sempre estiveram dispostas a ajudar nas questões acadêmicas e à Maria Helena bibliotecária da FSP, pela revisão das referências;

Aos membros da banca, Profa. Dra Nicolina Romano-Lieber, Dra Giane Oliveira e Dra. Carmen Bello, fundamentais pela participação, revisão e sugestões que complementaram este trabalho.

Ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico - **CNPq**, o qual financiou esta pesquisa.

RESUMO

Relação nacional de medicamentos essenciais (RENAME) e sua influência no acesso aos medicamentos; município de São Paulo - 2005.

INTRODUÇÃO: Os medicamentos pertencentes à RENAME têm sua eficácia comprovada são embasados sob critérios técnicos e científicos, e quando prescritos assumem profunda relevância dentro do contexto da saúde pública brasileira, por facilitarem o acesso aos medicamentos. **OBJETIVO:** Avaliar a associação entre acesso a medicamentos e prescrição segundo a Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME). **METODOLOGIA:** Foram analisadas cópias de receitas médicas obtidas da pesquisa intitulada “Experiência de Acesso da População de Baixa Renda a Medicamentos e Genéricos, Município de São Paulo 2005”; para as análises estatísticas, foram utilizados os programas Epi-Info 2000 e OpenEpi. **RESULTADOS:** A média de medicamentos com receita foi de 2,5 / desvio padrão: 1,5479; o percentual de nenhum acesso e acesso parcial às prescrições, juntos, foi de 54%; nas Unidades Básicas de Saúde foram realizadas mais da metade das prescrições analisadas; a forma farmacêutica predominante foi comprimidos; cerca de 75% dos medicamentos estava presente nas listas de medicamentos essenciais, nacional ou municipal; dos medicamentos prescritos, 78% foram obtidos e 41%, dos que não estavam prescritos, também foram obtidos. **CONCLUSÃO:** Do total de medicamentos analisados, 65% estavam prescritos segundo a RENAME, e desses, 78%, foram obtidos; as Unidades Básicas de Saúde foram responsáveis por fornecer mais da metade das receitas; a quantidade de medicamentos prescritos mostrou-se negativamente correlacionada ao percentual de acesso aos mesmos; as prescrições quando seguem a RENAME têm a chance de acesso entre 4 a 6 vezes maior de se obter os medicamentos.

Descritores: Relação Nacional de Medicamentos, Relação Municipal de Medicamentos, Acesso a medicamentos, Assistência Farmacêutica, Medicamentos Essenciais, Políticas Farmacêuticas, Política Nacional de Medicamentos, Prescrição de Medicamentos.

ABSTRACT

National List of Essential Medicaments (RENAME) and its Influency in the Access to Medicaments; São Paulo District – 2005.

INTRODUCTION: The medicaments belonging to RENAME have their efficiency verified, under technical and scientific criteria and when they are prescribed they become a matter of great concern regarding the Brazilian Public Health because they facilitate the access to medicaments.

OBJECTIVE: Evaluate the association between access to medicaments and prescription according the National List of Essential Medicaments (RENAME).

METHODOLOGY : Copies of the medical prescriptions obtained from the research called Experience in Access to medicament and Generic of Low income population, Sao Paulo Municipal District, 2005, and also the Programs Epi-Info 2000 and OpenEpi because of the statistic analysis.

RESULTS: The average of medicament with prescription was 2,5 / Standard Deviation: 1.5479, the percentage of no access and partial access together was 54%. More than a half of the analysed prescriptions were done at the Health Fundamental Units. Also, among the pharmaceutical kinds, tablets and pills were the dominant ones and around 75% of the medicaments were present in the lists of essential medicaments in the country and districts. Among the prescribed medicaments, 78% were obtained while 41% of the non-prescribed ones were also obtained.

CONCLUSION: From a total of the analysed medicaments, 65% of them were prescribed observing RENAME, and 78% of them were obtained. The Health Fundamental Units were responsible for providing more than a half of the prescriptions. The amount of medicaments involved were negatively correlated to the number of medicaments. The prescriptions that observe RENAME have 4 to 6 times more chances to be successful when it comes to obtaining medicines.

DESCRIPTORS: National List of Medicament, Municipal List of Medicament, Access to medicaments, Pharmaceutical Care, Essential Medicines, Pharmaceutical Policy, National Policy of Medicament, Prescription of medicines.

ÍNDICE

1 INTRODUÇÃO	12
1.1 POLÍTICAS DE ACESSO AOS MEDICAMENTOS	13
1.2 ACESSO AOS MEDICAMENTOS E O SUS	17
1.3 MEDICAMENTOS ESSENCIAIS	23
1.4. RELAÇÃO NACIONAL DE MEDICAMENTOS ESSENCIAIS (RENAME) E RELAÇÃO MUNICIPAL DE MEDICAMENTOS (REMUME)	25
1.5 PRESCRIÇÃO DE MEDICAMENTOS	30
2 OBJETIVOS	34
3 MÉTODOS	35
4 RESULTADOS	40
4.1 DESCRIÇÃO DA AMOSTRA	40
4.1.1 Amostra das Prescrições	40
4.1.2 Amostra de Medicamentos	45
4.2 ASSOCIAÇÃO DE ACESSO A MEDICAMENTOS E PRESCRIÇÃO SEGUNDO A RENAME	48
5 DISCUSSÃO	51
6 CONCLUSÃO	63
7 REFERÊNCIAS	66
ANEXOS	74
ANEXO 1- Exemplo de cópia de receita com carimbo indicativo de acesso.	74
ANEXO 2- Exemplo de cópia de receita com indicativo de acesso por meio de sinal gráfico.	75
CURRÍCULO LATTES	

LISTA DE TABELAS

Tabela 1- Distribuição de frequências do número de medicamentos por prescrição.42

Tabela 2 - Distribuição de acesso aos medicamentos por unidade de prescrição analisada 43

Tabela 3 - Distribuição de serviços de saúde das prescrições segundo nível de atenção em saúde. 44

Tabela 4 - Distribuição dos medicamentos conforme a presença nas listas de medicamentos essenciais das prescrições analisadas no Município de São Paulo. 45

Tabela 5 – Distribuição de frequências dos medicamentos prescritos segundo a RENAME e o não acesso 48

Tabela 6 -. Distribuição de frequências dos medicamentos prescritos exclusivos da REMUME e o não acesso.. 48

Tabela 7 - Acesso aos medicamentos segundo a prescrição pela RENAME 49

Tabela 8 – Análise estratificada da associação entre acesso aos medicamentos e RENAME em hospitais. 50

Tabela 9 – Análise estratificada da associação entre acesso aos medicamentos e RENAME em Unidades Básicas de Saúde.50

Tabela 10 - Análise estratificada da associação entre acesso aos medicamentos e RENAME em clínicas privadas. 51

Tabela 11 - Estimativas pontuais do odds ratio e intervalos de confiança segundo serviços de saúde. 51

LISTA DE FIGURAS

- Figura 1- Ciclo da Assistência Farmacêutica. 17
- Figura 2 - Ações coletivas de melhoria do acesso ao medicamento essencial . 21
- Figura 3 – Distribuição espacial por distrito da amostra de domicílios da pesquisa e da amostra das receitas copiadas; Município de São Paulo, 2005. 40
- Figura 4 - Porcentagem de acesso aos medicamentos segundo número de medicamentos por prescrição.45
- Figura 5 - Distribuição dos medicamentos “Fora das Listas” segundo prescrição por denominação genérica e por nome comercial ou de marca. 46
- Figura 6 – Distribuição percentual quanto aos distritos do Município de São Paulo de prescrições segundo a RENAME 46

LISTA DE QUADROS

- Quadro 1 - Abordagem das ações coletivas relacionadas à melhoria do acesso ao medicamento essencial.21
- Quadro 2- Classificação dos medicamentos na RENAME 2002. 38
- Quadro 3 - Distritos localizados nas amostras de domicílios e de receitas.41
- .

SIGLAS UTILIZADAS

ANVISA - Agência Nacional de Vigilância Sanitária
ATC - Classificação Anatômico Terapêutico Químico.
CEME - Central de Medicamentos
CFT – Comissão Farmacoterapêutica
COMARE - Comissão Técnica e Multidisciplinar de Atualização da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais.
CONASS – Conselho Nacional de Secretários de Saúde.
CONASEMS - Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde
DAF – Departamento de Assistência Farmacêutica
DDD - Dose Diária Definida.
DECIT – Departamento de Ciência e Tecnologia
DESD – Departamento de Economia da Saúde e Desenvolvimento
ENSP - Escola Nacional de Saúde Pública.
FTN - Formulário Terapêutico Nacional
FURP - Fundação para o Remédio Popular.
FIOCRUZ - Fundação Oswaldo Cruz.
GTNAF - Grupo de Trabalho do Núcleo de Assistência Farmacêutica.
INCA – Instituto Nacional de Câncer
ISDB - International Society of Drug Bulletins.
PNM - Política Nacional de Medicamentos.
PRC - Programa Remédio em Casa.
REMUME - Relação Municipal de Medicamentos Essenciais.
RENAME - Relação Nacional de Medicamentos Essenciais.
SAS – Secretaria de Atenção a Saúde.
SVS – Secretaria de Vigilância em Saúde.
SES-SP - Secretaria do Estado de São Paulo.
SUS – Sistema Único de Saúde.

"A primeira lista constituiu a maior revolução na história da medicina, farmácia e saúde pública."
(Médecins sans Frontières, 2000).

1 INTRODUÇÃO

A Política de medicamentos pode ser definida como o conjunto de princípios e valores, objetivos e estratégias que orientam e articulam as normas referidas a todos os componentes do setor farmacêutico (SOBRAVIME, 2001).

A Política Nacional de Medicamentos (PNM) foi aprovada em outubro de 1998 (BRASIL, 1998), tornando-se o instrumento que norteia todas as ações no campo da política de medicamentos no País.

Muitos fatores motivaram a formulação da PNM, dentre eles se destacam os problemas na garantia de acesso da população aos medicamentos essenciais com qualidade e segurança, e na promoção do uso racional dos medicamentos (MS, 2007).

Dentre as diretrizes e prioridades estabelecidas na Política Nacional de Medicamentos destaca-se a adoção da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME), como base ao desenvolvimento tecnológico e científico, à produção de medicamentos no País, abrangendo um elenco de medicamentos necessários ao tratamento e controle das enfermidades prioritárias em saúde pública nos diversos níveis de atenção no País (MS, 2007).

A Organização Mundial da Saúde (WHO, 2002), definiu **medicamentos essenciais** como aqueles que “satisfazem as necessidades de saúde prioritárias da população os quais devem estar acessíveis em todos os momentos, na dose apropriada, a todos os segmentos da sociedade, sendo selecionados e examinados levando-se em conta sua relevância para a saúde pública com evidências da sua eficácia e segurança, e comparados seu custo-efetividade.

O conceito de medicamento essencial definido pela OMS tem sido amplamente aplicado, e deve proporcionar racionalidade na aquisição pelo SUS e na identificação das necessidades nos diversos níveis do sistema de atenção à saúde (MS, 2007).

Posteriormente, no Brasil, foi proposta pelo Grupo de Trabalho do Núcleo de Assistência Farmacêutica (GTNAF) da Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP) uma definição específica relacionada ao acesso a medicamentos equivalendo à relação entre a necessidade de medicamentos e a oferta dos mesmos, na qual essa necessidade é satisfeita no momento e no lugar requerido pelo paciente, com garantia de qualidade e a informação suficiente para o uso adequado (LUIZA, 2003).

Por sua complexidade, prover o acesso aos medicamentos essenciais se constitui em um grande desafio, devendo haver trabalho conjunto e união de esforços políticos, sociais e multiprofissionais em direção a soluções. A prescrição é um importante fator, responsável pela quantidade e qualidade do consumo dos medicamentos e seu respectivo acesso.

1.1 POLÍTICAS DE ACESSO AOS MEDICAMENTOS

- Breve Histórico

No início da década de 80 o conceito de política de medicamento ainda era pouco conhecido. Entretanto, no fim do século XX, 106 estados-membros da OMS já haviam formulado uma política farmacêutica ou de medicamentos e 146 países já dispunham de uma lista nacional de medicamentos essenciais (SOBRAVIME, 2001).

O Brasil deu início à construção da política de medicamentos com a criação da Central de Medicamentos - CEME, pelo Decreto, nº 68.806, de 25 de junho de 1971, cujos objetivos principais eram a promoção e a organização das atividades de assistência farmacêutica aos estratos populacionais de reduzido poder aquisitivo, o incremento à pesquisa

científica e tecnológica no campo químico-farmacêutico e, o incentivo à instalação de fábricas de matérias-primas e de laboratórios pilotos (PEREIRA, 1995).

Por ser um órgão ligado diretamente à Presidência da República, a CEME esteve sujeita às influências das várias correntes ideológicas e dos interesses políticos que predominavam na época, passando por várias fases desde a sua criação. Desse modo, os seus objetivos iniciais mudavam na medida em que o contexto político se alterava (COSENDEY, 2000).

Após dois anos da criação da CEME, em 30 de julho de 1973, o Governo aprovou e consolidou o Decreto nº. 2.552, que instituiu o Plano Diretor de Medicamentos, definido no art. 2º como “o conjunto de diretrizes e normas integradas em um planejamento necessário ao desenvolvimento do sistema farmacêutico nacional, como fonte complementar de saúde e bem-estar social”. Para BERMUDEZ (1992) “o Plano Diretor de Medicamentos foi um marco referencial que veio para definir e nortear os rumos da atuação da CEME ao longo dos seus mais de vinte anos de existência.”

Em 1975 foi instituída a Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) por meio da Portaria nº 233 do Ministério da Previdência e Assistência Social, com a proposta de ser periodicamente revisada (PEREIRA, 1995). Segundo PEPE e VERAS (1995), embora a RENAME se constituísse apenas de uma lista de medicamentos prioritários, o seu fornecimento por parte do Governo para as Unidades de Saúde foi deficiente durante um grande período da existência da CEME, mas “ainda assim, a RENAME simboliza um esforço na direção de uma assistência farmacêutica mais eficaz e de melhor qualidade”.

Em 1987 teve início o Programa Farmácia Básica, uma proposta do governo para racionalizar o fornecimento de medicamentos para a atenção primária à saúde, sendo idealizado como um módulo-padrão de suprimento de medicamentos selecionados da RENAME, que permitiam o tratamento das doenças mais comuns da população brasileira, especialmente aquelas voltadas para o atendimento a nível ambulatorial (COSENDEY, 2000).

Em 1988, com a promulgação da nova Constituição Federal do Brasil, foi conferido ao Estado o papel de assegurar a saúde de forma universal, integral e equânime, incluindo a assistência farmacêutica (MS, 2006).

Na Constituição Federal (BRASIL, 1988) a saúde foi definida como um direito social. Esse princípio constitucional, consolidado nas Leis 8.080/90 e 8.142/90, estabeleceu as diretrizes básicas segundo as quais o Estado deveria prover as condições necessárias ao efetivo funcionamento do modelo de saúde proposto para a sociedade brasileira. Esses princípios fundamentais concretizaram-se no Sistema Único de Saúde (SUS), tornando o Estado responsável por instituir um sistema de saúde descentralizado, em conformidade com a nova Constituição.

Entretanto, apesar de uma nova Constituição e de ter sido criado o SUS, a CEME entrou em declínio na década 90, tendo seu financiamento diminuído e praticamente restrito à aquisição e à distribuição de medicamentos, deixando de ser orientadora da política de medicamentos em razão de irregularidades internas. Em 1995, esse órgão governamental foi extinto, passando suas atividades a ser exercidas por diversos outros órgãos do Ministério da Saúde; todo este cenário culminou em 1998, com a formulação e implantação da Política Nacional de Medicamentos (PEPE et al., 2008).

Outra iniciativa do Governo Federal com o objetivo de expandir o acesso da população aos medicamentos foi à regulamentação da Lei nº9787/99 (BRASIL, 1999a), mais conhecida como a “Lei dos Genéricos”, por meio da Resolução nº391/99 (BRASIL, 1999b). Essa Resolução deu prioridade à implantação do medicamento genérico no Brasil, dentro da política de medicamentos do Ministério da Saúde. Com a Lei dos Genéricos o governo assegurou a qualidade, segurança e eficácia desse tipo de medicamento realizando testes de bioequivalência e garantiu a sua intercambialidade com o respectivo produto de referência e oferecendo medicamentos seguros a um custo mais baixo (BRASIL, 1999a).

Os medicamentos genéricos possuem um menor preço, oficialmente 35% a menos que os medicamentos de referência, visto que os fabricantes

de genéricos não precisam investir em pesquisa para o seu desenvolvimento e nem em propaganda. Com a entrada dos medicamentos concorrentes genéricos houve redução nos preços dos medicamentos de referência, o que possibilitou aos cidadãos maior acesso aos medicamentos; o fortalecimento da indústria nacional; mudança de comportamento dos profissionais de saúde (prescritores e dispensadores); e o desenvolvimento tecnológico das indústrias e, conseqüentemente, do País (PG, 2010).

Dentro das ações da Política Nacional de Medicamentos é importante destacar a criação da Política Nacional de Assistência Farmacêutica, aprovada por meio da Resolução CNS nº 338, de 6 de maio de 2004, com a finalidade de contribuir para a melhoria da qualidade de vida da população, integrando ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde da população brasileira (BRASIL, 2004).

Sendo por definição um grupo de atividades relacionadas com o medicamento, destinado a apoiar as ações de saúde demandadas por uma comunidade, envolve o abastecimento de medicamentos em todas e em cada uma de suas etapas constitutivas, conservação e controle de qualidade, segurança e eficácia terapêutica dos medicamentos, o acompanhamento e avaliação da sua utilização, obtenção e difusão de informação sobre medicamentos e educação permanente dos profissionais de saúde, do paciente e da comunidade para assegurar o uso racional de medicamentos (BRASIL, 1998).

Esta definição abriga um amplo escopo de atividades, multiprofissionais em muitas etapas, voltadas a integrar o conjunto das ações de saúde, tem sido habitual a representação circular destes componentes, o chamado “ciclo da assistência farmacêutica”, na tentativa de explicitar a interdependência entre os processos (Figura 1).

Envolvendo atividades de caráter abrangente, multiprofissional e intersetorial, a assistência farmacêutica têm como finalidade principal a promoção do acesso a medicamentos de qualidade, assim como de seu uso racional e como seu objeto de trabalho a organização das ações e serviços relacionados ao medicamento (LUIZA, 2003).

Figura 1- Ciclo da Assistência Farmacêutica.

Fonte: ASSFARM/MS, OPAS, 1999.

A assistência farmacêutica engloba os sistemas e as unidades de saúde, em cada um destes cenários existem especificidades, sendo o usuário ou paciente o ponto central em comum que deve receber a melhor assistência possível (OLIVEIRA et al.,2007).

1.2 ACESSO AOS MEDICAMENTOS E O SUS

O acesso aos medicamentos essenciais do SUS tem diversas portas de entrada, sendo as mais tradicionais as que ocorrem nas internações e nos atendimentos em Unidades Básicas de Saúde, o acesso na atenção básica foi regulado recentemente pela portaria Nº 2.982 de 26 de novembro de 2009, na qual foi pactuado que a execução do Componente Básico da Assistência Farmacêutica é descentralizada, sendo de responsabilidade dos Municípios, do Distrito Federal e dos Estados, onde couber, a organização dos serviços e a execução das atividades do ciclo da assistência farmacêutica, outras formas de acesso ao medicamento se realizam por meio de programas do governo (MS, 2009a).

O Programa Farmácia Popular do Brasil, no âmbito do Programa de Saúde do Governo Federal e no contexto das ações de assistência farmacêutica, tem como objetivo a ampliação do acesso da população aos medicamentos essenciais (MS, 2009b)

A Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), órgão do Ministério da Saúde é uma executora e facilitadora do programa Farmácia Popular, o qual adquire os medicamentos de laboratórios farmacêuticos públicos ou do setor privado, quando necessário, e disponibiliza nas Farmácias Populares a baixo custo, beneficiando principalmente as pessoas com dificuldade para realizar o tratamento em razão de seu custo e diminuindo o impacto financeiro no orçamento familiar. Dados da Organização Mundial da Saúde (OMS) e de instituições brasileiras indicam que as famílias de menor renda destinam 2/3 dos gastos com saúde para a compra de remédios (SALAZAR et al., 2006).

A expansão do Programa Farmácia Popular do Brasil criou o Programa “Aqui tem Farmácia Popular”, que disponibiliza em farmácias e drogarias privadas, um elenco de 106 medicamentos para o tratamento de hipertensão e diabetes e anticoncepcionais por preços, até 90% menores que os cobrados por estabelecimentos não cadastrados, além de preservativos masculinos. O objetivo desse Programa era atingir a parcela da população que geralmente busca assistência no SUS, mas tem dificuldade para manter o tratamento medicamentoso devido ao seu alto custo (MS, 2009b).

O governo federal lançou em 2005, o Programa Medicamentos Fracionados, Após Decreto nº 5775, de 10 de maio de 2006, que revogou o Decreto nº 5348/2005, a ANVISA também editou a RDC nº 80, de 11 de maio de 2006, atualmente vigente, e que revogou a RDC nº 135 e a RDC nº 260, visando promover o uso racional de medicamentos por meio da dispensação de unidades farmacotécnicas ao usuário, em quantidade estabelecida pela prescrição médica e odontológica, necessária ao tratamento correspondente nos casos de medicamentos isentos de

prescrição, sob orientação e responsabilidade do farmacêutico (ANVISA, 2006).

O fracionamento se dá a partir da subdivisão da embalagem de um medicamento em partes individualizadas especialmente desenvolvida pelo fabricante e aprovada pela ANVISA sendo o total dispensado, suficiente para atender ao tratamento clínico prescrito ou às necessidades terapêuticas do usuário de medicamentos. A ampliação do acesso ocorre em função tanto da possibilidade de aquisição da exata quantidade prescrita, quanto do preço praticado para cada unidade do medicamento (ANVISA, 2006).

No Estado de São Paulo, destacam-se ações com vista ao acesso dos medicamentos essenciais, como é o caso do Programa “Dose Certa”, que distribuí gratuitamente os medicamentos em determinadas estações de metrô, em trens e ônibus urbanos, além de hospitais e ambulatórios do SUS-SP. Além disso, os medicamentos podem ser obtidos também em todos os municípios do Estado, nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) existentes, mediante a apresentação da receita médica (SOUZA et al., 2008).

A Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (SES-SP) dispõe de 21 farmácias “Dose Certa” que dispensam medicamentos do Programa Dose Certa, e conta atualmente com 67 itens. A viabilidade desse programa foi possível devido à recuperação da Fundação para o Remédio Popular – FURP, como laboratório público, produtor de medicamentos essenciais a baixo custo com qualidade e segurança para os usuários do SUS (SOUZA et al., 2008).

Este programa, inédito no setor público, faz uso preferencial da RENAME para seleção de medicamentos e tem apresentado resultados expressivos na melhoria do acesso à assistência farmacêutica, principalmente na otimização dos recursos financeiros, facilitando à população dos municípios o acesso aos medicamentos (SOUZA et al., 2008).

Outro Programa a ser citado, sendo esse da Secretaria Municipal da Saúde, da Cidade de São Paulo é o “Programa Remédio em Casa” (PRC), que consiste na entrega domiciliar de medicamentos em quantidades suficientes para o período de 90 dias, para portadores de

patologias crônicas, estáveis e controlados clinicamente, em acompanhamento nas Unidades de Saúde. Sua implantação aconteceu em julho de 2005, sendo a principal característica do Programa, a utilização de um sistema de controle totalmente informatizado. Tem como objetivo principal garantir o acesso mais efetivo aos medicamentos e, organizar o atendimento contínuo aos portadores de Hipertensão arterial (HA) e/ou Diabetes Mellitus (DM), Dislipidemia e Hipotireoidismo. O arsenal terapêutico conta atualmente com 13 itens (SMS/SP, 2010).

O acesso aos medicamentos essenciais é um dos pontos centrais de qualquer política a ser construída. Mas, para que isso ocorra, a atual Política Nacional de Medicamentos precisa garantir o acesso da população brasileira a esses medicamentos por meio de uma ação coordenada entre os três níveis de gestão do Sistema Único de Saúde. Contudo, a população vem encontrando algumas barreiras para efetivar esse acesso, como a falta de planejamento e problemas no uso adequado dos recursos (GARCIA et al., 2004).

Iniciativas como a Lei dos genéricos, a revisão da RENAME e a implementação da PNM, todavia, não impedem os freqüentes cortes promovidos nos gastos com a saúde e o aumento nos preços dos medicamentos, comprometendo os programas de assistência farmacêutica e contribuindo para o desabastecimento de medicamentos essenciais na assistência à saúde. Como consequência, o Sistema torna-se mais oneroso devido a internações pelo agravamento de quadros clínicos que poderiam ser evitados se não houvesse interrupção nos tratamentos (BERMUDEZ e BONFIM, 1999).

Neste contexto, em 2004, a OMS formulou um quadro estruturado, constituído de quatro partes, como um guia de coordenadas para ações conjuntas de acesso aos medicamentos essenciais (Figura 2), descritas no quadro a seguir (Quadro 1).

Figura 2 - Ações coletivas de melhoria do acesso ao medicamento essencial.

Fonte: OMS, 2004.

Quadro 1 - Abordagem das ações coletivas relacionadas à melhoria do acesso ao medicamento essencial.

1. Seleção Racional	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Desenvolvimento nacional de <i>Guidelines</i> baseados na melhor avaliação de evidências concernente a eficácia, segurança, qualidade e custo-efetividade. ➤ Uso nacional da lista de medicamentos essenciais – através de supervisão e treinamentos.
2. Preços compatíveis	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Implementação da política de genéricos. ➤ Incentivo a produção local de medicamentos essenciais. ➤ Redução da demanda através da distribuição e dispensação mais eficiente.
3. Financiamento sustentável	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Aumento de verbas públicas para os medicamentos essenciais. ➤ Redução de gastos extras, visando especialmente as classes sociais menos favorecidas.
4. Sistemas Confiáveis	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Manutenção da qualidade dos medicamentos por meio de controles regulatórios. ➤ Criação de uma cadeia de suprimentos eficiente e melhor abastecida. ➤ Integração dos medicamentos ao setor de desenvolvimentos em saúde.

Fonte: OMS, 2004.

A política nacional de medicamentos tem como objetivo principal o acesso aos medicamentos, utilizando para isso, a Lista de Medicamentos Essenciais, havendo ainda necessidade de ajustes quanto à questão dos preços compatíveis (Quadro 1), uma vez que 62% das licitações de aquisição, realizadas são importadas, 37% são nacionais e 1% por compra direta, como também um maior incentivo ao financiamento sustentável e de promoção de sistemas confiáveis, desta forma, garantiria o funcionamento de toda a cadeia logística com qualidade e eficiência, melhorando o acesso ao medicamento essencial (OPAS/MS, 2005).

Segundo Luiza (2003), a simples disponibilidade do serviço não configura o acesso, uma vez que o acesso seria um fator mediador entre a capacidade de produzir e oferecer serviços (ou produtos) e o consumo real.

Nesse processo há diferentes esferas e papéis no provimento de medicamentos. No nível federal cabe ao gestor implementar e desenvolver a PNM e a aquisição de medicamentos em situações especiais, que implique custo elevado ou medicamentos não disponíveis no mercado. Ao nível estadual as ações são concentradas em medicamentos excepcionais que são utilizados em procedimentos de alta complexidade. Nos municípios a dispensação prioritária é para os medicamentos da atenção básica (OLIVEIRA et. al, 2007).

A este aspecto chamou-se segmentação ou fragmentação da assistência farmacêutica, pois dependendo da enfermidade, ou porta de entrada no sistema, nível de atenção, local de domicílio ou de atendimento, o usuário terá diferentes instâncias a recorrer e níveis de atenção a percorrer para o acesso ao medicamento, havendo desta forma dúvidas para os usuários principalmente aqueles que usam medicamentos de várias categorias (OLIVEIRA et. al, 2007).

1.3 MEDICAMENTOS ESSENCIAIS

Medicamentos essenciais salvam vidas e promovem saúde quando acessíveis e dispensados assegurando sua qualidade e uso apropriado. A necessidade de acesso aos medicamentos essenciais é um contínuo problema global de saúde pública. Segundo a OMS, tanto no sistema público como no privado, aproximadamente 1/3 da população mundial não tem acesso regular aos medicamentos essenciais, e estima-se que uma melhoria no acesso aos medicamentos essenciais e vacinas, poderia salvar 10 milhões de vidas por ano (OMS, 2004).

O conceito de medicamentos essenciais nasceu de uma tentativa da OMS de assegurar acesso aos medicamentos indispensáveis nos países em desenvolvimento. Esse conceito tem sido amplamente aplicado e deve proporcionar racionalidade na aquisição pelo SUS e na identificação das necessidades nos diversos níveis do sistema de atenção à saúde (MS, 2007). O seu uso e o fato dos produtos da Lista de medicamentos essenciais, serem selecionados por critérios fortemente embasados em evidências faz parte das dez recomendações que melhoram o uso de medicamentos em países em desenvolvimento (LAING et al., 2001).

Disponibilizando um maior conhecimento aos prescritores e aos profissionais de saúde os medicamentos essenciais incrementam a qualidade da prescrição, facilitando os processos da escolha do medicamento e da dispensação, como também o abastecimento de sistemas, desde o armazenamento até a distribuição, sendo também mais regular, eficiente, econômica e racional. Seu conceito serve de base para a racionalização da prescrição médica e não apenas como a descrição de um elenco destinado a atender às necessidades dos países em desenvolvimento ou de populações carentes (ARNAU e LAPORTE, 1989; DUNAGAN e MEDOFF, 1993).

O Brasil é um dos maiores mercados da indústria farmacêutica mundial, com grande dependência externa de fármacos e insumos

terapêuticos, enquanto uma significativa parcela da população não tem acesso aos medicamentos, a outra, faz uso irracional deles, havendo, pois, a necessidade da promoção de ações regulatórias que disponibilizem os medicamentos, a preços razoáveis (PEPE et al., 2008).

A lista de medicamentos essenciais e seus desdobramentos no campo institucional como: publicação, utilização, influência na prescrição e produção nacional, apresenta variações que são explicadas em parte por interesses privados e por sua influência na formulação da política de saúde. (PEPE et al., 2008).

Segundo Bermudez (1995) a experiência de definição de medicamentos essenciais no Brasil surgiu 13 anos antes da recomendação da OMS, por meio do decreto n.53.612, de 26 de fevereiro de 1964 (BRASIL, 1964) que estabeleceu a Relação Básica e Prioritária de Produtos Biológicos e Materiais para uso farmacêutico e veterinário ao mesmo tempo em que estabelecia a relação básica, tornava obrigatória para os órgãos do governo a aquisição exclusiva desses medicamentos, com preferência para laboratórios do governo e para os privados de capital nacional.

No mercado farmacêutico encontram-se diversas substâncias não essenciais, muitas delas desnecessárias e até perigosas, de forma que antigas e novas modalidades de promoção comercial ampliam indiscriminadamente o consumo de medicamentos, com influência na sua provisão, aquisição, prescrição, dispensação e uso (SOBRAVIME, 2001).

Enquanto isso se sabe que aqueles medicamentos pertencentes à lista de medicamentos essenciais da OMS, têm comprovada eficácia sob critérios técnicos e científicos rigorosos como eficácia, efetividade, eficiência, segurança e experiência que se tem com o seu uso (SOBRAVIME, 2001).

A seleção cuidadosa de número limitado de medicamentos essenciais também permite melhorar a qualidade de atenção à saúde, a gestão dos medicamentos, a capacitação dos prescritores e educação do público, inclusive em países ricos (HOGERZEIL, 2004).

1.4 RELAÇÃO NACIONAL DE MEDICAMENTOS ESSENCIAIS (RENAME) E RELAÇÃO MUNICIPAL DE MEDICAMENTOS ESSENCIAIS (REMUME).

1.4.1 RENAME

Com a crescente produção de medicamentos e seu freqüente uso inadequado, especialmente nos países em desenvolvimento, a OMS em busca de soluções do problema, e conhecimento de que as populações deveriam contar com um número básico de medicamentos realmente úteis para o uso racional, elaborou em 1977 uma lista modelo, com 220 medicamentos essenciais que serviriam para tratar a maior parte dos problemas de saúde conhecidos, principalmente nos países em desenvolvimento (WHO, 1997).

O número limitado de medicamentos garantiria a manutenção dos níveis de estoque por meio de um sistema de distribuição eficiente, tornaria o medicamento acessível às populações cujas necessidades básicas de saúde não são atendidas pelo sistema de fornecimento existente, além de estimular o seu uso racional (COSENDEY, 2000).

Na 28ª Assembléia Mundial de Saúde, em 1975, foi declarado que a seleção de medicamentos essenciais deveria depender das necessidades de saúde e da estrutura e nível de desenvolvimento dos serviços de saúde de cada país. Assim sendo, a lista de medicamentos essenciais deveria ser adaptada à realidade local seja do perfil epidemiológico de sua população, seja da disponibilidade dos medicamentos de seu mercado (MS, 2000).

A RENAME abrange um elenco de medicamentos necessários ao tratamento e controle das enfermidades prioritárias do país, bem como a melhoria no acesso, na equidade, na qualidade, e eficiência dos sistemas de saúde, por meio da redução de gastos desnecessários, não sendo estático, mas procurando considerar os novos conhecimentos sobre medicamentos e tratamentos (MS, 2007).

Segundo os Médicos sem Fronteiras (2000), são três as principais funções das listas de medicamentos essenciais: a operacional fornecendo apoio à decisão dos *policy makers*, a didática definindo as prioridades para os prescritores, dispensadores e outros profissionais de saúde e a simbólica na medida em que os medicamentos incluídos na lista ganham *status* especial.

O Brasil elaborou a sua primeira lista de medicamentos essenciais em 1964, a qual foi denominada de “Relação Básica e Prioritária de Produtos Biológicos e Matérias para Uso Farmacêutico Humano e Veterinário”, demonstrando que o Brasil já vinha pautando suas políticas de medicamentos segundo os critérios internacionalmente aceitos, 13 anos antes da recomendação inicial feita pela OMS, em 1977. Essa lista já contou com oito atualizações, duas ainda na década de 1970 (1972 e 1975) e seis a partir do fim da década de 1980, até o ano de 2008 (1989, 1993, 1999, 2002, 2006 e 2008), já sob a denominação de RENAME. Recentemente, houve uma nona atualização, a RENAME 2010 coordenada pela Comissão Técnica e Multidisciplinar de Atualização da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais, denominada COMARE (LOPES, 2010).

De acordo com o artigo 9º e 10º do regimento interno da COMARE das 22 instituições participantes, nove pertencem ao Ministério da Saúde (DECIT/SCTIE, DAF/SCTIE, DESD/SE, SVS, ANVISA, SAS, ENSP/Fiocruz, INCA), duas são instancias de representação do Sistema Único de Saúde (CONASS e CONASEMS), e tem assento permanente. Participam também outras duas entidades representativas dos profissionais de saúde a Associação Médica Brasileira (AMB) ou Conselho Federal de Medicina (CFM) e de Farmácia (CFF), duas sociedades científicas e oito universidades/ instituições, convidadas pelo DAF/SCTIE/MS, conforme as competências técnico - científicas (LOPES, 2010).

É de fundamental importância ressaltar que os membros da COMARE assumem o compromisso de não ter qualquer relação remunerada com o setor privado, e nem dele podem receber ofertas, brindes, prêmios ou vantagens pessoais enquanto pertencentes à essa comissão isso

descaracterizando todo conflito de interesses entre as partes (PEPE et al., (PEPE et al., 2008).

Na RENAME são considerados aqueles medicamentos com menores riscos, de baixo custo, que atendam quadros epidemiológicos do País e as prioridades em saúde pública, baseados em ensaios clínicos nível I – aleatorizados, revisões sistemáticas e metanálises, com relevância clínica e aplicabilidade às condições nacionais (MS, 2007).

A lista de medicamentos essenciais é um instrumento orientador da prática. Ela é única, organizada por grupos farmacológicos e não apenas apresentada em ordem alfabética, mas sim em sequência lógica do pensamento, podendo haver a repetição de medicamentos com múltiplas indicações clínicas em diferentes grupos onde se inserem, fornecendo melhor idéia do arsenal terapêutico disponível.

Assim, a lista assume um foco clínico e se torna uma ferramenta educativa. Muitos prescritores e demais profissionais da saúde têm insuficiente conhecimento sobre a classificação dos medicamentos, podendo aprender com a lista quando se reúnem fármacos com a mesma indicação, por exemplo: medicamentos indicados no controle da dor (anestésicos gerais, anestésicos locais, analgésicos não-opioides, analgésicos opioides) ou fármacos que controlam distúrbios neurológicos ou psiquiátricos (anticonvulsantes, antiparkinsonianos, antidepressivos, antipsicóticos, hipnosedativos) (WANNMACHER, 2006).

Outra vantagem da lista é que são selecionadas formas farmacêuticas adequadas para adultos e crianças, com suas respectivas concentrações, e a menor posologia facilitando a administração de múltiplos de uma forma farmacêutica sólida (WANNMACHER, 2006).

Vale destacar também que a partir da RENAME 2006 iniciou-se o processo de confecção do Formulário Terapêutico Nacional (FTN), o mesmo, contendo informações científicas, isentas e embasadas em evidências sobre os medicamentos selecionados na RENAME, visando informar os profissionais de saúde, sobre a prescrição, dispensação e uso dos medicamentos essenciais, sua estrutura e formato em uma consulta,

rápida e objetiva. Esse formulário contém indicações terapêuticas, contra-indicações, precauções, efeitos adversos, interações, esquemas e cuidados de administração, orientação ao paciente, formas e apresentações disponíveis comercialmente incluídas na RENAME e aspectos farmacêuticos dos medicamentos selecionados (MS, 2008).

Na nona versão da RENAME dentre os anexos está a Portaria nº 1.254, de 29 de julho de 2005, que constituiu a COMARE, e a Portaria nº 1, de 22 de janeiro de 2008 que aprova seu regimento interno, os pareceres de exclusão, inclusão e alteração de apresentação e/ou concentração e/ou dose e/ou usos terapêuticos e/ou restrições, pareceres que subsidiaram a manutenção ou a não inclusão de medicamentos, as Convenções: denominações adotadas para formas farmacêuticas (apresentações), o formulário para solicitação de revisão da RENAME as condições de uso (hospitalar ou ambulatorial e restrições), a DDD (Dose Diária Definida) e a ATC (Classificação Anatômico Terapêutico Químico).

A ATC foi desenvolvida para ser uma classificação internacional uniforme para medicamentos, reconhecida pela OMS para a realização de estudos farmacoepidemiológicos, com comparações de padrões de utilização dos medicamentos em diferentes contextos. A Dose Diária Definida (DDD) representa a dose diária média de cada fármaco na sua indicação principal (MS, 2007).

Na lista brasileira dos medicamentos essenciais, especificam-se os medicamentos por suas designações genéricas (segundo a Denominação Comum Brasileira – DCB, 2005) sem nomear nomes de marca ou fabricantes específicos (MS, 2005).

De acordo com a *International Society of Drug Bulletins* (ISDB), há vantagens no uso de nomes científicos reconhecidos internacionalmente no início da educação dos profissionais da saúde, uma vez isso melhora a prática de prescrição e dispensação, e contribui para o uso racional e a informação independente, diminuindo o desperdício e evitando erros de medicação. Com relação à detecção de eventos adversos e potenciais riscos somente observáveis na fase de pós-comercialização, só são incluídos na

lista os medicamentos com tempo suficiente de uso, com a finalidade de minimizar possíveis danos ao paciente (WANNMACHER, 2006).

Vale ressaltar que a lista de medicamentos essenciais abrange não apenas os destinados a assistência primária ou atenção básica, mas oferece opções terapêuticas para situações de assistência a saúde a média e alta complexidade, e inclui medicamentos financiados pelos componentes da Assistência Farmacêutica aos níveis Básico, Estratégico e Especializado; o elevado custo de um medicamento não o exclui da lista, quando ele representar a melhor escolha para uma condição nosológica epidemiologicamente relevante (LOPES, 2010).

Diante de tudo isso, deve haver um empenho multidisciplinar onde os prescritores, desde a sua graduação possam ver a importância dessa Lista e dar prioridade as suas prescrições aos medicamentos da RENAME, para que todo este empenho possa realmente alcançar seu objetivo, assim o uso Racional dos medicamentos estará melhor contemplado e o acesso a estes de igual forma.

1.4.2 REMUME

O principal objetivo da Comissão de Farmacoterapêutica da SMS (CFT-SMS) é estabelecer a Relação Municipal de Medicamentos (REMUME), com a participação ativa de muitos profissionais da Secretaria da Saúde de Estado de São Paulo e de consultores externos à mesma. Utiliza-se como base de referência a Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) e a Lista Modelo de Medicamentos Essenciais da Organização Mundial da Saúde de Abril de 2003; os medicamentos também seguem a Denominação Comum Brasileira (DCB, 2003).

O processo de elaboração é dinâmico, contínuo, multidisciplinar e participativo. A REMUME faz discriminação dos medicamentos utilizados nos diferentes níveis de atenção; estabelece os critérios de prioridade para orientar a área de aquisição de medicamento, por meio da integração com o

Centro de Informação sobre Medicamentos; analisa periodicamente as estatísticas de morbidade e mortalidade para as necessidades de alterações e, promove a capacitação dos profissionais da SMS para a sua utilização, conforme os protocolos de tratamento (SMS/SP, 2002).

Adota-se na REMUME o sistema de classificação semelhante à RENAME: ATC, DDD e a classificação de risco fetal para gestantes, os próximos passos da CFT-SMS/SP incluem a elaboração de Formulário Terapêutico Farmacológico em conjunto com os profissionais da rede que, ao lado das diretrizes terapêuticas e recomendações de uso, irão propiciar o apoio necessário para os profissionais de saúde na efetivação do uso racional de fármacos (SMS/SP, 2004).

1.5 PRESCRIÇÃO DE MEDICAMENTOS

Diversas variáveis determinam a prescrição, a dispensação e o consumo de medicamentos, incluindo a indústria farmacêutica, a relação médico-paciente, o ensino médico, o pensamento profissional, o Sistema de Saúde e os mecanismos de regulação, desde a produção até o consumo de medicamentos (PEPE e VERAS, 1995).

Os profissionais da saúde legalmente aptos a prescrever são médicos, médicos-veterinários e cirurgiões-dentistas e os enfermeiros, conforme estabelecido na Portaria MS nº 1.625 de 10 de julho de 2007.

O farmacêutico, apesar de não ser um prescritor, possui múltiplas responsabilidades frente às prescrições médicas, pois é o profissional que se encontra na interface entre a distribuição de fármacos e o seu uso, podendo ser considerado como peça-chave na garantia da qualidade do cuidado médico. Ele representa, portanto, uma das últimas oportunidades dentro do sistema de saúde de identificar, corrigir ou reduzir possíveis riscos associados à terapêutica, os quais podem envolver questões de cunho legal, técnico e clínico. No momento que antecede ao aviamento da receita/prescrição, o farmacêutico poderá examiná-la e cruzar as informações com dados da história clínica do paciente. É imprescindível que

seja fornecido ao paciente um bom entendimento das informações constantes na prescrição, para que haja o desejado alcance na terapia medicamentosa proposta (RUPP et al.; 1992 BROWN, 1997).

É importante lembrar que a prescrição é um documento legal pelo qual se responsabilizam aqueles que prescrevem, dispensam e administram os medicamentos/terapêuticas ali arrolados, no Sistema Único de Saúde, adota-se a prescrição conforme a Denominação Comum Brasileira (DCB) e, em sua ausência, a Denominação Comum Internacional (DCI) (MS, 2008).

Nos serviços privados de saúde, a prescrição pode ser feita utilizando o nome genérico ou o comercial, ficando a critério do profissional responsável, que deverá ressaltar, quando necessário, as restrições à intercambialidade; no caso do profissional prescritor decidir pela não intercambialidade de sua prescrição, esta manifestação deverá ser efetuada por item prescrito, de forma clara, legível e inequívoca, devendo ser feita de próprio punho, não sendo permitidas quaisquer formas de impressão, colagem de etiquetas, carimbos ou outras formas automáticas para esta manifestação (ANVISA, 2002).

Segundo a portaria SMS.G Nº 1.535, de 27 de setembro de 2006 a REMUME deve ser norteadora das prescrições de medicamentos nos serviços de saúde do Sistema Único de Saúde sob gestão municipal. As prescrições de medicamentos nas unidades do Sistema Único de Saúde municipal deverão seguir os seguintes critérios:

- a) ser escrita em caligrafia legível, à tinta, datilografada ou digitada, observadas a nomenclatura e o sistema de pesos e medidas oficiais, indicando a posologia e a duração do tratamento;
- b) conter o nome completo do paciente;
- c) conter a denominação genérica dos medicamentos prescritos; ou seja conter a Denominação Comum Brasileira;
- d) ser apresentada em duas vias;
- e) conter o nome do prescritor, data, a assinatura do mesmo e o número de seu registro no conselho de classe correspondente.

As receitas têm validade 30 dias, contados a partir da data da sua emissão, sendo que a validade das receitas de medicamentos sujeitos a controle especial deverão atender à legislação específica, as receitas de antimicrobianos terão validade de 10 dias a partir da data de emissão, as que são destinadas ao tratamento de doenças crônicas, portanto de uso contínuo, poderão ser prescritas em quantidades para até no máximo 180 (cento e oitenta) dias de tratamento. O dispensador deverá anotar na receita a quantidade do medicamento que foi atendida, a data e seu nome de forma legível. A primeira via da receita deverá ser entregue ao usuário e a segunda via deverá ficar retida na farmácia e arquivada pelo prazo de 02 anos, para fins administrativos (SMS/SP, 2006).

LUNDE (1989) verificou que a prescrição de um número elevado de fármacos não resulta em maiores benefícios para a saúde pública em relação a um número mais limitado de produtos; pelo contrário, a existência de número elevado de medicamentos pode dar lugar à confusão em todos os níveis da cadeia do medicamento e constituir desperdício de recursos humanos e de dinheiro (LAPORTE et al., 1989).

Na pesquisa “Experiência de Acesso da População de Baixa Renda a Medicamentos e Genéricos, Município de São Paulo – 2005”, a quantidade de medicamentos avaliado em um período recordatório de 15 dias, nessa população atingiu 10 medicamentos, entretanto foi verificada uma tendência de queda na porcentagem de acesso para níveis em torno de 70%, a partir de quantidades do 5º ao 6º medicamentos (SILVA et al., 2005).

Estudo realizado por CHAUDHURY et al. (2005), mostrou que na Índia a prescrição medicamentosa era irrestrita, e os médicos prescreviam muitas vezes as mais onerosas alternativas, sendo que 5-10% das prescrições continham o mesmo antibiótico sob diferentes nomes comerciais ou de marca.

A falta de adesão dos prescritores à lista de medicamentos essenciais segundo WANNMACHER (2006) se deve basicamente, ao

desconhecimento, a preconceitos, a arraigados hábitos de prescrição e à influência da propaganda de medicamentos (WANNMACHER, 2006).

O profissional prescritor nos dias atuais, não consegue conhecer as mais de 10.000 marcas comerciais existentes no mercado brasileiro, e seus diversos princípios ativos, precauções e contra-indicações, até mesmo o correto manejo em diversas situações clínicas, sendo alvo vulnerável das estratégias de marketing da indústria farmacêutica, por meio de informações sobre seus lançamentos de determinadas marcas, que acabam influenciando objetiva, ou subjetivamente as possíveis opções quanto à tomada de decisão (PEPE e VERAS, 1995).

A prescrição de medicamentos é uma prática definida em um contexto maior e complexo, que é o processo saúde-doença como um todo, refletindo as concepções existentes na comunidade na qual está inserida, desta forma por meio da análise das prescrições alguns aspectos interferentes podem ser explicitados e a partir daí se proporem medidas de intervenção (CARMO e NITRINI, 2004).

Diante do exposto poderemos admitir a hipótese que sustenta esta pesquisa, na qual o ato de prescrever segundo a RENAME poderá facilitar o acesso aos medicamentos essenciais

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Avaliar a associação entre o acesso a medicamentos e a prescrição, segundo a Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME).

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Estimar a porcentagem de medicamentos presentes na RENAME, do total das prescrições médicas da pesquisa: “Experiência da População de Baixa Renda a Medicamentos e Genéricos, Município de São Paulo – 2005”;
- Verificar qual a forma farmacêutica freqüentemente prescrita e presente na RENAME.
- Investigar outras variáveis relacionadas à prescrição tais como: sexo do paciente, número de medicamentos prescritos e instituição de saúde de origem, e variáveis relacionadas ao medicamento como o acesso ao medicamento prescrito, o nome do medicamento prescrito, prescrição por denominação genérica, forma farmacêutica, presença na RENAME, presença na REMUME.

3 MÉTODO

Foram utilizadas 784 receitas prescritas e escaneadas, pertencentes e disponíveis da pesquisa “Experiência de Acesso da População de Baixa Renda a Medicamentos e Genéricos, Município de São Paulo – 2005”, a qual foi realizada pelo Departamento de Epidemiologia da Faculdade de Saúde Pública, e se encontravam em arquivo no formato PDF.

Foi realizada pesquisa do tipo transversal, sendo a população de estudo composta por indivíduos residentes no Município de São Paulo, com idade de 40 anos ou mais, que se utilizaram de medicamentos, nos 15 dias anteriores à data da entrevista.

Os entrevistadores realizaram a visita domiciliar, preencheram o questionário e copiaram as receitas, as quais foram impressas para a realização deste trabalho e encadernadas em três blocos. Posteriormente os dados das prescrições foram coletados e digitados para as planilhas do Excel 2007. Os critérios determinados para a inclusão das prescrições neste estudo foi que tivessem pelo menos três variáveis legíveis, sendo obtido um total de 702 receitas que compuseram a amostra final. A partir daí, separamos as variáveis cujas informações existiam nas prescrições e as variáveis cujas informações pertenciam ao medicamento, sendo as seguintes:

- Variáveis da prescrição: sexo do paciente, número total de medicamentos prescritos e instituição de saúde de origem da prescrição.
- Variáveis do medicamento: acesso ao medicamento, nome do medicamento prescrito, prescrição por denominação genérica, forma farmacêutica, presença na RENAME, presença na REMUME.

A variável acesso foi colhida para cada medicamento, sendo possível verificar se houve ou não o acesso pelo paciente, verificamos também para cada medicamento se os mesmos constavam na Relação Nacional de Medicamentos – RENAME 2002 e na Relação Municipal de Medicamentos – REMUME 2004, nesta última observamos quais eram os medicamentos exclusivos desta lista, ou seja, aqueles que não constavam na Relação Nacional.

Para análise da variável acesso observamos os carimbos de fornecimento na prescrição dos medicamentos, nos caso que não havia carimbo procedeu-se á busca por algum sinal gráfico indicativo do acesso, como data e assinatura do dispensador ao lado de cada medicamento ou quantidade de medicamento fornecida, e anotada ao lado de cada medicamento, junto a assinatura do dispensador (Anexos 1 e 2).

Nos casos de carimbos ilegíveis recorreu-se a planilha do Excel, aos dados de acesso coletados dos inquéritos da pesquisa realizada em 2005, localizando-se a receita pelo nome do paciente e em seguida, o acesso para cada medicamento.

Na análise da variável relacionada a presença dos medicamentos nas listas da RENAME e da REMUME foram observadas as versões disponíveis na época da pesquisa em que foram coletadas as prescrições, desta forma adotamos as versões do ano 2002 e 2004, respectivamente.

A RENAME 2002 contém 327 fármacos, em 520 apresentações, além de correlatos e imunoterápicos (45), estando ordenados e classificados em três grandes grupos terapêuticos (A, B e C); conforme o quadro 2.

A REMUME contém 381 fármacos (exceto as vacinas, soros imunes, imunoglobulinas e produtos para diagnósticos) e 654 apresentações de produtos farmacêuticos.

Os fármacos são classificados de acordo com seu uso terapêutico também pela classificação ATC, este sistema possui no primeiro nível 14 grupos, excluindo nesta lista o nível Q que é para uso veterinário, os grupos do primeiro nível são:

A - Aparelho digestivo e metabolismo

B - Sangue e órgãos hematopoéticos

C - Sistema cardiovascular

D - Dermatológicos

G - Sistema geniturinário e hormônios sexuais

H - Hormônios de uso sistêmico, exceto hormônios sexuais

J - Agentes antiinfeciosos para uso sistêmico

M - Sistema músculo-esquelético

N - Sistema nervoso

P - Produtos antiparasitários

R - Sistema respiratório

S - Órgãos dos sentidos

V – Vários (antídotos, agentes desintoxicantes em tratamento antineoplásico, agentes de diagnóstico, nutrientes gerais).

Quadro 2- Classificação dos medicamentos na RENAME 2002.

A. MEDICAMENTOS DE USO GERAL	Analgésicos, antiespasmódicos, antiinflamatórios, antigotosos, antialérgicos e medicamentos usados em anafilaxia, antiinfeciosos de uso geral, antiinfeciosos de uso especial e antiparasitários, nutrientes.
B. MEDICAMENTOS POR GRUPOS ANATÔMICOS	Cardiovascular, digestivo, endócrino e reprodutor, hematopoiético, nervoso central, órgãos dos sentidos, pele e mucosas e respiratório.
C. OUTROS MEDICAMENTOS E PRODUTOS	Agentes diagnósticos, anestésicos, antineoplásicos e adjuvantes, imunossupressores, medicamentos e antídotos para intoxicações exógenas, outros produtos essenciais, vacinas, soros, imunoglobulinas.

No Epi Info™ 2000 foram calculadas as frequências, as associações bivariadas, e tabelas 2x2 (qui - quadrado), que nos demonstrou a associação estatística por meio do p-valor, como também o teste de Chances - Odds Ratio (OR); no OpenEpi realizamos testes tais como: qui - quadrado para as associações estratificadas.

Utilizou-se o software MapInfo® para a construção dos mapas temáticos dos dados de receitas por distrito no município de São Paulo.

A presente pesquisa foi submetida e aprovada pelo Comitê de Ética da Faculdade de Saúde Pública, uma vez que se utilizou de dados secundários oriundos de órgãos não oficiais, envolvendo pesquisa em seres humanos, conforme o contido na Resolução 196/96 da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP).

Vistos os aspectos éticos assumidos para a construção deste trabalho, foram mantidos em sigilo e excluídos, os nomes dos médicos, pacientes e serviços de saúde, contidos nos dados do projeto, “Experiência de Acesso da População de Baixa Renda a Medicamentos e Genéricos, Município de São Paulo, 2005”.

4 RESULTADOS

4.1 DESCRIÇÃO DA AMOSTRA

4.1.1 AMOSTRA DAS PRESCRIÇÕES

Na figura 3, percebe-se que a distribuição espacial da amostra de prescrições ou receitas (mapa b) é equivalente à amostra de entrevistas alcançadas da pesquisa por domicílios (mapa a), os nomes dos distritos da amostra estão descritos no Quadro 3.

Figura 3 – Distribuição espacial por distrito da amostra de domicílios da pesquisa e da amostra das receitas copiadas; Município de São Paulo, 2005.

Quadro 3 - Distritos localizados nas amostras de domicílios e de receitas.

DISTRITOS	
ANHANGUERA – ANH	JARDIM HELENA - JDH
ARICANDUVA – ARI	JARDIM SÃO LUÍS - JDS
BRASILANDIA – BRL	LAJEADO - LAJ
CACHOEIRINHA – CAC	LIMÃO - LIM
CAMPO LIMPO – CLM	PARQUE DO CARMO - PQC
CAPAO REDONDO – CRE	PEDREIRA - PDR
CIDADE ADEMAR – CAD	PENHA - PEN
CIDADE DUTRA – CDU	RIO PEQUENO - RPE
ERMELINO MATARAZZO- ERM	SACOMÃ - SAC
FREGUESIA DO Ó – FRE	SÃO MATEUS - SMT
GRAJAU – GRA	SÃO MIGUEL - SMI
GUAIANAZES – GUA	SAPOPEMBA - SAP
IGUATEMI – IGU	VILA ANDRADE - VAN
ITAIM PAULISTA – IPA	VILA CURUCA - VCR
ITAQUERA – ITQ	VILA JACUÍ - VJA
JABAQUARA – JAB	VILA LEOPOLDINA - VLE
JARAGUÁ – JAR	VILA MARIA - VMR
JARDIM ANGELA – JDA	VILA MEDEIROS - VMD

As distribuições de freqüências do número de medicamentos foi em média de 2,5 medicamentos por prescrição (Tabela 1) e, constatou-se também que mais da metade das receitas são provenientes das Unidades Básicas de Saúde.

Tabela 1- Distribuição de frequências do número de medicamentos por prescrição.

Número de medicamentos	Prescrição		
	N	%	% acum.
1	226	32.2	32.2
2	188	26.8	59.0
3	134	19.1	78.10
4	79	11.3	89.3
5	40	5.7	95.0
6	16	2.3	97.3
7	12	1.7	99.0
8	6	0.9	99.9
9	1	0.1	100.0
Total	702	100.0	100.0

Média = 2,5; Desvio padrão = 1,5479

Verificou-se também que o percentual de nenhum acesso e acesso parcial juntos foi de 54% das prescrições, significando que em quase metade das prescrições as terapêuticas compostas podem ter sido prejudicadas por falta do medicamento (Tabela 2).

Tabela 2 - Distribuição de acesso aos medicamentos por unidade de prescrição analisada.

Acesso aos medicamentos	N	%
Todos	318	46
Nenhum	168	29
Parcial	198	25
Total	684	100

Figura 4 - Porcentagem de acesso aos medicamentos segundo número de medicamentos por prescrição.

Correlacionando-se no gráfico a porcentagem de acesso aos medicamentos com o número de medicamentos por prescrição, observou-se que para um medicamento prescrito, o acesso é total, havendo uma diminuição de 30% no acesso a partir do segundo medicamento e uma

diminuição gradativa com o aumento do número de medicamentos em prescrição, chegando a apenas 25% de acesso aos medicamentos nas prescrições que contêm cinco ou mais medicamentos.

As Unidades Básicas de Saúde, como serviços de atenção primária à população, originaram mais da metade das prescrições analisadas. No atendimento secundário e/ou terciário a maior parte das prescrições foi oriunda de serviços de saúde privados (Tabela 3).

Tabela 3 - Distribuição de serviços de saúde das prescrições segundo nível de atenção em saúde.

Serviços de Saúde	N	%
Unidades Básicas de Saúde	392	52.60
Hospitais / Clínicas Privadas	151	20.30
Hospitais Públicos	120	16.10
Total	663*	100.00

*39 prescrições não continham a informação

Dentre as prescrições analisadas destacou-se a de um hospital do Município de São Paulo, que veio acompanhada de uma ficha técnica de dispensação de medicamentos informatizada, indicando a quantidade de caixas e blisters dispensados para cada medicamento, seu nome genérico e/ou nome comercial. A mesma continha ainda a apresentação do medicamento e sua forma farmacêutica, como também informações de um possível excedente do medicamento devido à adequação entre a dispensação e a posologia prescrita, facilitando desta forma a visualização de todos os itens da prescrição.

Um fator limitante na etapa de registro dos dados das prescrições foi o entendimento das variáveis devido à pouca legibilidade de algumas prescrições, fator esse, minimizado pela experiência prévia do pesquisador na área de dispensação de medicamentos.

4.1.2 AMOSTRA DE MEDICAMENTOS.

Do total de medicamentos prescritos (n=1762), a forma farmacêutica predominante foi os comprimidos, presentes em cerca de 75% nas listas de medicamentos essenciais (RENAME e REMUME).

Nota-se ainda (Figura 5), que dentre os medicamentos denominados Fora da Lista (Tabela 4), ou seja, aqueles que não estão presentes na relação nacional ou municipal, sua maior parte é composta de medicamentos prescritos por nome comercial ou de marca, que não estão segundo a Denominação Comum Brasileira (DCB), e a outra parte são de medicamentos genéricos 12%, que ainda não foram inclusos em nenhuma das listas.

Tabela 4 – Distribuição dos medicamentos conforme a presença nas listas de medicamentos essenciais das prescrições analisadas no Município de São Paulo.

Listas de Medicamentos	N	%
RENAME	1144	64.90
*REMUME	179	10.20
FORA DAS LISTAS	439	24.90
Total	1762	100.00

* medicamentos exclusivos desta lista.

Figura 5 - Distribuição dos medicamentos “Fora das Listas” segundo prescrição por denominação genérica e por nome comercial ou de marca.

Observa-se também a presença de mais de 50% de medicamentos prescritos segundo a RENAME em todos as regiões da amostra, no Município de São Paulo (Figura 6).

Figura 6 – Distribuição percentual quanto aos distritos do Município de São Paulo de prescrições segundo a RENAME.

A distribuição de frequência dos medicamentos prescritos segundo a RENAME mostrou que não houve o acesso em 248 deles, sendo que cinco medicamentos obtiveram um valor maior do que 5% de não acesso, a Hidroclorotiazida 25mg comprimidos(comp.) destacou-se com 11,30% (Tabela 5).

Tabela 5 - Distribuição de frequências dos medicamentos prescritos segundo a RENAME e o não acesso.

MEDICAMENTOS	NÃO ACESSO	
	N	%
Hidroclorotiazida 25mg comp.	28	11.30
Sinvastatina 20mg comp.	18	7.20
Captopril 25mg comp.	17	6.90
Metformina 850mg comp.	16	6.50
Ácido acetilsalicílico 100mg comp.	14	5.60
Total	*248	

*Todos os medicamentos prescritos da RENAME que não houve o acesso.

Quanto aos medicamentos prescritos que são exclusivos da REMUME, não houve o acesso em 46 destes, e cinco obtiveram um valor maior que 6% de não acesso, destaca-se o Atenolol 50mg comprimido com 21,7% (Tabela 6).

Tabela 6 - Distribuição de frequências dos medicamentos prescritos exclusivos da REMUME e o não acesso.

MEDICAMENTOS	NÃO ACESSO	
	N	%
Atenolol 50mg comp.	10	21.7
Diclofenaco sódico 50mg comp.	5	10.9
Alendronato de sódio 10mg comp.	4	8.7
Cinarizina 25mg comp.	3	6.5
Complexo B drg.	3	6.5
Total	*46	

*Todos os medicamentos prescritos exclusivos da REMUME que não houve o acesso.

4.2 ASSOCIAÇÃO DE ACESSO A MEDICAMENTOS E PRESCRIÇÃO SEGUNDO A RENAME.

A Tabela 7 mostra que 78% dos medicamentos prescritos segundo RENAME, foram obtidos, já 41% dos medicamentos que não estavam prescritos foram obtidos. Portanto, conclui-se que as prescrições quando seguem a RENAME têm a chance de acesso entre 4 a 6 vezes maior na obtenção dos medicamentos.

Tabela 7 - Acesso aos medicamentos segundo a prescrição pela RENAME.

ACESSO						
RENAME	SIM		NÃO		Total	
	N	%	N	%	N	%
Sim	872	77.80	248	22.20	1120	100.00
Não	245	40.70	357	59.30	602	100.00
Total	1117	64.80	605	35.20	1722	100.00
				Valor	p-valor	
Qui-quadrado de Yates				234.7	<0.0000001	
				IC		
Odds Ratio				5.097	4.114 - 6.328	

Os resultados observados quando foram estratificadas as distribuições entre RENAME e acesso por serviços de saúde, mostraram que a porcentagem do acesso aos medicamentos não aumentou significativamente entre hospitais e unidades básicas de saúde, respectivamente 73,33% e 85,00% (Tabelas 8 e 9).

Para clínicas privadas, o valor encontrado diminui, sendo de 38%; nota-se, no entanto, que mesmo esse percentual de acesso sendo baixo,

quando comparados aos anteriores, mostra que a presença da RENAME na prescrição ainda assegura o acesso aos medicamentos (Tabelas 10).

Tabela 8 – Análise estratificada da associação entre acesso aos medicamentos e RENAME em *hospitais.

RENAME	ACESSO					
	SIM		NÃO		Total	
	N	%	N	%	N	%
Sim	209	73.33	76	26.67	285	100
Não	69	35.00	128	65.00	197	100
Total	278	57.70	204	42.30	482	100.00

* Hospitais: consideraram-se os públicos e privados.

Tabela 9 – Análise estratificada da associação entre acesso aos medicamentos e RENAME em Unidades Básicas de Saúde.

RENAME	ACESSO					
	SIM		NÃO		Total	
	N	%	N	%	N	%
Sim	602	85.00	108	15.00	710	100
Não	154	55.00	125	45.00	279	100
Total	756	76.00	233	24.00	989	100,00

Tabela 10 – Análise estratificada da associação entre acesso aos medicamentos e RENAME em clínicas privadas.

RENAME	ACESSO					
	SIM		NÃO		Total	
	N	%	N	%	N	%
Sim	23	38.00	37	62.00	60	100.00
Não	11	13.25	72	86.75	83	100.00
Total	34	24.00	109	76.00	143	100.00

Verifica-se ainda na tabela 10, que a presença de nomes comerciais em prescrições, no caso das clínicas privadas é elevada e, que 86.75% dos medicamentos que não faziam parte da lista de medicamentos essenciais não foram obtidos.

Tabela 11 – Estimativas pontuais do odds ratio e intervalos de confiança segundo serviços de saúde.

Serviços de Saúde	Odds	
	Ratio	Intervalo de confiança
Hospitais	5.08	3.44 - 7.57
Unidades Básicas de Saúde	4.52	3.30- 6.18
Clínicas Privadas	4.03	1.78 - 9.45

A chance de se obter medicamentos prescritos em serviços de saúde está relacionada à prescrição segundo a RENAME, isso demonstrado em clínicas privadas onde apesar do acesso ter sido baixo (38%) a chance foi praticamente igual às obtidas em UBS e hospitais (Tabela 11).

5 DISCUSSÃO

O acesso a medicamentos essenciais vêm sendo reconhecidamente considerado como parte fundamental de toda a política farmacêutica, tornando-se um elemento substantivo na elaboração e execução de ações ou programas de assistência a saúde. Assegurando desta forma o desejado padrão de saúde para todo ser humano, sendo reconhecido como fundamental pela Organização Mundial da Saúde (OMS), e reafirmado em diversas declarações, convenções e tratados regionais ou internacionais (OMS 2004).

Ressalta-se que o acesso ao medicamento não pode ser associado ao elevado número de medicamentos, obtidos na prescrição. A OMS 2003 recomenda que a média de medicamentos por receita seja 2,0 ou menos, nesta pesquisa, encontramos uma média de 2,5, valor maior do que o encontrado por FARIAS et al., (2007), em estudo realizado em Campina Grande (PB) onde a média foi de 1,5 e pesquisa realizada por COLOMBO et al., (2004), em Blumenau (SC) onde a média de 1,8 foi encontrada.

Relacionando os gastos familiares do brasileiro, o IBGE aponta a saúde em quarto lugar, e a maior parte desses é representada pela compra de medicamentos, chegando inclusive a comprometer 90% dos gastos em saúde pelas camadas mais pobres da população (SALAZAR, 2006).

Estudos realizados por BERQUÓ et al., (2006), mostra que os principais motivos para o não acesso, são o de não haver o medicamento no SUS e, a falta de recursos para comprá-lo. Nesta pesquisa encontramos mais um motivo como fator que dificulta o acesso, que foi a associação quanto à quantidade de medicamentos presentes na prescrição.

Observando a figura 4, percebe-se que a porcentagem de acesso aos medicamentos diminui gradativamente com o aumento do número de medicamentos presentes na prescrição, chegando a apenas um acesso de 25% nas prescrições que contêm a partir de cinco ou mais medicamentos.

Quando analisamos o acesso total e parcial das prescrições (Tabela 2), o percentual do nenhum acesso e acesso parcial juntos soma 54% das prescrições, significando que em quase metade das prescrições as terapêuticas compostas podem ter sido prejudicadas.

Pesquisa realizada por KARNIAKOWSKI et al., (2004) em 11 cidades brasileiras, revelou a falta de medicamentos do elenco da RENAME para a atenção primária, sendo esse fato considerado preocupante por colocar em risco a saúde e a vida dos pacientes e, aumentar o numero de internações e procedimentos, com maior ônus para os cofres públicos em relação aos custos com os medicamentos.

Outro fato a ser considerado é a humanização no atendimento ao usuário, segundo BELLO (2009) há falta de qualidade e boa vontade, de acordo com o discurso dos pacientes; que quando não encontram o medicamento, o usuário sai procurando em diversas unidades e nem sempre são atendidos. Essa ação envolve tempo, gasto com transportes, desgaste emocional e, às vezes, falta ao trabalho.

Será necessário um trabalho conjunto do governo e da sociedade civil para mudança desta situação, que inclusive já apresentou resultados, por exemplo, no caso dos medicamentos anti-retrovirais para tratamento do HIV/AIDS, onde as ONGs e pacientes conseguiram garantir no serviço público o acesso contínuo aos medicamentos deste tratamento (SALAZAR, 2006).

Sabe-se que um trabalho conjunto do governo e da sociedade civil poderá promover uma mudança nessa situação, uma vez que excelentes resultados já foram observados, como por exemplo, no caso do uso dos medicamentos anti-retrovirais, onde as ONGs e os pacientes, juntos, conseguiram garantir por meio do serviço público, acesso contínuo a medicamentos tão importantes no tratamento dos que possuem a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (SIDA) (SALAZAR, 2006).

A formulação de políticas voltadas para a organização de um sistema de saúde equânime, integral e resolutivo requer para o atendimento efetivo dos problemas de saúde da população a realização de um conjunto de

ações articuladas entre os diferentes níveis de complexidade da atenção à saúde, atualmente estruturado em três níveis hierárquicos, distintos e complementares de atenção à saúde: atenção básica, média e de alta complexidade (MS, 2010).

A Atenção Básica, segundo o Departamento de Atenção Básica (DAB), caracteriza-se por ser um conjunto de ações de saúde, levadas a efeito no âmbito individual e coletivo e, que abrangem a promoção da saúde, a prevenção de agravos, a reabilitação e a manutenção da saúde, sendo desenvolvidas por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas. O público alvo são as populações de territórios bem delimitados, sendo o trabalho exercido por equipes compostas por 5 (cinco) Coordenações: Acompanhamento e Avaliação, Alimentação e Nutrição, Gestão da Atenção Básica, Hipertensão/Diabetes e Saúde Bucal que assumem a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações (MS, 2010).

As Unidades Básicas de Saúde deste estudo foram responsáveis por 53 % das receitas sendo, portanto o nível de atenção primária a saúde predominante (Tabela 3), a elas cabe a dispensação dos medicamentos para os usuários, segundo a Relação Municipal de Medicamentos - REMUME. São garantidas prioritariamente a medicação dos pacientes seguidos na UBS e a farmácia deve ser mantida aberta durante todo horário de funcionamento da Unidade (SMS/SP, 2005).

A Média Complexidade Ambulatorial é a assistência que ocorre na prática clínica e demanda a disponibilidade de profissionais especializados e a utilização de recursos tecnológicos, para o apoio diagnóstico e tratamento. A Alta Complexidade é o conjunto de procedimentos que, no contexto do SUS, envolve alta tecnologia e alto custo, objetivando propiciar à população acesso a serviços qualificados, integrando-os aos demais níveis de atenção à Saúde, juntas, essas duas ações foram responsáveis por 36,40% das prescrições (Tabela 3).

Quanto aos medicamentos prescritos e que pertenciam às Listas de Medicamentos Essenciais, 65% desses, constavam na lista da RENAME

(Tabela 4), valor menor do que um estudo realizado pela OPAS/MS (2005), em 29 unidades de saúde de cinco Estados brasileiros, o qual apresentou uma média de 78,3% de medicamentos prescritos segundo a RENAME, NAVES e SILVER (2005) encontraram em Brasília 85,3% de medicamentos prescritos na lista municipal de medicamentos.

Com relação aos medicamentos prescritos conforme a Lista municipal de São Paulo (REMUME) percebeu-se que cerca de 10% desses medicamentos, faziam parte exclusivamente dela, porém a maior parte correlacionava-se em ambas as listas (nacional e municipal), o que demonstrou uma concordância próxima entre as mesmas.

Desde a década passada, foram realizados esforços no sentido de racionalizar o uso de medicamentos e a adesão da prescrição à RENAME, entretanto ela nunca chegou a servir de base terapêutica nos principais serviços, sendo o seu uso maior em serviços ambulatoriais e principalmente nas redes das secretarias estaduais de saúde (LUCCHESI, 1991).

Os medicamentos considerados como “Fora das Listas” neste estudo, ou seja, os que não pertencem à lista nacional ou municipal, a maior parte desses 88% foram medicamentos prescritos por nome comercial ou de marca. Considera-se importante e recomendado em legislação a prescrição conforme a Denominação Comum Brasileira de medicamentos, que segue a denominação genérica, isto favorecerá em muitos casos o acesso, a dispensação e um medicamento com um custo mais barato do que o de referência (Figura 5).

Segundo SHENKEL et al. (2004), a introdução de medicamentos genéricos no mercado brasileiro representou um marco importante, por constituir um dos principais mecanismos de regulação dos preços praticados no mercado, embora até o momento, não tenha acontecido uma ampliação geral do acesso da população a esses medicamentos.

Recente pesquisa sobre os medicamentos genéricos e a participação dos produtos patenteados mostra que a participação deste último no total dos gastos com medicamentos é ainda 40% superior à participação dos gastos com medicamentos genéricos, sendo que os medicamentos sob

patente representam menos de 1% do consumo e mais 10% dos gastos com medicamentos no Brasil. Já os medicamentos genéricos representam cerca de 13% do consumo e menos de 8% dos gastos com medicamentos no Brasil (ANVISA, 2010).

O setor industrial tem relevante papel na colaboração da política dos genéricos, pois cabe a ele o lançamento destes baseados em estudos de bioequivalência realizados com o produto de referência internacional, cabendo ao Estado os incentivos fiscais para alavancar esta produção e ao município a fiscalização, planejamento e o abastecimento. Segundo a portaria n.507 de 04/1999 do Ministério da Saúde, sobre a seleção de fármacos para a RENAME, dita que entre fármacos de valor terapêutico comprovado, deve-se dar preferência aos de menor custo de aquisição, precisamente os produtos genéricos, privilegiando-os nas aquisições do SUS.

A produção pública de medicamentos pode vir a contribuir para atenuar no sentido do abastecimento de certos medicamentos, pois contribui para a regulação de preços do mercado, desta forma os laboratórios públicos de produção em nosso país necessitam de grande apoio estatal (OLIVEIRA et. al, 2007).

Segundo BONFIM e CASTRO (2008), ocorreu uma evolução da presença de medicamentos genéricos na RENAME, mas ainda existe um grande caminho a percorrer, principalmente no âmbito do desenvolvimento da indústria farmoquímica, para que haja uma maior independência do Brasil em relação aos insumos e fabricação externas.

Estudo realizado por ANTUNES e CANONGIA (2008), baseado na RENAME 2002 constatou que 234 medicamentos não possuíam genéricos, sendo, portanto potenciais genéricos, pondo em evidência o potencial de ampliação de exploração desse tipo de mercado em especial da classe dos antiinfeciosos.

Na figura 6, destacamos a presença de mais de 50% de medicamentos prescritos segundo a RENAME em todos os distritos da amostra, caracterizando o uso da lista, no entanto necessita ainda de

incentivo ao seu uso, pelos profissionais prescritores. Estudo de FERRAES (2002) na atenção básica do Município do Paraná, refere que somente 22,5% citam a utilização da RENAME como instrumento auxiliar para a seleção dos medicamentos, em outro estudo nacional envolvendo cinco estados brasileiros, houve uma média de 78,3% dos medicamentos prescritos na RENAME, em Blumenau, 82,4% dos medicamentos prescritos em unidades do Programa Saúde da Família pertenciam à lista local e 57,7% à RENAME (COLOMBO et al, 2004).

Quanto ao não acesso a determinados medicamentos no Município de São paulo, verificamos que houve um total de 248 medicamentos que estavam presentes na RENAME e que não houve o acesso (Tabela 5), e 46 medicamentos presentes exclusivamente na REMUME que também os pacientes não obtiveram (Tabela 6).

Dos cinco medicamentos mais frequentes da RENAME que não foram obtidos, quatro deles são importantes para o tratamento de doenças crônicas (Hidroclorotiazida 25mg, Sinvastatina 20mg, Captopril 25mg, Ácido acetilsalicílico 100mg); o medicamento Metformina 850mg, da classe dos antidiabéticos orais, também apresentou o não acesso, a falta deste poderá favorecer o agravamento ou até mesmo danos ao paciente com comprometimento no sistema endócrino.

Quanto aos medicamentos da lista REMUME um total de 46 não obtiveram o acesso, sendo cinco mais freqüentes destacando-se o medicamento para o sistema cardiovascular Atenolol 50mg, e do sistema músculo esquelético, da classe dos antiinflamatórios o Diclofenaco de sódio 10mg, a falta deste último pode vir a prejudicar o tratamento das doenças reumáticas e inflamatórias.

O SUS mesmo com todas as dificuldades gerencia os recursos escassos frente à demanda crescente, que os sistemas de saúde universais enfrentam, não se omitindo em atender aos pacientes, entretanto as dificuldades que estas demandas geram devido ao não acesso aos medicamentos favorecem o surgimento de ações judiciais, pois o direito do cidadão de exigir a garantia de acesso aos medicamentos via sistema

judiciário é fundamental para evitar a negligência do Estado, desde que feito com embasamento sobre as políticas públicas de saúde e seu componente farmacêutico (VIEIRA E ZUCCHI, 2007).

As falhas do ciclo da assistência farmacêutica levam ao desabastecimento de medicamentos a qual deveria por lei estar disponível por ser essencial. Desta forma por não obter os medicamentos da RENAME ou outra lista que lhe assegure seu acesso universal, muitos pacientes abrem os processos judiciais e determinam aos gestores do SUS, o fornecimento de medicamentos que vão desde os mais simples, que fazem parte da RENAME, como o Ácido Acetil-Salicílico(AAS) 100 mg até medicamentos importados (BONFIM, 2008).

No Município de São Paulo encontrou-se que 78% dos medicamentos prescritos segundo à RENAME foram obtidos (Tabela 7), demonstrando a associação entre a RENAME e o acesso; entretanto, os 41% que não constavam na lista nacional foram obtidos. Nesse valor estão inclusos os 10% que pertenciam exclusivamente a REMUME, o que aumentou aparentemente o acesso; como também outros medicamentos de distribuição exclusiva das listas dos medicamentos excepcionais, saúde mental e HIV/AIDS que podem ter elevado esse acesso fora da RENAME por não estarem presentes nela.

Quanto aos medicamentos que constavam na RENAME e não foram obtidos, foram encontrados cerca de 22.0% (Tabela 7); estudos feitos em 19 municípios do estado de Minas Gerais por GUERRA JR. et al.(2004) revelou que 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 dos produtos, por falhas no ciclo da assistência farmacêutica.

Diversos estudos mostram que, o primeiro passo para um sistema de fornecimento de medicamentos eficiente e eficaz é a seleção adequada de medicamentos. Essa seleção tem por objetivo limitar o número de medicamentos a ser adquirido para os níveis de atenção a saúde, conduzindo às seguintes resultados: melhor suprimento e promoção de uma

prescrição mais racional e, redução dos gastos com medicamentos, tornando-os acessíveis às populações cujas necessidades básicas de saúde não são atendidas (COSENDEY, 2000).

A prescrição na RENAME é um importante passo para o acesso aumentando a chance de acesso entre 4 a 6 vezes mais, em se obter os medicamentos, embora saibamos que há limitação neste processo e para que isso aconteça todas as etapas do ciclo da assistência farmacêutica devem ser integradas.

No estudo de GUERRA JR. et al. (2004) em 69 estabelecimentos em Minas Gerais observou-se a baixa disponibilidade e descontinuidade da oferta no setor público, tanto nos almoxarifados municipais (52%), como nas unidades públicas (46,9%).

Um levantamento realizado pelo Conselho Nacional de Secretários de Saúde(CONASEMS), mostrou que mais da metade dos brasileiros afirmam que não encontraram no SUS o medicamento prescrito; pesquisa realizada em 11 cidades no País, pelo Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor (IDEC) confirmou a falta de medicamentos essenciais nos postos de saúde (SALAZAR et al., 2006).

O impacto da elaboração e atualização de diversas RENAME ainda não resultou em ações mais amplas e firmes no seu cumprimento, como suporte dos processos da política de medicamentos, garantindo seu acesso universal e a produção oficial, especialmente de medicamentos sem produção nacional (PEPE et al, 2008).

Um exemplo disto são fármacos de alta importação ainda sem produção nacional, estudo realizado por ANTUNES e CANONGIA(2008) identificou 22 produtos, onde a maioria tinham valores de importação entre US\$1 milhão FOB (*Free on Board*) - significa que as despesas decorrentes do transporte (frete e seguro) são por conta do destinatário; e US\$ 3 milhões FOB, chamando atenção dois produtos o N-butilescopolamina que é um fármaco para o sistema digestivo, e a associação de fármacos para o sistema endócrino e reprodutor (Levonorgestrel + etinilestradiol) superando cada um desses medicamentos em US\$ 5 milhões FOB e o outro, a

metilcelulose, usado para preparações oftálmicas, que supera US\$ 10 milhões FOB.

Uma dificuldade que se origina de diversas fontes consiste na falta de adesão dos profissionais na prescrição de medicamentos essenciais. Profissionais que atendem em diferentes setores, públicos ou privado têm diferentes condutas na prescrição numa mesma jornada de trabalho, da mesma doença em pacientes atendidos nesses diversos cenários (WANAMACHER, 2006).

Diante disso, percebe-se a importância da presença das Listas de Medicamentos Essenciais no ambiente do prescritor, via eletrônica ou impressa, para que o mesmo possa consultá-lo quando necessário e adequar sua prescrição ao elenco dos medicamentos. Estudo nacional realizado pela Opas/MS (2005) encontrou a RENAME em 70% das 29 Unidades de Saúde (PEPE et al., 2008).

Diversos motivos influenciam o médico a prescrever para o paciente desde o local de atendimento, agências regulamentadoras, propaganda, comunidade acadêmica e interesses econômicos, esta prescrição liga o paciente ao tratamento, que deverá vir a ser seguido, percebeu-se neste estudo que 59,3% dos pacientes não obtiveram o acesso aos medicamentos que necessitaram (Tabela 7) e estes não constavam na lista, situação esta que deve ser bem monitorada, em razão das consequências que causam o não acesso, a saúde do paciente e ao Sistema de Saúde como um todo.

Consiste em um grande desafio, garantir a ampla disseminação da RENAME, abrangendo todos os níveis da gestão pública de saúde, para o maior número possível de prescritores, setores acadêmicos, serviços de saúde e organismos profissionais. O apoio político, nesse aspecto, se torna crucial para que todas essas ações se harmonizem com a Lista Nacional de Medicamentos Essenciais, desde as listas estaduais e municipais, listas hospitalares, guias e protocolos clínicos, etc., pois sem tal suporte torna-se impossível a sua implementação (WANAMACHER, 2006).

Os riscos associados à terapêutica segundo BATES et al., (1997), podem ser minimizados pelo investimento na qualidade da prescrição e

dispensação, em relação a isto, observa-se que a qualidade da prescrição no sentido da visualização do acesso ao medicamento na prescrição pode vir a ser melhorada.

Muitas das receitas aviadas, analisadas, apresentavam um carimbo, ou em cima do nome do medicamento prescrito, ou da posologia e do seu modo de uso, poluindo as prescrições, deixando-as pouco legíveis. Algumas prescrições não possuíam carimbo, outras continham apenas a data do recebimento ou um sinal gráfico. Longe de ser apenas uma questão de estética, uma prescrição legível, contendo as informações necessárias, contribuirá certamente para uma adequada cadeia de acesso ao medicamento.

Desta forma se faz necessário a presença de profissionais farmacêuticos e técnicos treinados para orientação de pacientes no decorrer da dispensação dos medicamentos, em farmácias comunitárias, hospitalares e ambulatoriais, para que o acesso seja de qualidade.

Quanto melhor for o processo de produção de conhecimento a partir das informações recebidas relacionadas aos medicamentos e quanto melhor a interação entre prescritor, dispensador e paciente, mais próximo se estará de alcançar um melhor resultado (PEPE e OSÓRIO - DE - CASTRO, 2000).

A prescrição eletrônica e seus meios podem vir a contribuir nesses aspectos; entretanto observa-se ainda um grande número de receitas escritas a mão, que poderão ser melhor padronizadas, para o benefício do paciente primeiramente, bem como das Instituições de saúde e suas unidades dispensadoras de medicamentos.

Quando estratificamos a associação entre acesso aos medicamentos e RENAME para hospitais, Unidades Básicas de Saúde observamos que o acesso se realizou em ambos, com valores próximos para hospitais (73%) e para as UBS (85%) (Tabelas 7 e 8), a RENAME dessa forma foi valorizada ao conquistar seu propósito no acesso ao medicamento. Continuando nessa mesma estratificação, agora em clínicas privadas, nota-se que o acesso já fica bastante reduzido (38%) (Tabela 9). E que os medicamentos são mais prescritos por seu nome comercial, como

todos os brasileiros têm direito ao SUS, bastaria que a prescrição médica fosse feita com a denominação genérica e o paciente ter o cartão do SUS, para que todos os que fossem atendidos por planos de saúde privados ou em clínicas privadas, tivessem o acesso por meio do SUS, ao medicamento prescrito.

Entretanto o atendimento destas prescrições sem uma previsão e/ou programação podem prejudicar o abastecimento, resultando em sobras e desperdícios, diante disto muitas unidades só entregam o medicamento a partir de receitas do serviço público de saúde, e para os pacientes que residam na área de abrangência do serviço (SALAZAR, 2006) no Município de São Paulo é normalmente dispensado para qualquer paciente que chegue na unidade pública, a prescrição pode ser de origem tanto do serviço público como do privado, contudo deve atender a portaria municipal 1535.

Deve haver um esforço conjunto em prol da PNM, que deve ser tanto de profissionais, gestores da saúde, instituições do ensino voltadas para a saúde em se valorizar e propagar a lista de medicamentos essenciais que traz uma melhora na qualidade da prescrição e no acesso aos medicamentos, disparando ainda vários processos como seu uso racional, pesquisa, monitoramento e avaliação dentre outros.

Segundo OLIVEIRA et. al., (2007) há um longo caminho a se percorrer para assegurar a equidade, o direito a saúde e o acesso aos medicamentos, tema esse cada vez mais presente nos países de renda média e baixa. O autor refere, no entanto, que o Brasil apesar das desigualdades entre regiões está avançando na ampliação do acesso à saúde, de modo que outros países buscam aqui estas experiências inovadoras.

O Município de São Paulo tem enfrentado o desafio para que a assistência farmacêutica, no acesso aos medicamentos essenciais, venha cumprir sua finalidade e, juntamente com o Estado vêm disponibilizando importantes programas como o “Dose certa”; que conta com o apoio da Fundação para o Remédio Popular (FURP), a qual abastece

e faz uso preferencial da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais em sua seleção dos medicamentos e também os distribui em pontos estratégicos do município.

6 CONCLUSÃO

Do total de medicamentos analisados 65% estavam prescritos segundo a RENAME; e as Unidades Básicas de Saúde, como nível de atenção primária, foram responsáveis por mais da metade das receitas estudadas.

Foi detectado o uso de 2,5 medicamentos por prescrição na população adulta de baixa renda residente no Município de São Paulo em 2005; resultado coerente com a OMS (2003) que recomenda que a média de medicamentos por receita seja 2,0 ou menos.

Encontramos, portanto que a quantidade de medicamentos presentes na prescrição mostrou-se negativamente correlacionada ao número de medicamentos, chegando apenas a um acesso de 25% nas prescrições que contêm cinco ou mais medicamentos, o que pode ser considerado como fator que dificulta o acesso.

Em 54% das prescrições não ocorreu acesso total ou parcial ao medicamento, significando que as terapêuticas compostas podem ter sido prejudicadas por falta dos mesmos.

Nas prescrições observou-se que, cerca de 10% do total de medicamentos faziam parte exclusivamente da Relação Municipal de Medicamentos (REMUME) do Município de São Paulo.

Entre os medicamentos prescritos como “fora das listas” (RENAME ou REMUME), 88% usaram o nome comercial; considera-se importante e recomendado em legislação a prescrição pelo nome genérico. Isto poderá facilitar o acesso ao medicamento como também a escolha por um medicamento mais barato que o de referência.

Destacamos a presença de mais de 50% de medicamentos prescritos em todos os distritos da amostra, caracterizando alguma equidade no uso da lista.

No Município de São Paulo encontrou-se 78% dos medicamentos prescritos segundo à RENAME foram obtidos, o que demonstrou a associação entre a RENAME e o acesso, enquanto que 41% que não constavam na lista, foram obtidos.

Foram encontrados cerca de 22% de medicamentos prescritos segundo a RENAME, que não foram obtidos. Ao se estratificar a associação entre o acesso aos medicamentos e a RENAME para hospitais e Unidades Básicas de Saúde, observou-se que o acesso se realizou em ambos, com valores próximos de 73% e 85%, respectivamente.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A mudança de atitude do profissional prescritor faz-se necessária frente à questão dos medicamentos essenciais. É um ponto imprescindível a ser considerado pelas políticas públicas de saúde no Brasil devendo haver um esforço conjunto multiprofissional para a promoção da política de medicamentos, especialmente da RENAME, e a inserção do farmacêutico qualificado permeando todo esse contexto, certamente contribuirá para a qualidade deste acesso.

7 REFERÊNCIAS

Antunes AMS, Canongia C. Prospecção Tecnológica da Indústria Farmacêutica Nacional: fármacos e medicamentos com potencial de inovação. In: Buss PM, Carnevali JR, Casas CPR, organizadores. Medicamentos no Brasil: inovação e acesso. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2008.p 145-65.

ANVISA. Resolução RDC nº 84, de 19 de março de 2002. Aprova o regulamento técnico para os medicamentos genéricos. D.O.U de 20 de março de 2002.[acesso em 6 setembro de 2010]; Disponível em http://www.anvisa.gov.br/hotsite/genericos/legis/resolucoes/2002/84_02rdc.htm.

ANVISA - Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Medicamentos fracionados: guia para farmacêuticos. Brasília, DF; 2006.

ANVISA. Resolução RDC nº 80, de 11 de maio de 2006. Aprova o regulamento técnico para o fracionamento de medicamentos. D.O.U de 12 de maio de 2006.[acesso em 5 de julho de 2010]; Disponível em: http://www.anfarmag.org.br/documentos/RDC80_06_InspFracionamento.doc.

ANVISA. Resolução RDC nº 10, de 02 de janeiro de 2001. Aprova o regulamento técnico para medicamentos genéricos. D.O.U nº 6-E, de 9/1/2001 pág. 18. Republicada no Diário Oficial da União de 15 de janeiro de 2001. [acesso em 2 ago 2010]; Disponível em : <http://legis.anvisa.gov.br/leisref/public/showAct.php>

ANVISA. NUREM:Núcleo de Assessoramento Econômico em Regulação. Medicamentos com patentes de moléculas no Brasil. Brasília, DF; 2010. [acesso em 25 de Julho de 2010]; Disponível em: <http://portal.anvisa.gov.br/wps/wcm/connect/dcf7208041f61640976ddfdde10276bfb/Trabalho+de+Patentes.pdf?MOD=AJPERES>

Arnau JM, Laporte JR. Promoção do uso racional de medicamentos e preparação de guias farmacológicos. In: Laporte JR, Tognoni G, Rozenfeld S. organizadores, Epidemiologia do Medicamento: princípios gerais. São Paulo: Hucitec, Abrasco,1989.

ASSFARM/MS. Gerência Técnica da Assistência Farmacêutica Secretaria de Políticas. Ministério da Saúde. OPAS: Organização Pan-Americana da Saúde.Brasília,DF; 1999.

Bates DW, Spell N, Cullen DJ, Burdick E, Laird N, Petersen L A, Small SD, Sweitzer BJ, Leape LL. The costs of adverse drug events in hospitalized patients. JAMA, 1997; 277:307-11.

Bello CB. Acesso a medicamentos: experiência da população de baixa renda, na Região do Butantã, Município de São Paulo, 2009 [tese de doutorado]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública; 2009.

Bermudez JAZ, Bonfim JRA. organizadores. Medicamentos e a reforma do setor saúde. São Paulo: Hucitec/Sobravime;1999.

Bermudez JAZ. Indústria farmacêutica, Estado e Sociedade: crítica da política de medicamentos no Brasil. São Paulo: Hucitec;1995.

Bermudez JAZ. Remédios: saúde ou indústria? A produção de medicamentos no Brasil. Rio de Janeiro: Relume Dumará;1992.

Berquó E, Garcia S, Lago TDG do, organizadores. Pesquisa nacional de demografia e saúde da criança e da mulher-PNDS 2006. Ministério da saúde/Centro Brasileiro de Análise e Planejamento; 2006. p. 281-95.

Bonfim JRA, Castro LI. O Desenvolvimento do Mercado de Produtos Farmacêuticos Genéricos no Brasil. In: Buss PM, Carvalheiro JR, Casas CPR, organizadores. Medicamentos no Brasil: inovação e acesso. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2008.p 61-78.

BOMFIM RLD. A Busca do Acesso Universal e a Garantia do Direito à Saúde. [tese de doutorado]. Rio de janeiro: Instituto de Medicina Social; 2008.

BROWN T A. Reviewing and dispensing prescription and medication orders. In: Comprehensive Pharmacy Review (L. Shargel, A. H. Mutnick, P. F. Souney, L. N. Swanson & L. H. Block, eds.). Baltimore: Williams & Wilkins. 1997; 428-35.

Brasil. Decreto n.º 5.775, de 10 de maio de 2006. Dispõe sobre o fracionamento de medicamentos, dá nova redação aos arts. 2º e 9º do Decreto nº 74.170, de 10 de junho de 1974, e dá outras providências. [decreto na internet]. [acesso em 6 de set de 2009]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato_2004-006/2006/Decreto/D5775.htm

Brasil. Conselho Nacional de Saúde. Resolução CNS nº 338 de 06 de maio de 2004. Aprova a Política Nacional de Assistência Farmacêutica. Brasília, DF: Diário Oficial da União – Seção I nº 96, 20 de maio de 2004.

Brasil. Lei nº 9.787 de 10 de fevereiro de 1999, altera a Lei nº6. 360, de 23 de setembro de 1976, que dispõe sobre a vigilância sanitária, estabelece o medicamento genérico, dispõe sobre a utilização de nomes genéricos em produtos farmacêuticos e dá outras providências. Diário Oficial da União, 11 fev 1999a.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria no 3.916, 30 outubro de 1998, dispõe sobre a política nacional de medicamentos, suas diretrizes e prioridades. Diário Oficial da União, 1998. Diário Oficial da União, 10 nov 1998.

Brasil. Resolução nº391 de 9 de agosto de 1999. Estabelece as bases legais para a instituição do medicamento genérico no País. Diário Oficial da União, 10 ago 1999b.

Brasil. Lei n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União. 20 set 1990.

Brasil. Lei n.º 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde - SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Diário Oficial da União. 31 dez 1990.

Brasil Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado; 1988.

Brasil. Decreto nº 53.612, de 26 de Fevereiro de 1964. Aprova a relação de medicamentos essenciais para os fins previstos no Decreto nº 52.471, de 1963, e dispõe sobre a aquisição de medicamentos pela Administração Pública Federal. Diário Oficial da União. 27 fev 1964.

Carmo TA, Nitrini SMOO. Prescrições de medicamentos para gestantes: Um estudo farmacoepidemiológico. Rio de Janeiro: Cad. Saúde Pública, 2004; 20(4): 1004-13.

Chaudhury RR, Parameswar R, Gupta U, Sharma S, Tekur U, Bapna JS. Quality medicines for the poor: experience of the Delhi programme on rational use of drugs. Health Policy Plan. 2005; 20(2): 124–36.

Colombo D, Helena ETS, Agostinho ACMG, Didjurgett JSMA. Padrão de prescrição de medicamentos nas unidades de programa saúde da família de Blumenau. Rev Bras Cien Farm 2004; 40(4).

Cosendey MAE. Análise da implantação do Programa Farmácia Básica: um estudo multicêntrico em cinco estados do Brasil [tese de doutorado] Rio de Janeiro: Fiocruz/ENSP; 2000.

Dunagan WC, Medoff G. Formulary control of antimicrobial usage: what price freedom? Diagnostic Microbiology and Infectious Diseases. 1993; 16(3): 265-74.

EPI Info™, version 3.5.1 [software na internet]. Atlanta: Centers for Disease Control and Prevention – Division of Public Health Surveillance and Informatics; 2000 [atualizado em 18 Ago 2008]. Disponível em: <http://www.cdc.gov/epiinfo/>.

Farias AD, Cardoso MAA, Medeiros ACD, Belém LF, Simões MOS. Indicadores de prescrição médica nas unidades básicas de Saúde da Família no Município de Campina Grande, PB. Rev Bras Epidemiol. 2007; 10 (2): 149-56.

Ferraes AMB. Política de Medicamentos na Atenção Básica e a Assistência Farmacêutica no Paraná [tese de mestrado]. Londrina : Universidade Estadual de Londrina; 2002.

Garcia M, Pepe VLE, Andrade CR, Pontes Júnior DM, organizadores . Vigilância em saúde. Rio de Janeiro : Escola de Governo em Saúde; 2004. (Coleção Escola de Governo. Série Trabalhos de Alunos.Vigilância em Saúde,1).

Guerra Junior 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 Pan de Salud Pub.2004; 15(3): 168-75.

Hogerzeil HV. The concept of essential medicines: lessons for rich countries. BMJ. 2004; 329: 1169-72.

Karniakowski MG. Access to essential drugs in 11 Brazilian cities: a community- based evaluation and action method. Journal of Public Health Policy, 2004; 25(3-4): 288 – 98.

Laing R, Hogerzeil HV, Ross-Degnan D. Ten recommendations to improve use of medicine in developing countries. Health Policy Plan. 2001; 16: 13-20.

Laporte JR, Tognoni G, Rosenfeld S. Epidemiologia do medicamento: princípios gerais. São Paulo: Hucitec/Abrasco; 1989.

Le Grand A, Hogerzeil HV, Haaijer-Ruskamp F M. Intervention in rational use of drugs: a review. Health Policy Plan.1999;14(2): 89-102.

Lopes LC. Assistência farmacêutica e a consolidação da Rename como instrumento orientador. In: Ministério da Saúde. Departamento de assistência farmacêutica e insumos estratégicos. Relação nacional de medicamentos essenciais - RENAME. 7.ed. Brasília, DF; 2010. p.15-18. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

Lucchesi G. Dependência e autonomia no setor farmacêutico: um estudo da Ceme [tese de mestrado]. Rio de Janeiro: ENSP/ Fiocruz; 1991.

Luiza VL. Acesso a medicamentos essenciais no Estado do Rio de Janeiro [tese de doutorado]. Rio de Janeiro: Fiocruz/ENSP; 2003.

Lunde PKM. Seleção e uso de medicamentos a nível internacional, nacional e local. In: Laporte JR, Tognoni G, Rozenfeld S. Epidemiologia do medicamento: princípios gerais. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco; 1989.

MapInfo Professional®, 2004 - 2010 RockWare Inc. Licença da Pitney Bowes Software Inc.

Médecins Sans Frontières- MSF. Translating the essential drugs concept into the context of the year. Report of a Brainstorming Meeting. Genebra; 2000.

MS- Ministério da Saúde. Portaria n° 507 de 4 de abril de 1999. Dispõe sobre a seleção de fármacos para a RENAME. (D.O.U 04/05/1999). Brasília, DF; 1999.

MS - Ministério da Saúde. Média e alta complexidade. Brasília, DF; s.d. [acesso em 6 abr 2010] Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/sas/mac/area.cfm?id_area=828.

MS - Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Gerência Técnica de Assistência Farmacêutica Relação nacional de medicamentos essenciais - RENAME. Brasília, DF; 2000.

MS- Ministério da Saúde. Portaria n° 131 de 31 de janeiro de 2001. Dispõe sobre a atualização da RENAME e constitui a comissão Técnica e Multidisciplinar de Atualização da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais - COMARE. (D.O.U 01/02/2001). Brasília, DF; 2001.

MS- Ministério da Saúde. Portaria n° 33 de 21 de novembro de 2001. Dispõe sobre o roteiro de análise das atualizações da RENAME. (D.O.U 22/11/2001). Brasília, DF; 2001.

MS- Ministério da Saúde. Portaria n° 1.625 de 10 de julho de 2007. Regulamenta sobre a prescrição de medicamentos. (D.O.U 11/07/2007). Brasília, DF; 2007.

MS - Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de assistência farmacêutica e insumos estratégicos. Relação nacional de medicamentos essenciais - RENAME.5.ed. Brasília, DF; 2007. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

MS - Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Gerência Técnica de Assistência Farmacêutica. Relação Nacional de Medicamentos Essenciais - RENAME. 3.ed. Brasília, DF;2002.(Série B. Textos Básicos de Saúde).

MS - Ministério da Saúde. Portaria nº 2.982 de 26 de novembro de 2009. Aprova as normas de execução e de financiamento da Assistência Farmacêutica na Atenção Básica. (D.O.U 01/12/2009). Brasília, DF; 2009a.

MS - Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. O SUS no seu município: garantindo saúde para todos. Brasília, DF; 2009b.

MS- Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Lista DCB 2005: atualizada pela RDC no. 83, de 16 de maio de 2006. (D.O.U. 17/05/2006). Brasília, DF; 2005.

MS- Ministério da Saúde. Departamento de assistência farmacêutica e insumos estratégicos. Formulário terapêutico nacional 2008: Rename 2006. Brasília, DF; 2008. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

MS- Ministério da saúde. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. Assistência farmacêutica na atenção básica. 2. ed. Brasília,DF; 2006. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

MS- Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde da Família. Brasília, DF; s.d. [acesso em 6 abr 2010]
Disponível em: http://dab.saude.gov.br/conheca_dab.php.

Naves JOS, Silver LD. Avaliação da assistência farmacêutica na atenção primária no Distrito Federal. Rev Saúde Pública, 2005; 39(2):223-30.

Oliveira MA, Bermudez JAZ, Osório-de-Castro CGS. Assistência farmacêutica e Acesso a Medicamentos. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2007.

OMS - Organização Mundial da Saúde. Perspectivas políticas em medicamentos: acesso equitativo aos medicamentos essenciais; um quadro para ações coletivas. Genebra; 2004.

OMS - Organización Mundial de La Salud. La selección de medicamentos esenciales. Ginebra; 1977. (Série de Informes Técnicos, 615).

OPAS/MS – Organização Pan-Americana da Saúde; Ministério da Saúde. Avaliação da assistência farmacêutica no Brasil. Brasília, DF; 2005.

Open Epi, version 2.3. [software na internet]. Open Source Epidemiologic Statistics for Public Health; 2005 [atualizado em 20 Maio 2009]. Disponível em: www.OpenEpi.com.

Pepe VLE, Osório-de-Castro CGS, LuizaVL. A Relação Nacional de Medicamentos Essenciais: um instrumento da política nacional de medicamentos. In: Buss PM, Carneiro JR, Casas CPR, organizadores. Medicamentos no Brasil: inovação e acesso. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2008.p 319-34.

Pepe VLE, Osório-de- Castro VLE. A interação entre prescritores, dispensadores e pacientes: informação compartilhada como possível benefício terapêutico. Rio de Janeiro: Caderno de Saúde pública. 2000; 16(3).

Pepe VLE, Veras CMT. A prescrição médica. Rio de Janeiro: UERJ/IMS; 1995. (Série Estudos em Saúde Coletiva, 111).

Pereira AA. Produção descentralizada de medicamentos essenciais no Instituto de Tecnologia em Fármacos do Estado do Rio de Janeiro: um diagnóstico estratégico de sua implementação [dissertação de mestrado]. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas/EBAP; 1995.

PG - Pró-Genéricos [homepage na internet]. Medicamentos Genéricos no Brasil, Avanços e Desafios. Associação. [acesso em 20 de Julho de 2010]. Disponível em: <http://www.progenericos.org.br>

RUPP MT, De YOUNG M, SCHONDELMEYER SW. Prescribing problems and pharmacist interventions in community practice. Medical Care. 1992; 30:926 - 40.

Salazar AL, Grou KB, Sampaio L, Scheffer M. Medicamento um direito essencial. São Paulo: IDEC/CRF-SP/Cremesp-SP;2006.

Santos V dos, Nitrini SMOO. Indicadores do uso de medicamentos prescritos e de assistência ao paciente de serviços de saúde. Rev Saúde Pública. 2004; 38(6): 819-26.

SMS/SP. Secretaria Municipal de Saúde, Gabinete do Secretário. Portaria nº 1535 de 27 de setembro de 2006. Normatiza a prescrição e dispensação de medicamentos no âmbito das unidades pertencentes ao Sistema Único de Saúde sob gestão municipal [portaria na internet]. [acesso em 2 jun 2009]. Disponível em: <http://portal.prefeitura.sp.gov.br/secretarias/saude/legislacao/0159>.

Schenkel EP. Assistência farmacêutica. In: Brasil: Ministério da Saúde. Saúde no Brasil: contribuições para a agenda de prioridades de pesquisa. Brasília, DF; 2004.

Silva NN, Alves MCGP, Bello C, Schmid B, Bernal RTI, Barbieri S et al. Experiência de acesso da população de baixa renda a medicamentos e genéricos. Relatório Científico-FAPESP-Proc 2004/11920-4.

Souza RR, Mendes JV, Barros S, organizadores. 20 anos do SUS. São Paulo: SES/SP; 2008. p. 218-34.

SMS/SP. Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo. Programa Remédio em Casa-PRC. [homepage na Internet]. São Paulo; s.d. [acesso em 5 maio 2010]. Disponível em: <http://portal.prefeitura.sp.gov.br/secretarias/saude/programas/0002>.

SMS/SP. Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo. Comissão Farmacoterapêutica. Relação Municipal de Medicamentos Essenciais-REMUME. 2. ed. São Paulo, SP; 2004.

SMS/SP. Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo. Coordenação da Atenção Básica e PSF. Documento Norteador: compromisso das unidades básicas de saúde com a população. São Paulo; 2005.

SOBRAVIME, Sociedade Brasileira de Vigilância de Medicamentos, O que é uso racional? São Paulo; 2001.

Wannamacher L. Medicamentos essenciais: vantagens de trabalhar com este contexto Brasília: OPAS/OMS; 2006. (Uso racional de medicamentos: temas relacionadas, v.3, n.2).

WHO - World Health Organization. The use of essential drugs: 7th Report of WHO Expert Committee. Geneva; 1997. (WHO Technical Report Series, 867).

WHO- World Health Organization. Report on the 12th Expert Committee on the Selection and Use of Essential Medicines. Geneva; 2002 (Technical Report Series, 914).

ANEXOS

Anexo 1- Exemplo de cópia de receita com carimbo indicativo de acesso ao medicamento com a data da dispensação, visualizados nos círculos.

RECEITUÁRIO

NOME: _____

1- Omeprazol 100 _____ cont.
(Toros 100)
meu g. pelo manhã

2- Captopril 25 _____ cont.
2 g. /manhã
2 g. /tarde
2 g. /noite

3- Metoprolol 250 _____ cont.
1 g. de 12/12h

4- Furosemida 40 _____ cont.
1 g. /manhã
meu /almoço

170505
FCA - FARMACIA

170605
FCA - FARMACIA

Anexo 2- Exemplo de cópia de receita com indicativo de acesso por meio de sinal gráfico, indicando quantidade recebida, data e assinatura do dispensador, visualizados nos círculos.

RECEITUÁRIO
(1ª via e 2ª via)

NOME: [Redacted]

Via oral:
 Cloptopril 25 mg — 180 cápsulas
 tomar 2 compr. de 8x8h
 AAS 100 mg — 160 comprimidos
 tomar 1 comprimido cada

São Paulo, 04/03, 05

Assinatura e carimbo do prescritor

JUSTIFICATIVA – COD. (Prescritor, preencha este campo se a quantidade prescrita for superior àquela determinada pela Portaria ANVISA nº 344/98).