

Acesso a medicamentos para doenças crônicas no Brasil: uma abordagem multidimensional

Maria Auxiliadora Oliveira^I, Vera Lucia Luiza^I, Noemia Urruth Leão Tavares^{II}, Sotero Serrate Mengue^{III}, Paulo Sergio Dourado Arrais^{IV}, Mareni Rocha Farias^V, Tatiane da Silva Dal Pizzol^{VI}, Luiz Roberto Ramos^{VII}, Andréa Dâmaso Bertoldi^{VIII}

^I Departamento de Política de Medicamentos e Assistência Farmacêutica. Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca. Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro, RJ, Brasil

^{II} Departamento de Farmácia. Faculdade de Ciências da Saúde. Universidade de Brasília. Brasília, DF, Brasil

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

^{IV} Departamento de Farmácia. Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem. Universidade Federal do Ceará. Fortaleza, CE, Brasil

^V Departamento de Ciências Farmacêuticas. Centro de Ciências da Saúde. Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, SC, Brasil

^{VI} Departamento de Produção e Controle de Medicamentos. Faculdade de Farmácia. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, RS, Brasil

^{VII} Departamento de Medicina Preventiva. Escola Paulista de Medicina. Universidade Federal de São Paulo. São Paulo, SP, Brasil

^{VIII} Departamento de Medicina Social. Faculdade de Medicina. Universidade Federal de Pelotas. Pelotas, RS, Brasil

RESUMO

OBJETIVO: Analisar o acesso a medicamentos para tratar doenças crônicas não transmissíveis no Brasil segundo fatores socioeconômicos, demográficos e de saúde, sob perspectiva multidimensional.

MÉTODOS: Análise de dados da Pesquisa Nacional sobre Acesso, Utilização e Promoção do Uso Racional de Medicamentos (PNAUM), inquérito domiciliar, plano amostral por conglomerados com representatividade da população brasileira e grandes regiões do País, segundo domínios de sexo e idade. Dados coletados em 2013-2014 com amostra constituída por adultos (≥ 20 anos) que referiram ter doenças crônicas não transmissíveis e indicação médica para usar medicamentos ($n = 12.725$). Avaliou-se a prevalência de acesso aos medicamentos para doenças crônicas não transmissíveis autorreferidas, considerando quatro dimensões: disponibilidade, acessibilidade geográfica, aceitabilidade e capacidade aquisitiva. Aplicou-se teste Qui-quadrado de Pearson para avaliar a significância estatística das diferenças entre os estratos, considerando o nível de significância de 5%.

RESULTADOS: Foram encontradas prevalências de 94,3%, 5,2% e 0,5% para acesso total, parcial e nulo, respectivamente. Maiores prevalências ocorreram entre os idosos, na região Sul comparada à região Nordeste; naqueles que referiram ter uma doença crônica não transmissível comparados aos que referiram ter duas ou mais; naqueles que precisavam de um medicamento comparados aos que precisavam de três ou mais; e naqueles que autoavaliaram sua saúde como boa ou muito boa. A acessibilidade geográfica foi semelhante no Sistema Único de Saúde e nas farmácias privadas (72,0%). A disponibilidade total de medicamentos foi de 45,2% no Sistema Único de Saúde, 67,4% no Programa Farmácia Popular e 88,5% nas farmácias privadas. A aceitabilidade foi de 92,5% no Sistema Único de Saúde, 97,8% no Programa Farmácia Popular e 98,7% nas farmácias privadas. Quanto à capacidade aquisitiva, 2,6% dos indivíduos não tomou os medicamentos que deveria nos 30 dias anteriores à entrevista devido à dificuldade financeira.

CONCLUSÕES: A prevalência do acesso total aos medicamentos para doenças crônicas não transmissíveis no Brasil é alta e apresenta diferenças significativas por faixa etária, região do País, número de doenças crônicas não transmissíveis e de medicamentos prescritos e autoavaliação da saúde. Foram identificadas as principais barreiras ao acesso a medicamentos nas dimensões analisadas.

DESCRITORES: Adulto. Idoso. Uso de Medicamentos. Doença Crônica. Fatores Socioeconômicos. Inquéritos Epidemiológicos.

Correspondência:

Maria Auxiliadora Oliveira
Rua Leopoldo Bulhões, 1480 sala
627 Manguinhos
21041-210 Rio de Janeiro, RJ, Brasil
E-mail: dora@ensp.fiocruz.br

Recebido: 31 jan 2015

Aprovado: 9 ago 2016

Como citar: Oliveira MA, Luiza VL, Tavares NUL, Mengue SS, Arrais PSD, Farias MR, et al. Acesso a medicamentos para doenças crônicas no Brasil: uma abordagem multidimensional. Rev Saude Publica. 2016;50(supl 2):6s.

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



INTRODUÇÃO

Medicamentos salvam vidas e melhoram a saúde das pessoas, prevenindo, curando ou controlando e reduzindo a morbimortalidade associada a doenças agudas e crônicas². O acesso a medicamentos é um direito humano fundamental¹¹ e resulta da interação de uma complexa rede de processos, eventos, atores e seus interesses, incluindo instituições de pesquisa e desenvolvimento, indústrias química e farmoquímica, agências reguladoras, sistemas e serviços de saúde, e do próprio usuário do medicamento^{10,15}.

Além do acesso aos serviços de saúde para consulta médica, diagnóstico e prescrição, a efetivação do acesso aos medicamentos depende de sua disponibilidade física na farmácia; da acessibilidade geográfica dos usuários aos serviços de farmácia; da aceitabilidade dos usuários em relação aos serviços de farmácia; e da capacidade aquisitiva de provedores ou indivíduos e famílias^{5,14}. Estudo que discute os principais modelos teóricos propostos na literatura para analisar o acesso a medicamentos no nível dos serviços de saúde reconhece estas dimensões como centrais⁴.

No Brasil, as doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) são a principal fonte de carga de doenças, atingem desproporcionalmente as populações mais pobres e foram responsáveis por 72,0% da mortalidade em 2011¹⁶. A rápida transição demográfica, com aumento do peso relativo de adultos e idosos na pirâmide populacional, indica tendência de aumento da carga dessas doenças e do consumo de medicamentos no País²³. O controle dessas enfermidades e de seus fatores de risco depende de um conjunto de ações de saúde, que inclui o cuidado oportuno e a provisão adequada de medicamentos¹⁶. No Brasil, além da oferta no mercado privado, esses medicamentos estão disponíveis gratuitamente na rede pública de serviços de saúde (SUS), incluindo a atenção básica⁷ e as farmácias do Programa Farmácia Popular (FPFP)²⁴. Este programa se trata de estratégia de ampliação do acesso, no qual um elenco é oferecido gratuitamente e outro, mais amplo, é vendido a preços subsidiados^a.

Inquéritos domiciliares de abrangência nacional que incluíram questões sobre acesso a medicamentos, como a Pesquisa Mundial de Saúde⁸ (2003) e a Avaliação da Assistência Farmacêutica no Brasil¹⁹ (2005), referem prevalências entre 87,0% e 89,0% de acesso a medicamentos. A Pesquisa Nacional de Saúde (2013) relata prevalência de acesso global inferior (82,5%)¹². Estudo sobre acesso a medicamentos de uso contínuo em mulheres com DCNT no Brasil encontrou uma prevalência geral de acesso de 87,0%¹³.

Estudo em adultos e idosos com DCNT em duas regiões do País²⁰ refere prevalências gerais do acesso aos medicamentos de uso contínuo de 78,8% no Nordeste e 83,7% no Sul. Estudo da população de idosos no Brasil que referiu usar medicamentos de uso contínuo relata prevalências de acesso total de 86,0%²⁷.

Não foram encontrados estudos com representatividade nacional que detalhassem o acesso a medicamentos para o conjunto das DCNT de maior prevalência no Brasil, segundo as quatro dimensões propostas neste estudo.

Considerando o compromisso internacional assumido de reduzir a morbimortalidade por DCNT e os esforços empreendidos para este fim¹⁶, faz-se necessário analisar se os gastos governamentais crescentes com medicamentos têm se traduzido em acesso efetivo aos mesmos pela população brasileira. A possibilidade de abordar a questão segundo as dimensões do acesso permite identificar os pontos frágeis da atual política de assistência farmacêutica no País e propor medidas para melhor direcionar os processos de melhoria.

Este estudo objetivou analisar o acesso a medicamentos para tratar doenças crônicas não transmissíveis no Brasil segundo fatores socioeconômicos, demográficos e de saúde, sob perspectiva multidimensional.

^a Portal da Saúde. Programa farmácia popular do Brasil. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2004 [citado 2006 set 6]. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/secretarias/sctie/farmacia-popular>

MÉTODOS

O componente inquérito domiciliar da Pesquisa Nacional de Acesso, Utilização e Promoção do Uso Racional de Medicamentos (PNAUM) foi um estudo de base populacional, com delineamento transversal e plano amostral por conglomerados com representatividade da população brasileira e para as grandes regiões do País, segundo domínios de sexo e idade. A coleta de dados ocorreu entre setembro de 2013 e fevereiro de 2014 com entrevistas face a face nos domicílios e aplicação de questionários. Os instrumentos utilizados foram desenvolvidos por um grupo de pesquisadores brasileiros especialistas na área^b e os dados coletados foram armazenados em dispositivo eletrônico (*tablet*). Mais detalhes sobre a amostragem e logística da coleta de dados estão descritos no artigo metodológico da PNAUM¹⁸.

O presente estudo considerou amostra de adultos de 20 anos ou mais, que referiram ter alguma DNCT diagnosticada por médico: “Algum médico já lhe disse que o(a) Sr.(a) tem hipertensão ou pressão alta e indicação médica para usar medicamentos?”. Esta pergunta foi repetida para cada doença crônica investigada no estudo (n = 12.725). O acesso a medicamentos é a variável desfecho deste estudo.

Um grupo de DCNT (hipertensão ou pressão alta; doenças cardiovasculares, doença pulmonar obstrutiva crônica, diabetes, artrite, depressão), foi investigado mediante aplicação de questionário específico, que no final incluía perguntas sobre a existência de outras doenças com seis meses ou mais de duração no momento da entrevista. A coleta de dados considerou também aspectos relacionados ao acesso nas principais fontes de provisão de medicamentos do Brasil, que são: farmácias da rede pública do Sistema Único de Saúde (FSUS); farmácias do Programa Farmácia Popular: rede própria e farmácias privadas conveniadas (FPFP) e farmácias privadas em geral (Fprivadas).

As variáveis independentes analisadas foram: sexo (feminino; masculino); faixa etária em anos completos (20-39; 40-59; 60 anos ou mais); escolaridade em ciclos completados de estudo (0-4; 5-8; 9-11; 12 anos ou mais); classificação econômica (A/B; C; D; E) segundo o Critério Classificação Econômica Brasil, desenvolvido pela Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (CCEB 2013/ABEP – <http://www.abep.org/>); região geográfica de residência (Norte; Nordeste; Sudeste; Sul, Centro-Oeste); número de DCNT referidas (1; 2; 3 ou mais); número de medicamentos que precisava (1; 2; 3-4; 5 ou mais) e autoavaliação da saúde (muito boa ou boa; regular; ruim ou muito ruim). Os pontos de corte da faixa etária foram determinados pelos domínios amostrais.

O modelo teórico empregado foi proposto por Penchansky e Thomas²² e adaptado por Luiza e Bermudez¹⁴, para avaliar o acesso a medicamentos. Este modelo assume que o acesso a medicamentos resulta da interação de quatro dimensões: (i) disponibilidade física: relação entre o tipo e a quantidade de medicamentos necessários e o tipo e quantidade dos produtos oferecidos; (ii) capacidade aquisitiva: relação entre preços dos medicamentos e a capacidade de pagar por eles; (iii) acessibilidade geográfica: relação entre a localização dos provedores de medicamentos e a localização do usuário; (iv) aceitabilidade: ajuste entre as características dos produtos e serviços e as expectativas e necessidades dos usuários (Figura).

O acesso a medicamentos para DCNT foi estudado em todos que referiram ter indicação médica de medicamento (n = 12.725) a partir da pergunta: “Nos últimos 30 dias, o(a) Sr.(a) ficou sem algum desses remédios por algum tempo?”. Aqueles que referiram ter obtido todos os medicamentos indicados pelo médico foram considerados com acesso total ao tratamento. Acesso parcial, sempre que o usuário declarasse ter obtido algum dos medicamentos indicados pelo médico ou ter ficado sem algum dos que deveria nos últimos 30 dias por falta de disponibilidade na FSUS ou falta de dinheiro; e acesso nulo, sempre que o usuário declarasse não ter obtido nenhum dos

^bA equipe nacional da Pesquisa Nacional de Acesso, Utilização e Promoção do Uso Racional de Medicamentos (PNAUM) pode ser encontrada no site da PNAUM: <http://www.ufrgs.br/pnaum/equipe>

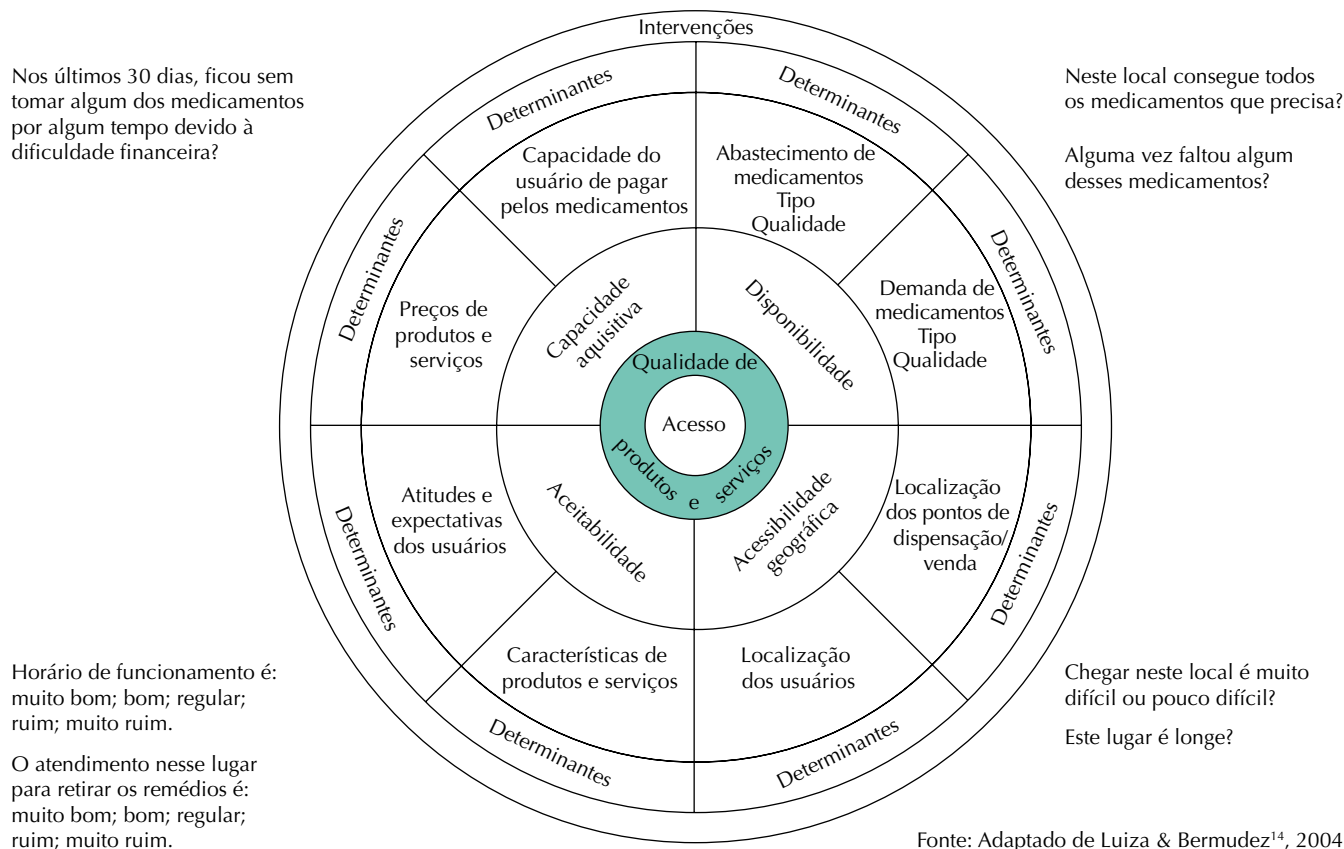


Figura. Modelo lógico de acesso a medicamentos e perguntas que orientaram a construção dos indicadores para avaliar cada uma das dimensões. PNAUM, Brasil, 2014.

medicamentos indicados pelo médico nos últimos 30 dias por falta de disponibilidade na FSUS ou falta de dinheiro.

Os indicadores das três primeiras dimensões do acesso descritos abaixo, todos categorizados dicotomicamente, foram calculados em relação a cada fonte de provisão de medicamentos investigadas (FSUS, FPPF e Fprivadas) sempre que o entrevistado se declarasse usuário de uma delas, ou seja, tivesse obtido pelo menos um dos medicamentos indicados pelo médico na fonte referida. A acessibilidade geográfica foi calculada considerando a proporção de usuários que obteve pelo menos um medicamento indicado pelo médico e relatou não ser difícil nem longe chegar àquele local. A disponibilidade total foi considerada sempre que o usuário declarasse ter obtido todos os medicamentos indicados na fonte considerada e nunca ter faltado nenhum. A aceitabilidade foi considerada sempre que o usuário avaliasse o horário de funcionamento e a qualidade de atendimento do serviço que utilizava. A pergunta oferecia as possibilidades da escala *Likert* com cinco pontos, recategorizadas em: muito bom ou bom; regular; ruim ou muito ruim. A capacidade aquisitiva foi considerada sempre que o entrevistado declarasse ter ficado sem um dos medicamentos indicados pelo médico nos últimos 30 dias devido à dificuldade financeira. A análise das quatro dimensões visa identificar as barreiras potenciais que os usuários dos serviços de farmácia estão enfrentando para obter o acesso aos medicamentos para DCNT indicados pelo médico.

Os dados foram armazenados e analisados no programa SPSS, v. 20.0 para Windows (SPSS Inc., Chicago, IL, EUA), utilizando o conjunto de comandos CSPLAN apropriado para a análise de amostras complexas e garantindo a necessária ponderação amostral. Para todas as variáveis foram calculados percentuais e seus intervalos de confiança de 95% e aplicados testes do Qui-quadrado de Pearson para avaliação da significância estatística das diferenças entre os estratos, considerando o nível de significância de 5%.

O projeto foi aprovado pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (Conep – Protocolo 18947013.6.0000.0008) e pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (Protocolo 19.997). Todas as entrevistas foram realizadas somente após leitura do termo de consentimento e assinatura por parte do entrevistado ou seu responsável legal no caso de incapazes de responder seu próprio questionário e de menores de 15 anos.

RESULTADOS

A maioria das pessoas (94,3%) referiu ter acesso total aos medicamentos para as DCNT analisadas, com algumas diferenças significativas nas categorias mensuradas. O acesso total foi maior: entre os maiores de 60 anos; na região Sul, comparada à região Nordeste; entre aqueles que referiram ter uma DCNT; e entre os que precisavam de um medicamento e autoavaliaram sua saúde como muito boa ou boa (Tabela 1).

A acessibilidade geográfica foi semelhante nas FSUS (72,3%) e FPrivadas (72,4%) e menor na FFPF (67,3%), mas sem diferenças significativas (Tabela 2). Referiram melhor acessibilidade nas FSUS os indivíduos residentes na região Sul em relação às regiões Norte e Centro-Oeste, os que necessitavam de um medicamento comparados aos que precisavam de cinco ou mais, e aqueles que avaliavam a sua saúde como muito boa ou boa comparados aos que referiram pior autopercepção de saúde. Nas FFPF, a acessibilidade geográfica foi melhor na região Sudeste em relação à Norte, para os indivíduos pertencentes à classe E em relação à D, para os que referiram uma DCNT comparados aos que tinham três ou mais DCNT, para os que necessitavam de um ou dois medicamentos em relação aos que precisavam de cinco ou mais, assim como para os indivíduos com melhor autopercepção de saúde. Nas Fprivadas, foi referida melhor acessibilidade geográfica pelos pertencentes à classe A/B em relação à D, pelos que necessitavam de dois medicamentos em relação aos que precisavam de cinco ou mais medicamentos, e pelos que autoavaliaram a sua saúde como muito boa ou boa em relação à ruim ou muito ruim (Tabela 2).

A disponibilidade total de medicamentos foi maior nas Fprivadas (88,5%) do que nas FFPF (67,4%) e nas FSUS (45,2%). Nas FSUS, a disponibilidade foi maior para os homens; os que residiam nas regiões Sudeste e Sul em relação às Centro-Oeste e Nordeste; para os que referiram ter uma DCNT; para aqueles que precisavam de um medicamento; e para os que apresentaram melhor autopercepção de saúde. Nas FFPF, a disponibilidade total referida foi maior na região Sul comparada à Nordeste; para indivíduos que referiram uma DCNT em relação aos que possuíam três ou mais; para aqueles que precisavam de um medicamento quando comparados com os que necessitavam de três ou mais; e para aqueles que autoavaliaram a saúde como muito boa ou boa. Nas Fprivadas, a disponibilidade total referida foi maior nos usuários da região Sudeste em relação à Nordeste, sem diferenças significativas para as demais variáveis analisadas (Tabela 3).

A aceitabilidade relacionada aos serviços de farmácia foi maior nas Fprivadas (98,7%) em relação às FSUS (92,2%). Para as FSUS, observou-se maior aceitabilidade dos usuários com 60 anos ou mais em relação aos de 40-59 anos; nos residentes da região Sul, mas sem diferença significativa com a região Sudeste; e naqueles que apresentaram melhor autopercepção de saúde. Para os usuários da FFPF, foi referido menor aceitabilidade na região Norte em relação às demais regiões do País. Para as Fprivadas, não foram encontradas diferenças significativas nas variáveis analisadas (Tabela 4).

Quanto à capacidade aquisitiva, 2,6% dos adultos e idosos referiram ter ficado sem algum dos medicamentos que precisava nos 30 dias anteriores à entrevista devido à dificuldade financeira.

Tabela 1. Acesso a medicamentos para doenças crônicas em adultos e idosos (≥ 20 anos), segundo variáveis socioeconômicas, demográficas e de saúde. PNAUM, Brasil, 2014.

Variável	Prevalência de acesso a medicamentos para DCNT						p ^b
	Total		Parcial		Nulo		
	% ^a	IC95%	% ^a	IC95%	% ^a	IC95%	
Sexo							0,025
Masculino	95,6	94,3–96,6	3,9	2,9–5,2	0,5	0,3–0,9	-
Feminino	93,6	92,4–94,6	5,8	4,9–7,0	0,6	0,4–0,8	-
Faixa etária (anos)							< 0,001
20-39	91,2	87,5–93,8	7,5	4,9–11,3	1,3	0,8–2,3	-
40-59	93,5	92,2–94,6	5,8	4,7–7,0	0,7	0,5–1,1	-
≥ 60	96,2	95,3–96,9	3,7	3,0–4,6	0,1	0,04–0,1	-
Escolaridade ^c							0,032
0-4	95,1	93,9–96,0	4,4	3,5–5,5	0,5	0,3–0,9	-
5-8	95,1	93,7–96,3	4,5	3,4–5,9	0,4	0,2–0,7	-
9-11	92,6	90,7–94,2	6,8	5,2–8,7	0,6	0,3–1,1	-
≥ 12	95,1	92,7–96,7	4,3	2,7–6,6	0,7	0,3–1,6	-
Região							< 0,001
Norte	93,6	91,1–95,4	4,7	3,2–6,9	1,7	0,9–3,2	-
Nordeste	92,0	90,2–93,5	6,8	5,4–8,6	1,2	0,8–1,9	-
Sudeste	94,9	93,4–96,1	4,8	3,7–6,4	0,3	0,1–0,6	-
Sul	95,8	94,4–96,9	3,9	2,9–5,2	0,3	0,1–0,8	-
Centro-Oeste	93,9	92,2–95,2	5,8	4,5–7,3	0,3	0,1–0,8	-
CCEB ^d							0,004
A/B	96,4	94,7–97,5	3,2	2,1–4,9	0,4	0,1–1,0	-
C	94,1	93,0–95,1	5,5	4,5–6,6	0,5	0,3–0,7	-
D	92,8	90,5–94,6	6,1	4,5–8,3	1,1	0,6–2,0	-
E	90,8	85,3–94,3	8,7	5,2–14,2	0,5	0,2–1,4	-
Número de DCNT							< 0,001
1	96,7	95,7–97,5	2,5	1,8–3,5	0,7	0,5–1,1	-
2	93,5	91,7–94,9	5,9	4,6–7,6	0,6	0,3–1,1	-
≥ 3	91,3	89,7–92,8	8,5	7,1–10,1	0,2	0,1–0,4	-
Número de medicamentos que precisava ^e							< 0,001
1	97,0	95,7–98,0	2,7	1,8–4,0	0,3	0,1–0,6	-
2	94,4	92,7–95,7	5,5	4,2–7,2	0,2	0,04–0,7	-
3-4	94,2	92,4–95,5	5,8	4,5–7,6	-	-	-
≥ 5	91,1	88,4–93,2	8,9	6,8–11,6	-	-	-
Autoavaliação da saúde							< 0,001
Muito boa/Boa	96,5	95,5–97,3	3,1	2,3–4,1	0,4	0,2–0,7	-
Regular	93,2	91,8–94,3	6,2	5,1–7,6	0,6	0,4–1,0	-
Ruim/Muito ruim	86,8	83,6–89,4	12,4	9,8–15,5	0,8	0,4–1,8	-
Todos	94,3	93,4–95,1	5,2	4,4–6,0	0,5	0,4–0,7	-

DCNT: Doenças crônicas não transmissíveis

^a Percentual ajustado por pesos amostrais e por pós-estratificação segundo idade e sexo.^b Teste do Qui-quadrado de Pearson.^c Em anos completos de estudo.^d Segundo o Critério de Classificação Econômica Brasil 2013 (CCEB 2013) da Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (ABEP). Disponível em: <http://www.abep.org>^e Medicamentos indicados pelo médico.

Tabela 2. Acessibilidade geográfica aos serviços de farmácia do SUS, Programa Farmácia Popular e farmácia privada, segundo variáveis socioeconômicas, demográficas e de saúde. PNAUM, Brasil, 2014.

Variável	Acessibilidade geográfica aos serviços de farmácia					
	Farmácia do SUS		Farmácia popular		Farmácia privada	
	% ^a	IC95 %	% ^a	IC95 %	% ^a	IC95 %
Sexo	0,007 ^b		0,064 ^b		0,165 ^b	
Masculino	75,3	71,4–78,8	70,8	65,6–75,6	73,9	70,3–77,1
Feminino	70,7	67,9–73,4	65,5	61,3–69,4	71,7	68,9–74,3
Faixa etária (anos)	0,057 ^b		0,151 ^b		0,110 ^b	
20-39	67,4	61,7–72,6	60,0	50,0–69,3	68,3	62,5–73,7
40-59	74,1	70,5–77,3	68,5	63,5–73,0	73,3	69,9–76,4
≥ 60	72,0	68,6–75,3	68,1	64,4–71,6	73,2	70,5–75,8
Escolaridade ^c	0,597 ^b		0,643 ^b		0,898 ^b	
0-4	71,8	67,6–75,6	69,3	64,4–73,8	73,2	67,9–76,2
5-8	73,2	69,6–76,4	65,6	59,8–71,0	72,6	68,3–76,6
9-11	71,2	67,7–74,6	66,3	60,9–71,3	71,8	68,5–74,8
≥ 12	74,7	69,3–79,4	66,8	58,9–73,7	72,2	66,7–77,1
Região	0,012 ^b		0,005 ^b		0,140 ^b	
Norte	59,5	53,5–65,3	54,3	47,0–61,4	69,4	64,2–74,1
Nordeste	74,4	69,8–78,5	61,1	54,9–66,9	69,6	64,5–74,3
Sudeste	71,6	66,8–75,9	70,8	64,8–76,1	75,2	70,5–79,3
Sul	77,1	73,0–80,8	69,4	63,4–74,8	71,3	66,2–75,9
Centro-Oeste	67,0	61,1–72,4	59,1	51,5–66,4	68,3	62,4–73,7
CCEB ^d	0,162 ^b		0,001 ^b		0,001 ^b	
A/B	75,4	71,1–79,2	73,7	67,6–79,0	77,8	74,0–81,3
C	72,2	68,9–75,3	65,8	61,4–69,9	71,3	68,2–74,1
D	68,7	63,1–73,7	57,6	50,5–64,5	65,7	60,1–70,8
E	74,4	63,4–82,9	80,2	67,4–88,8	72,8	61,3–81,9
Número de DCNT	0,455 ^b		0,002 ^b		0,021 ^b	
1	73,1	68,9–76,9	72,8	68,5–76,7	74,5	71,1–77,6
2	72,6	69,4–75,6	65,3	60,0–70,2	73,0	69,7–76,0
≥ 3	70,7	67,4–73,8	63,1	57,7–68,2	68,9	64,8–72,8
Número de medicamentos que precisava ^e	0,001 ^b		< 0,001 ^b		0,001 ^b	
1	77,3	72,5–81,4	72,0	65,9–77,4	75,8	71,7–79,4
2	73,2	69,1–77,0	74,5	68,9–79,3	76,2	72,6–79,6
3-4	73,0	69,3–76,3	66,9	61,7–71,7	71,7	68,4–74,7
≥ 5	67,6	63,9–71,1	59,9	53,8–65,7	68,1	63,7–72,2
Autoavaliação da saúde	0,001 ^b		0,001 ^b		0,001 ^b	
Muito boa/Boa	74,6	70,6–78,2	73,3	69,7–76,5	76,4	73,6–79,0
Regular	71,9	68,9–74,6	62,7	57,6–67,5	69,7	66,3–73,0
Ruim/Muito ruim	62,6	57,4–67,6	58,0	49,6–65,9	64,4	59,0–69,4
Todos	72,3	69,5–74,9	67,3	63,7–70,7	72,4	69,7–74,9

SUS: Sistema Único de Saúde; DCNT: Doenças crônicas não transmissíveis

^a Percentual ajustado por pesos amostrais e por pós-estratificação segundo idade e sexo.^b Teste do Qui-quadrado de Pearson.^c Em anos completos de estudo.^d Segundo o Critério de Classificação Econômica Brasil 2013 (CCEB 2013) da Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (ABEP). Disponível em: <http://www.abep.org>^e Medicamentos indicados pelo médico.

Tabela 3. Disponibilidade de todos os medicamentos que precisava para tratar doenças crônicas em adultos e idosos nas farmácias do SUS, Programa Farmácia Popular e farmácias privadas, segundo variáveis socioeconômicas, demográficas e de saúde. PNAUM, Brasil, 2014.

Variável	Percentual de disponibilidade dos medicamentos que precisava ^e					
	Farmácia do SUS		Farmácia popular		Farmácia privada	
	% ^a	IC95 %	% ^a	IC95 %	% ^a	IC95 %
Sexo	< 0,001 ^b		0,294 ^b		0,810 ^b	
Masculino	50,0	46,0–54,0	69,2	64,7–73,4	88,7	86,3–90,8
Feminino	42,7	39,6–45,9	66,4	62,9–69,7	88,4	87,0–89,7
Faixa etária (anos)	0,456 ^b		0,017 ^b		0,166 ^b	
20-39	46,5	40,0–53,0	59,1	49,0–68,5	85,9	80,9–89,7
40-59	43,8	40,3–47,3	71,6	67,1–75,6	89,5	87,8–90,9
≥ 60	46,2	42,6–49,9	65,5	62,1–68,8	88,6	87,2–89,9
Escolaridade ^c	0,923 ^b		0,226 ^b		0,133 ^b	
0-4	45,8	41,4–50,2	64,7	60,4–68,7	87,9	86,1–89,5
5-8	45,5	40,9–50,0	70,8	65,3–75,8	90,3	88,0–92,1
9-11	44,4	40,6–48,2	69,1	64,6–73,3	89,3	87,2–91,1
≥ 12	46,1	40,1–52,2	67,4	59,5–74,5	85,8	81,0–89,6
Região	< 0,001 ^b		< 0,001 ^b		0,000 ^b	
Norte	41,7	36,0–47,5	71,7	63,6–78,6	88,6	85,8–91,0
Nordeste	31,6	27,9–35,6	54,3	48,4–60,0	82,7	79,4–85,6
Sudeste	51,8	47,1–56,5	68,1	63,4–72,5	91,1	89,4–92,5
Sul	45,8	41,9–49,8	74,5	70,0–78,5	89,6	87,4–91,4
Centro-Oeste	33,0	28,5–37,9	72,1	66,6–77,0	87,7	85,3–89,9
CCEB ^d	0,499 ^b		0,594 ^b		0,719 ^b	
A/B	44,2	39,9–48,7	68,8	63,4–73,7	88,6	86,3–90,6
C	45,7	42,4–49,0	67,5	64,1–70,7	88,8	87,5–90,1
D	45,7	40,6–50,8	65,9	59,0–72,2	88,0	84,9–90,6
E	38,5	29,9–47,9	58,6	40,7–74,4	85,0	72,0–92,6
Número de DCNT	< 0,001 ^b		< 0,001 ^b		0,042 ^b	
1	56,6	52,4–60,6	74,1	70,2–77,7	90,0	88,4–91,4
2	41,7	37,9–45,6	67,5	62,5–72,1	87,9	85,8–89,8
≥ 3	32,6	29,4–35,9	60,5	55,9–64,8	87,2	85,0–89,1
Número de medicamentos que precisava ^e	< 0,001 ^b		< 0,001 ^b		0,633 ^b	
1	57,2	52,4–61,8	75,6	70,5–80,0	89,4	87,4–91,1
2	47,4	43,4–51,4	69,1	63,1–74,5	88,7	86,6–90,6
3-4	41,2	37,7–44,8	65,0	60,0–69,7	87,8	85,2–90,0
≥ 5	29,4	25,3–33,8	57,6	52,5–62,6	87,8	85,1–90,0
Autoavaliação da saúde	< 0,001 ^b		< 0,001 ^b		0,322 ^b	
Muito boa/Boa	54,0	50,3–57,6	72,9	69,1–76,5	89,3	87,5–90,8
Regular	39,0	35,9–42,1	63,5	59,6–67,3	88,1	86,3–89,6
Ruim/Muito ruim	30,3	26,1–34,8	56,8	48,6–64,7	86,9	83,3–89,9
Total	45,2	42,2–48,2	67,4	64,4–70,2	88,5	87,3–89,6

SUS: Sistema Único de Saúde. DCNT: Doenças crônicas não transmissíveis

^a Percentual ajustado por pesos amostrais e por pós-estratificação segundo idade e sexo.

^b Teste do Qui-quadrado de Pearson.

^c Em anos completos de estudo.

^d Segundo o Critério de Classificação Econômica Brasil 2013 (CCEB 2013) da Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (ABEP). Disponível em: <http://www.abep.org>

^e Medicamentos indicados pelo médico.

Tabela 4. Aceitabilidade relacionada aos serviços de farmácia do SUS, Programa Farmácia Popular e farmácia privada, segundo variáveis socioeconômicas, demográficas e de saúde. PNAUM, Brasil, 2014.

Variável	Aceitabilidade aos serviços de farmácia					
	Farmácia do SUS		Farmácia popular		Farmácia privada	
	% ^a	IC95%	% ^a	IC95%	% ^a	IC95%
Sexo	0,589 ^b		0,601 ^b		0,500 ^b	
Masculino	92,6	90,5–94,2	98,1	96,7–98,9	98,5	97,7–99,1
Feminino	92,1	90,5–93,3	97,7	96,4–98,5	98,8	98,3–99,2
Faixa etária (anos)	0,008 ^b		0,390 ^b		0,386 ^b	
20-39	91,1	87,1–94,0	95,0	88,4–98,0	98,3	96,6–99,1
40-59	90,8	88,9–92,4	98,3	97,2–99,0	98,6	97,8–99,1
≥ 60	94,0	92,6–95,2	98,1	97,1–98,7	99,0	98,5–99,4
Escolaridade ^c	0,678 ^b		0,077 ^b		0,660 ^b	
0-4	92,7	91,0–94,0	98,3	97,2–99,0	98,5	97,7–99,0
5-8	92,5	90,3–94,0	98,2	97,1–98,9	99,2	98,6–99,6
9-11	92,1	89,6–94,0	96,5	93,7–98,1	98,6	97,6–99,2
≥ 12	90,7	86,7–93,6	98,8	96,4–99,5	98,8	97,7–99,4
Região	0,001 ^b		0,001 ^b		0,413 ^b	
Norte	84,2	80,0–87,7	88,9	84,2–92,4	97,1	95,4–98,2
Nordeste	88,8	86,4–87,7	96,3	94,3–97,7	98,3	97,4–98,9
Sudeste	93,4	91,0–95,2	98,5	96,6–99,4	98,9	98,3–99,8
Sul	95,1	92,9–96,7	99,0	96,4–99,5	99,4	98,3–99,8
Centro-Oeste	90,0	86,4–92,7	98,6	96,4–99,5	98,5	97,0–99,3
CCEB ^d	0,814 ^b		0,781 ^b		0,466 ^b	
A/B	92,9	89,3–95,4	98,1	96,4–99,0	98,9	97,9–99,4
C	92,3	90,6–93,7	97,7	96,3–98,6	98,8	98,3–99,2
D	91,3	88,8–93,3	97,5	95,6–98,6	98,3	96,8–99,2
E	92,1	83,9–96,3	98,6	95,6–99,6	97,1	90,5–99,2
Número de DCNT	0,104 ^b		0,237 ^b		0,075 ^b	
1	93,3	91,5–94,7	97,3	94,9–98,3	98,6	97,8–99,1
2	91,0	90,5–94,7	98,4	97,3–99,1	99,1	98,4–99,5
≥ 3	91,8	89,7–93,6	98,2	96,3–99,2	98,6	97,8–99,1
Número de medicamentos que precisava ^e	0,948 ^b		0,531 ^b		0,075 ^b	
1	92,3	89,5–94,4	97,3	95,3–98,4	98,5	97,4–99,1
2	92,3	89,9–94,2	97,5	93,6–99,0	98,0	96,3–98,9
3-4	92,6	90,6–94,3	97,8	96,1–98,8	98,8	98,1–99,2
≥ 5	91,9	89,9–93,6	98,6	97,6–99,2	99,3	98,7–99,6
Autoavaliação da saúde	0,001 ^b		0,168 ^b		0,142 ^b	
Muito boa/Boa	98,4	97,5–99,0	98,4	97,5–99,0	99,0	98,2–99,4
Regular	90,3	88,0–92,2	97,3	95,6–98,3	98,3	97,7–98,8
Ruim/Muito ruim	92,2	90,8–93,4	97,3	94,1–98,8	99,2	98,2–99,6
Todos	92,2	90,8–93,4	97,8	96,9–98,5	98,7	98,3–99,0

SUS: Sistema Único de Saúde. DCNT: Doenças crônicas não transmissíveis

^a Percentual ajustado por pesos amostrais e por pós-estratificação segundo idade e sexo.

^b Teste do Qui-quadrado de Pearson.

^c Em anos completos de estudo.

^d Segundo o Critério de Classificação Econômica Brasil 2013 (CCEB 2013) da Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (ABEP). Disponível em: <http://www.abep.org>

^e Medicamentos indicados pelo médico.

DISCUSSÃO

O presente estudo mostra alta prevalência de acesso total a medicamentos para DCNT em adultos e idosos no Brasil (94,3%). A soma das prevalências de acesso total e parcial (99,5%) indica que praticamente todos os entrevistados que referiram ter diagnóstico e indicação médica de tratamento para DCNT conseguiram obter algum dos medicamentos que precisavam.

Apesar da alta prevalência de acesso total, observou-se diferenças significativas entre regiões, níveis socioeconômicos e condições de saúde. Isso indica fortalecimento da assistência farmacêutica no Brasil, mas também existência da necessidade de promover melhorias da assistência farmacêutica, especialmente na região Nordeste, bem como da atenção à saúde aos mais pobres e mais doentes.

Estudo sobre iniquidades no acesso¹³ encontrou prevalências de 87,0% em mulheres de maior nível socioeconômico e com uma a duas DCNT e menores naquelas de menor nível socioeconômico e com três ou mais DCNT. Estudo sobre acesso a medicamentos para DCNT em adultos e idosos de duas regiões do País em 2005²⁰ observou prevalência global do acesso de 84,0%, tendo sido, como neste estudo, menor para os adultos (81,0%) do que para os idosos (87,0%). A prevalência maior de acesso total observada neste estudo pode refletir tanto a melhoria da oferta de medicamentos gratuitos para DCNT nas FSUS e nas FFPF, quanto melhora da renda da população.

Estudo²⁶ que analisou o acesso a medicamentos para DCNT em cinco países de diferentes níveis de renda (baixa, média-baixa e média-alta) – Uganda, Gana, Quênia, Filipinas e Jordânia –, encontrou prevalências de acesso de até 50,0%, variando entre 16,0% e 50,0%.

O modelo teórico adotado neste estudo, usado pela primeira vez em inquérito domiciliar usando informações autorreferidas, permitiu identificar algumas barreiras e diferenças significativas nas variáveis independentes analisadas para as quatro dimensões, permitindo detalhar a dinâmica do acesso (Figura).

A acessibilidade geográfica aos três modelos de provisão foi regular ($\approx 70,0\%$) e sem diferenças significativas entre eles. A acessibilidade geográfica às FSUS mostrou desigualdades regionais diferentes daquelas detectadas na análise geral do acesso, mostrando que a distribuição geográfica das FSUS pode melhorar, especialmente nas regiões Norte e Centro-Oeste para melhor atender às necessidades de acesso aos serviços de farmácia para os mais doentes. A acessibilidade às FFPF mostrou diferenças regionais, socioeconômicas e de condições de saúde, indicando necessidade de promover melhor distribuição geográfica do programa, especialmente nas regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste. Estudo sobre acessibilidade às FFPF encontrou resultado semelhante em relação à cobertura geográfica⁹. A acessibilidade às Fprivadas não mostrou diferenças regionais. Entretanto, como ocorreu nas FFPF, foi melhor para os mais ricos e menos doentes. Embora uma acessibilidade regular represente uma barreira potencial ao acesso, a alta prevalência de acesso total observada neste estudo indica que os usuários dos três serviços conseguiram superá-la.

A maior disponibilidade total dos medicamentos nas Fprivadas do que nas FFPF e nas FSUS pode estar relacionada ao fato de que, diferentemente das farmácias privadas, aquelas vinculadas ao SUS e ao Programa Farmácia Popular fornecem elencos mais restritos de medicamentos. As FSUS oferecem os medicamentos considerados essenciais, ou seja, aqueles que atendam às necessidades de saúde de cada local, município ou estado. As FFPF também fornecem dois elencos de medicamentos: um com cerca de 100 especialidades farmacêuticas na rede própria, outro mais restrito e para o tratamento de um conjunto de DCNT na rede conveniada de farmácias privadas^{24,c,d}.

Este resultado, entretanto, pode refletir a baixa disponibilidade de medicamentos essenciais no SUS (58,5%) verificada em avaliação nacional sobre disponibilidade de medicamentos-chave em unidades básicas de saúde do SUS¹⁷. Estudo de base populacional sobre acesso a

^c Elenco de medicamentos disponíveis na Farmácia Popular rede própria: <http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2014/fevereiro/20/elenco-fp1-20-08-12.pdf>

^d Elenco de medicamentos gratuitos na Farmácia Popular farmácias privadas conveniadas: <http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2014/dezembro/11/rol-medicamentos-SNTP-11122014.pdf>

medicamentos no SUS⁶ encontrou prevalência ainda menor (45,8%). Outro estudo sobre acesso gratuito a medicamentos para hipertensão e diabetes²¹ mostrou que a Estratégia da Saúde da Família foi mais efetiva para garantir o acesso gratuito na região Nordeste (62,4%) do que na região Sul (39,6%) e do que nos modelos tradicionais de provisão. Os resultados sobre a disponibilidade deste estudo mostram a complexidade envolvida na obtenção do acesso a todos os medicamentos para mais de uma DCNT. Estas pessoas, que geralmente precisam de um maior número de medicamentos, parecem estar recorrendo a mais de uma fonte de provisão para obter todos os medicamentos que precisam.

Menor disponibilidade total de medicamentos nos três modelos de farmácias na região Nordeste mostra a persistência de desigualdades regionais. Melhor disponibilidade total para os homens na FSUS pode estar relacionada ao menor número de medicamentos usados por eles em relação às mulheres, conforme observado em estudos sobre utilização de medicamento no Brasil^{3,25}.

Embora a aceitabilidade geral aos três modelos de provisão tenha sido alta (> 90,0%), diferenças regionais encontradas entre as FSUS e as FPPF indicam a necessidade de direcionar esforços de melhoria da qualidade do atendimento nessas fontes de provisão, especialmente nas regiões Norte e Nordeste. Como o número de farmácias conveniadas ao Programa Farmácia Popular é muito maior que o da rede própria, é preciso estabelecer medidas que garantam a qualidade do atendimento aos seus usuários^{9,24}.

O preço dos medicamentos, que é determinado tanto por fatores relacionados ao mercado quanto pela capacidade aquisitiva de famílias e governos, representa uma barreira ao acesso, porque afeta a capacidade dos indivíduos, famílias e provedores públicos e privados de pagar por eles. Neste estudo, ainda que a barreira financeira explique boa parte do acesso parcial e nulo, sua magnitude foi baixa. Este resultado indica que a política nacional de medicamentos e de assistência farmacêutica implementadas no País desde 1999 parece estar atingindo o seu objetivo de garantir o acesso a medicamentos gratuitos ou a preços acessíveis à maioria da população com DCNT. Estudos anteriores relatam percentuais maiores de não aquisição de medicamentos prescritos por dificuldade financeira, sugerindo que a situação pode ter melhorado nos últimos anos^{1,6,8,19}.

Quanto às limitações deste estudo, além daquelas próprias de inquéritos domiciliares, discutidas no artigo metodológico da PNAUM¹⁸, uma delas foi usar medidas autorreferidas e restritas aos casos de pessoas com DCNT que já possuíam diagnóstico médico e indicação de tratamento. Assim, a falta de acesso ao diagnóstico e à prescrição pode ter sido uma barreira para o acesso aos medicamentos, que não foi capturada neste estudo.

Outra limitação foi o fato de que apenas aqueles que usavam os serviços de farmácia para obtenção dos medicamentos referida no momento da entrevista foram considerados na avaliação da disponibilidade, acessibilidade e aceitabilidade em cada um deles. A opção metodológica de não usar período recordatório pode ter gerado um viés de seleção por não ter incluído os indivíduos que, por ventura, haviam utilizado os serviços de farmácias anteriormente à entrevista e que poderiam ter uma percepção ou avaliação diferente daquela que foi observada. A aceitabilidade foi investigada considerando as características dos serviços de farmácia, mas não as dos produtos.

Concluindo, o acesso total a medicamentos para as DCNT analisadas neste estudo foi muito alto. A acessibilidade geográfica às farmácias foi razoável e pode melhorar, especialmente para as FSUS e FPPF nas regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste. Houve diferença na disponibilidade total entre os três serviços investigados, indicando necessidade de promover melhoria no sistema de abastecimento das farmácias do SUS, sobretudo nas regiões Norte e Nordeste. A aceitabilidade dos usuários foi muito boa ou boa para os três serviços, mas desigualdades regionais apontam para a necessidade de promover melhor qualidade das FSUS nas regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste e das FPPF na região Norte. A capacidade aquisitiva foi muito boa. O modelo teórico, aplicado pela primeira vez em um inquérito

domiciliar e usando exclusivamente informações autorreferidas, permitiu visualizar a complexidade envolvida na dinâmica de obtenção do acesso, bem como identificar as barreiras ao acesso nas dimensões analisadas.

REFERÊNCIAS

1. Aziz MM, Calvo MC, Schneider IJC, Xavier AJ, Orsi E. Prevalência e fatores associados ao acesso a medicamentos pela população idosa em uma capital do sul do Brasil: um estudo de base populacional. *Cad Saude Publica*. 2011;27(10):1939-50. DOI:10.1590/S0102-311X2011001000007
2. Bermudez JAZ. Acesso a medicamentos: direito ou utopia? Rio de Janeiro (RJ): e-papers/Faperj; 2014. p.114 ISBN 8576504537
3. Bertoldi AD, Barros AJ, Hallal PC, Lima RC. Utilização de medicamentos em adultos: prevalência e determinantes individuais. *Rev Saude Publica*. 2004;38(2):228-38. DOI:10.1590/S0034-89102004000200012
4. Bigdeli M, Jacobs B, Tomson G, Laing R, Ghaffar A, Dujardin B et al. Access to medicines from a health system perspective. *Health Policy Plan*. 2013;28(7):692-704. DOI:10.1093/heapol/czs108
5. Blum B, Luiza VL, Bermudez JAZ. Acesso a medicamentos medido no nível domiciliar: a proposta da OMS e outras iniciativas brasileiras. *Rev Bras Farm*. 2011;92(3):223-31.
6. Boing AC, Bertoldi AD, Boing AF, Bastos JL, Peres KG. Acesso a medicamentos no setor público: análise de usuários do Sistema Único de Saúde no Brasil. *Cad Saude Publica*. 2013;29(4):691-701. DOI:10.1590/S0102-311X2013000800007
7. Ministério da Saúde. Incentivo à assistência farmacêutica básica: o que é e como funciona. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2001. (Séria A. Normas e manuais técnicos, 112).
8. Carvalho MF, Pascom ARP, Souza-Júnior PRB, Damacena GN, Szwarcwald CL. Utilization of medicines by the Brazilian population, 2003. *Cad Saude Publica*. 2005;21:S100-8. DOI:10.1590/S0102-311X2005000700011
9. Emmerick ICM, Nascimento Junior JM, Pereira MA, Luiza VL, Ross-Degnan D. Farmácia Popular Program: changes in geographic accessibility of medicines during ten years of a medicine subsidy policy in Brazil. *J Pharm Policy Pract*. 2015;8(1):10. DOI:10.1186/s40545-015-0030-x
10. Frost LJ, Reich MR. Access : how do good health technologies get to poor people in poor countries? Cambridge: Harvard Center for Population and Development Studies; 2008.
11. Hunt P, Khosla R. Acesso a medicamentos como um direito humano. *Sur, Rev Int Direitos Human*. 2008;5(8):101-21. DOI:10.1590/S1806-64452008000100006
12. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa nacional de saúde 2013: acesso e utilização dos serviços de saúde acidentes e violência: Brasil, grandes regiões e unidades da federação. Rio de Janeiro (RJ): IBGE; 2015.
13. Katrein F, Tejada CAO, Restrepo-Méndez MC, Bertoldi AD. Desigualdade no acesso a medicamentos para doenças crônicas em mulheres brasileiras. *Cad Saude Publica*. 2015;31(7):1416–26. DOI:10.1590/0102-311X00083614.
14. Luiza VL, Bermudez JAZ. Acesso a medicamentos: conceitos e polêmicas. In: Oliveira MA, Zepeda Bermudez JÁ, Esher A. Acceso a medicamentos: derecho fundamental, papel del Estado. Rio de Janeiro (RJ): Fiocruz; 2004. p.45-67.
15. Luiza VL, Esher A, Azeredo TB, Avelar FG, Emmerick ICM, Oliveira MA. A dispensação de medicamentos para as pessoas vivendo com HIV: a experiência de um estudo avaliativo. In: Santos EM, Cruz MM, editores. Dos modelos teóricos à prática da avaliação de programas de controle de processos endêmicos. Rio de Janeiro (RJ): Fiocruz; 2014. p. 129-60.
16. Malta DC, Silva Junior JB. O plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis no Brasil e a definição das metas globais para o enfrentamento dessas doenças até 2025: uma revisão. *Epidemiol Serviços Saude*. 2013;22(1):151-64. DOI:10.5123/S1679-49742013000100016
17. Mendes LV, Campos MR, Chaves GC, Silva RM, Freitas PS, Costa KS et al. Disponibilidade de medicamentos nas unidades básicas de saúde e fatores relacionados: uma abordagem transversal. *Saude Debate*. 2014;38(n special):109-23. DOI:10.5935/0103-1104.2014S009

18. Mengue SS, Bertoldi AD, Boing AC, NUL Tavares, da Silva Dal Pizzol T, Oliveira MA, et al. Pesquisa Nacional sobre Acesso, Utilização e Promoção do Uso Racional de Medicamentos (PNAUM): métodos do inquérito domiciliar. *Rev Saude Publica*. 2016;50(supl 2):4s. DOI:10.1590/S1518-8787.2016050006156
19. Organização Pan-Americana de Saúde, Organização Mundial de Saúde. Avaliação da assistência farmacêutica no Brasil: estrutura, processo e resultados. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2005.
20. Paniz VMV, Fassa AG, Facchini LA, Bertoldi AD, Piccini RX, Tomasi E et al. Acesso a medicamentos de uso contínuo em adultos e idosos nas regiões Sul e Nordeste do Brasil. *Cad Saude Publica*. 2008;24(2):267-80. DOI:10.1590/S0102-311X2008000200005
21. Paniz VMV, Fassa AG, Facchini LA, Piccini RX, Tomasi E, Thumé E et al. Free access to hypertension and diabetes medicines among the elderly: a reality yet to be constructed. *Cad Saude Publica*. 2010;26(6):1163-74. DOI:10.1590/S0102-311X2010000600010
22. Penchansky R, Thomas JW. The concept of access: definition and relationship to consumer satisfaction. *Med Care*. 1981;19(2):127-40. DOI:10.1097/00005650-198102000-00001
23. Schmidt MI, Duncan BB, Silva GA, Menezes AM, Monteiro CA, Barreto SM et al. Chronic non-communicable diseases in Brazil: burden and current challenges. *Lancet*. 2011;377(9781):1949-61. DOI:10.1016/S0140-6736(11)60135-9
24. Silva RM, Caetano R. Programa "Farmácia Popular do Brasil": caracterização e evolução entre 2004-2012. *Cienc Saude Coletiva*. 2015;20(10):2943-56. DOI:10.1590/1413-812320152010.17352014
25. Tavares NUL, Costa KS, Mengue SS, Vieira MLFP, Malta DC, Silva Júnior JB. Uso de medicamentos para tratamento de doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: resultados da Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. *Epidemiol Serviços Saude*. 2015;24(2):315-23. DOI:10.5123/S1679-49742015000200014
26. Vialle-Valentin CE, Serumaga B, Wagner AK, Ross-Degnan D. Evidence on access to medicines for chronic diseases from household surveys in five low- and middle-income countries. *Health Policy Plan*. 2015;30(8):1044-52 DOI:10.1093/heapol/czu107
27. Viana KP, Brito AS, Rodrigues CS, Luiz RR. Access to continued-use medication among older adults, Brazil. *Rev Saude Publica*. 2015;49:14. DOI:10.1590/S0034-8910.2015049005352

Financiamento: Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos e Departamento de Ciência e Tecnologia da Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos do Ministério da Saúde (SCTIE/MS – Processo 25000.111834/2011-31).

Contribuição dos Autores: Contribuíram na concepção, análise e interpretação dos resultados e revisão crítica do conteúdo intelectual: MAO, VLL, NULT, ADB e SSM. Todos os autores participaram da redação, revisão e aprovação da versão final do manuscrito e declaram ser responsáveis por todos os aspectos do trabalho, garantindo sua precisão e integridade.

Agradecimentos: Aos Departamentos de Ciência e Tecnologia (Decit) e de Assistência Farmacêutica (DAF) da Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos (SCTIE) do Ministério da Saúde (MS), pelo financiamento e apoio técnico para a realização da Pesquisa Nacional sobre Acesso, Utilização e Promoção do Uso Racional de Medicamentos e, em especial, à equipe que trabalhou na coleta de dados, aqui representada pela Profa. Dra. Alexandra Crispim Boing, e à equipe de suporte estatístico do projeto nos nomes de Amanda Ramalho Silva, Andréia Turmina Fontanella e Luciano S. P. Guimarães.

Conflito de Interesses: Os autores declaram não haver conflito de interesses.