

ARTIGO ORIGINAL

Mudanças no acesso gratuito a medicamentos prescritos no sistema público de saúde no Brasil

Changes in the free access to prescribed medicines in the public health system in Brazil

Elislene Dias Drummond¹ , Taynãna César Simões¹ , Fabíola Bof de Andrade¹ 

¹Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz Minas), Instituto René Rachou - Belo Horizonte (MG), Brasil.

Como citar: Drummond ED, Simões TC, Andrade FB. Mudanças no acesso gratuito a medicamentos prescritos no sistema público de saúde no Brasil. *Cad Saúde Colet*, 2022;30(1):56-67. <https://doi.org/10.1590/1414-462X202230010172>

Resumo

Introdução: Os medicamentos são a intervenção terapêutica mais utilizada e a mais custo efetiva para o tratamento de diversas patologias. A falta de acesso a medicamentos entre grupos com menores condições socioeconômicas representa uma iniquidade nos cuidados com a saúde. Nesse sentido, o fornecimento gratuito de medicamentos pelo setor público é essencial para a promoção da equidade. **Objetivo:** Avaliar a mudança, no tempo, da prevalência de acesso gratuito, pela população adulta brasileira, a medicamentos prescritos no Sistema Único de Saúde (SUS) ao longo de 10 anos. **Método:** Análise dos dados, por regressão logística, das Pesquisas Nacionais por Amostra de Domicílios (PNAD) realizadas no Brasil em 1998, 2003 e 2008. A variável de interesse foi o acesso gratuito a medicamentos prescritos. **Resultados:** O acesso gratuito a medicamentos pelo Sistema Único de Saúde aumentou ao longo do tempo. Indivíduos com renda socioeconômica mais baixa tiveram maior chance de acesso a medicamentos e esse cenário se manteve constante ao longo dos anos avaliados. **Conclusão:** Os achados revelam a importância do SUS como ferramenta efetiva para a promoção do acesso a medicamentos, especialmente para os indivíduos mais pobres. Entretanto, a redução da desigualdade no acesso a medicamentos permanece como desafio.

Palavras-chave: assistência farmacêutica; acesso a medicamentos; prevalência; desigualdades em saúde.

Abstract

Background: The medicines are the most used and most effective therapeutic intervention for the treatment of various pathologies. The lack of access to medicines among groups with lower socioeconomic conditions represents an inequity in health care. In this sense, the public supply of medicines is free of charge by the public sector to promote equity. **Objective:** To evaluate the change, in time and prevalence of free access, by the Brazilian adult population, to medicines prescribed in the Unified Health System (SUS) over 10 years. **Method:** Data came from the National Household Sample Surveys (PNAD) conducted in Brazil in 1998, 2003 and 2008. The dependent variable was free access to prescribed medicines. **Results:** Free access to medicines in the SUS increased over time. Individuals with lower socioeconomic income had higher chance to access the medicines and this scenario remained constant over the years evaluated. **Conclusion:** The findings reveal the importance of SUS as an effective tool for promoting access to medicines, especially for the poorest individuals. However, reducing inequality in access to medicines remains a challenge.

Keywords: pharmaceutical assistance; access to medicines; prevalence; inequalities in health.

Trabalho realizado na Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz Minas), Instituto René Rachou – Belo Horizonte (MG), Brasil, a partir dos dados da PNAD 1998, PNAD 2003 e PNAD 2008, (MG), Brasil.

Correspondência: Elislene Dias Drummond. E-mail: elislene.drummond@fiocruz.br

Fonte de financiamento: nenhuma.

Conflito de interesses: nada a declarar.

Recebido em: Abr. 30, 2019. Aprovado em: Mar. 02, 2020



Este é um artigo publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Attribution, que permite uso, distribuição e reprodução em qualquer meio, sem restrições desde que o trabalho original seja corretamente citado.

INTRODUÇÃO

Os medicamentos constituem uma intervenção terapêutica valiosa para a melhoria da saúde das pessoas, pois previnem, curam, controlam ou reduzem a morbimortalidade associada a doenças¹. A demanda por medicamentos é crescente na população brasileira, tendo em vista o significativo processo de mudanças do perfil epidemiológico, que se manifesta pela coexistência entre doenças infecciosas e parasitárias, causas externas e doenças crônicas².

O acesso a medicamentos essenciais – definidos como aqueles que respondem às necessidades prioritárias da população – é considerado pela Organização das Nações Unidas (ONU) como um dos indicadores que medem os avanços na concretização do direito à saúde, embora um terço da população mundial não possua acesso regular a esses insumos³. A falta de acesso a medicamentos entre grupos com menores condições socioeconômicas representa uma iniquidade nos cuidados com a saúde⁴. Nesse sentido, o fornecimento de medicamentos pelo serviço público é essencial para a promoção da equidade⁵, uma vez que o gasto com medicamentos está entre as principais despesas com saúde entre as famílias brasileiras e representa um peso importante, principalmente para as famílias de menor poder aquisitivo^{6,7}.

A partir da década de 1990, no Brasil, houve a implementação de diversas políticas públicas com o intuito de assegurar a disponibilidade de medicamentos para a população⁸, e o Sistema Único de Saúde (SUS) têm desempenhado um papel relevante, dada a ampliação do acesso para grupos desprivilegiados^{5,9}.

A política nacional de medicamentos, aprovada em 1998, tem como propósito promover o acesso e o uso racional de medicamentos essenciais¹⁰. Em 2004, a implementação da Política Nacional de Assistência Farmacêutica englobou como eixo estratégico a garantia de acesso e equidade às ações de saúde, incluindo, necessariamente, a assistência farmacêutica, definida como conjunto de ações voltadas à promoção, proteção e recuperação da saúde, tendo o medicamento como insumo essencial e visando o acesso e ao seu uso racional¹¹. Apesar do advento das políticas públicas voltadas à promoção do acesso a medicamentos, estudos apontam problemas relacionados à disponibilidade de medicamentos, no setor público, em quantidades adequadas às necessidades da população^{4,12}.

Diversos trabalhos avaliaram a prevalência e fatores associados ao acesso gratuito a medicamentos no Brasil e demonstraram que tal acesso é influenciado por fatores demográficos e socioeconômicos^{5,9,13,14}. Estudo realizado a partir dos dados da Pesquisa Nacional de Saúde de 2013 revelou que apenas 15,3% da população brasileira teve acesso gratuito pelo SUS a todos os medicamentos prescritos e que a maioria dos indivíduos (63,9%) teve dispêndio monetário para obtenção dos fármacos¹⁵. Em outro estudo conduzido por Álvares et al. (2017)¹², os autores observaram baixos níveis de disponibilidade de medicamentos nas unidades de atenção primária à saúde (46,3%-64,3%) em análise conduzida com dados da Pesquisa Nacional sobre Acesso e Promoção do Uso Racional de Medicamentos, 2014.

Para além da cobertura de medicamentos no setor público e da análise de fatores associados também é importante analisar a tendência temporal da prevalência de acesso gratuito a medicamentos no período que coincide com a implementação de importantes políticas e programas de assistência farmacêutica no país, de forma a avaliar possíveis mudanças no padrão de acesso a medicamentos no SUS. Assim, o objetivo deste estudo foi avaliar a mudança, no tempo, da prevalência de acesso gratuito, pela população adulta brasileira, a medicamentos prescritos no Sistema Único de Saúde nos anos de 1998, 2003 e 2008.

MÉTODOS

Realizou-se a análise de três estudos transversais com base nos dados dos suplementos de saúde das Pesquisas Nacionais por Amostra de Domicílios (PNAD), realizadas no Brasil, em 1998, 2003 e 2008, pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). O plano de amostragem da PNAD, cuja amostra é representativa da população brasileira em nível nacional e de grandes regiões, consistiu em um procedimento probabilístico em três estágios de seleção: unidades primárias – municípios; unidades secundárias – setores censitários; e unidades terciárias – domicílios.

A coleta dos dados foi feita por meio de questionários estruturados e realizada nos domicílios das pessoas selecionadas por entrevistadores especificamente treinados. Detalhes sobre o plano amostral e tamanho da amostra podem ser obtidos em documento oficial do IBGE¹⁶⁻¹⁸.

No presente estudo, a população analisada correspondeu a todos os indivíduos participantes das PNADs nos anos de 1998, 2003 e 2008, com idade acima de 18 anos, que tiveram medicamentos prescritos por profissional de saúde em unidades de atendimento do SUS, nas duas semanas anteriores à realização da entrevista. Os tamanhos populacionais e erros-padrão (EP) estimados a partir das amostras ponderadas de cada pesquisa foram de 4.665.136 (EP = 64659), 7.120.996 (EP = 97.429), e 7.038.679 (EP = 93.953), nas PNAD 1998, 2003 e 2008, respectivamente.

Variável dependente

A variável dependente foi o acesso gratuito a algum medicamento prescrito por profissionais de saúde em atendimentos realizados no serviço público de saúde, para pacientes com 18 anos ou mais, nas duas semanas anteriores à realização da entrevista.

A mensuração dessa variável foi realizada da seguinte forma: nos anos de 1998 e 2003 os indivíduos responderam a pergunta: "Recebeu algum medicamento gratuitamente?", tendo como opções de resposta "sim e não". Em 2008, o questionário da pesquisa contemplou a pergunta: "Neste atendimento de saúde, recebeu gratuitamente os medicamentos receitados?", tendo como opções de resposta "todos os medicamentos, parte dos medicamentos ou nenhum dos medicamentos". O acesso gratuito a algum medicamento prescrito foi analisado de forma dicotômica: "sim" (indivíduos que relataram recebimento gratuito de algum dos medicamentos prescritos nos anos de 1998 e 2003 juntamente com os indivíduos que relataram recebimento gratuito de todos ou parte dos medicamentos no ano de 2008) versus "não" (aqueles que relataram não ter recebido nenhum medicamento gratuitamente), conforme proposto previamente^{5,19}.

Variáveis independentes

Como variáveis independentes foram analisadas variáveis demográficas [sexo (masculino; feminino), idade (18-39; 40-59; 60 anos ou mais), cor da pele autodeclarada (branca; não branca, incluindo os indivíduos de cor preta, amarela, indígena e parda)]; socioeconômicas [situação censitária de residência (rural; urbana); escolaridade (até ensino fundamental; até ensino médio; até ensino superior ou mais), renda (1º quintil, 2º quintil, 3º quintil, 4º quintil, 5º quintil)]; multimorbidade (não; sim), autoavaliação do estado de saúde (muito ruim/ruim/regular; boa/muito boa, classificadas como ruim ou boa, respectivamente)]; e de acesso a serviços de saúde [filiação a plano de saúde (não; sim)]. A multimorbidade foi avaliada pela presença de duas ou mais das seguintes doenças: doença de coluna ou costas, artrite ou reumatismo, câncer, diabetes, bronquite ou asma, hipertensão, doença do coração, doença renal crônica, depressão, tuberculose, tendinite ou tenossinovite e cirrose.

Análise estatística

Primeiramente os três bancos de dados, compondo as informações das PNADs de 1998, 2003 e 2008, foram compatibilizados e padronizados, formando um banco de dados único. Nesta etapa, foram verificadas mudanças nos códigos das variáveis de interesse, assim como das perguntas e das categorias a estas associadas. Foi realizada análise descritiva do banco de dados composto pelas três PNADs, segundo as variáveis dependente e preditoras, como as características demográficas, as socioeconômicas, de condições de saúde e de acesso a serviços de saúde. As diferenças entre as prevalências nas categorias de cada variável foram testadas por meio do teste qui-quadrado com correção de Rao Scott, que considera pesos amostrais e efeito de desenho nos cálculos²⁰.

Posteriormente, foi realizada análise bivariada entre cada uma das variáveis independentes e o acesso gratuito, pelo SUS, aos medicamentos prescritos por profissionais de saúde. O grau de associação entre o acesso e as variáveis independentes foi avaliado por modelos de regressão logística. No procedimento de modelagem, a princípio, as variáveis candidatas a serem incluídas no modelo múltiplo apresentaram nível de significância menor que 0,20 na análise bivariada, sendo incluídas no passo seguinte em ordem decrescente de significância. A entrada e saída de variáveis neste procedimento foram avaliadas com base no teste de razão de verossimilhança entre modelos encaixados, ao nível de 5% de significância²¹. Finalmente, foram avaliados termos de interação entre as variáveis de condição socioeconômica (renda e escolaridade) e ano de realização da PNAD. As estimativas dos modelos foram interpretadas pela razão de chances com os respectivos intervalos de confiança de 95%. As análises estatísticas foram realizadas por meio do *software* R.

Considerações éticas

Essa pesquisa foi realizada a partir de dados secundários de bancos públicos e, portanto, não houve necessidade de apreciação pelo Comitê de Ética local.

RESULTADOS

Nas amostras referentes a cada PNAD houve maior prevalência de mulheres, pessoas com idade entre 18 e 59 anos, indivíduos com cor de pele autodeclarada como não branca, de região urbana, com nível de escolaridade até ensino fundamental. A maioria das pessoas autoavaliou o estado de saúde como ruim e não era filiada a plano de saúde (Tabela 1). Ao considerar a população de estudo de todos os anos, observou-se que a maioria dos indivíduos (52,88%) obteve acesso gratuito a algum medicamento pelo SUS (dados não mostrados em tabela).

Houve aumento da prevalência de acesso gratuito a algum medicamento pela população brasileira no período analisado: de 39,24% em 1998 para 50,11% em 2003 e 64,72% em 2008 (Tabela 2).

Avaliando a associação das variáveis independentes com o acesso gratuito a medicamentos (Tabela 2) verificou-se que houve diferença de acesso dependendo da idade, cor da pele, escolaridade, renda, número de doenças crônicas, autoavaliação de saúde e filiação a plano de saúde. Não se mostraram associadas ao acesso as variáveis sexo e zona de residência. Maior proporção de acesso gratuito foi observada para os indivíduos de maior idade, de cor de pele não branca, menos escolarizados e não filiados a planos de saúde. Em todos os quintis de renda, verificou-se que a maioria da população obteve acesso gratuito a algum medicamento prescrito por meio do SUS (Tabela 2).

Conforme modelo de regressão logística, verificou-se aumento da chance de acesso a algum medicamento de forma gratuita ao longo do tempo (Figura 1). No ano de 2003, a razão de chances de acesso gratuito a algum medicamento foi de 1,72 (IC95%: 1,60-1,85) e, em 2008, foi de 3,37 (IC95%: 3,13-3,64) em comparação ao ano de 1998 (Tabela 3).

A análise ajustada (Tabela 3) revelou também que a chance de acesso gratuito a algum medicamento pelo SUS, comparada ao acesso nulo, foi menor para os indivíduos mais escolarizados e para aqueles pertencentes aos maiores quintis de renda. No que se refere à escolaridade, verificou-se que a chance de acesso gratuito reduz com o aumento do nível de escolaridade [pessoas com nível de escolaridade até ensino médio: OR 0,77 (IC95%: 0,72-0,82); pessoas com nível de escolaridade superior ou mais: OR 0,62 (IC95%: 0,52-0,74)]. Quanto à renda, os dados mostraram redução na chance de acesso gratuito a medicamentos pelo SUS na medida em que aumenta o quintil de renda, com diferença significativa em relação ao 1º quintil [2º quintil: OR 0,91 (IC95%: 0,84-0,98); 3º quintil: OR 0,86 (IC95%: 0,79-0,93); 4º quintil: OR 0,77 (IC95%: 0,71-0,84), 5º quintil OR 0,73 (IC95%: 0,66-0,80)]. Os termos de interação entre as variáveis ano/renda e ano/escolaridade não foram estatisticamente significativos.

A Figura 2 apresenta a chance de acesso gratuito a algum medicamento pelo SUS de acordo com os quintis de renda em cada ano do estudo. Observa-se um aumento do acesso

Tabela 1. Distribuição percentual por ano de realização da PNAD, Brasil (1998, 2003 e 2006)

Variáveis	PNAD 1998	PNAD 2003	PNAD 2008	p-valor
Sexo				
Masculino	33,02	33,86	37,37	< 0,001
Feminino	66,98	66,14	62,63	
Idade (anos)				
18-39	41,24	38,32	36,66	< 0,001
40-59	35,12	36,15	37,87	
60 ou mais	23,63	25,53	25,47	
Cor da pele				
Branca	47,19	47,97	44,59	< 0,001
Não branca	52,81	52,03	55,41	
Situação censitária				
Rural	21,00	16,45	18,20	< 0,01
Urbana	79,00	83,55	81,80	
Escolaridade				
Até fundamental	85,75	80,79	73,79	< 0,001
Até médio	12,60	17,39	22,79	
Superior ou mais	1,64	1,84	3,41	
Renda				
1º Quintil	37,18	18,99	5,42	
2º Quintil	25,12	26,38	16,16	
3º Quintil	18,12	27,24	24,24	< 0,001
4º Quintil	11,44	19,83	33,29	
5º Quintil	8,14	7,55	20,89	
Multimorbidade				
Não	48,89	54,94	54,57	< 0,001
Sim	51,11	45,06	45,43	
Autoavaliação do estado de saúde				
Ruim	66,85	64,15	64,99	< 0,01
Boa	33,15	35,84	35,01	
Filiação a plano de saúde				
Não	93,60	93,12	91,75	< 0,001
Sim	6,40	6,88	8,25	

Tabela 2. Distribuição percentual segundo o acesso gratuito a medicamentos, Brasil (1998, 2003 e 2006)

Variáveis	Acesso gratuito		p-valor
	Algum	Nenhum	
Ano da PNAD			
1998	39,24	60,76	
2003	50,11	49,89	< 0,001
2008	64,72	35,28	
Sexo			
Masculino	52,61	47,39	0,45
Feminino	53,02	46,98	
Idade (anos)			
18-39	48,29	51,71	
40-59	54,61	45,39	< 0,001
60 ou mais	57,38	42,68	
Cor da pele			
Branca	51,71	48,29	< 0,001
Não branca	53,90	46,10	
Zona de residência			
Rural	53,22	46,78	0,64
Urbana	52,80	47,18	
Escolaridade			
Até fundamental	53,68	46,2	
Até médio	47,69	52,31	< 0,001
Superior ou mais	43,07	56,93	
Renda			
1º Quintil	50,38	49,62	
2º Quintil	52,08	47,92	
3º Quintil	54,06	45,94	< 0,001
4º Quintil	54,29	45,41	
5º Quintil	52,26	47,74	
Multimorbidade			
Não	46,94	53,06	< 0,001
Sim	52,92	47,08	
Autoavaliação do estado de saúde			
Ruim	54,79	45,21	< 0,001
Boa	49,30	50,70	
Filiação a plano de saúde			
Não	53,15	46,85	< 0,001
Sim	49,37	50,63	

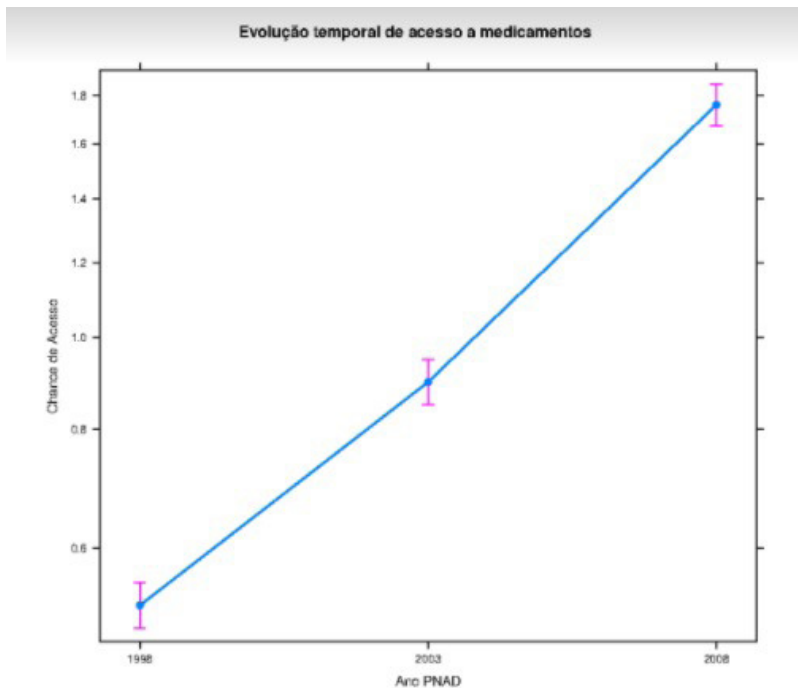


Figura 1. Evolução temporal da chance de acesso a algum medicamento de forma gratuita.

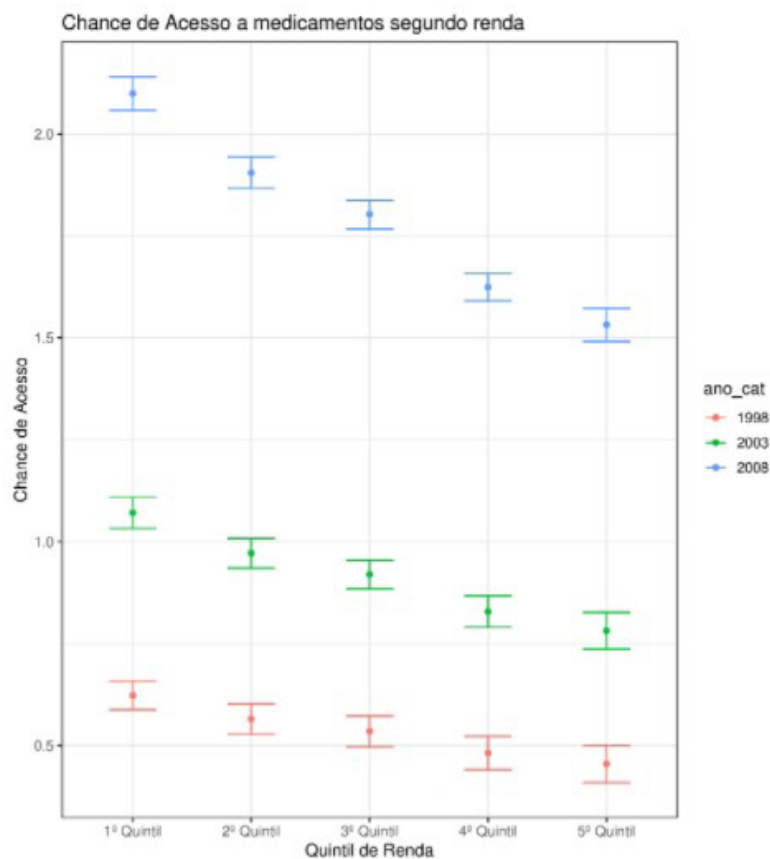


Figura 2. Chance de acesso gratuito a algum medicamento pelo SUS de acordo com os quintis de renda em cada ano do estudo.

Tabela 3. Análises bruta e ajustada entre o acesso gratuito a algum medicamento prescrito e as variáveis independentes, Brasil (1998, 2003 e 2006)

Variáveis	Algum acesso gratuito medicamentos			p-valor
	OR _{bruta} (IC95%)	p-valor	OR _{ajustada} (IC95%)	
Ano da PNAD				
1998	1,00		1,00	
2003	1,56 (1,45-1,66)	< 0,001	1,72 (1,60-1,85)	< 0,001
2008	2,84 (2,66-3,03)	< 0,001	3,37 (3,13-3,64)	< 0,001
Sexo				
Masculino	1,00			
Feminino	1,02 (0,97-1,06)	0,48	*	
Idade (anos)				
18-39	1,00			
40-59	1,29 (1,23-1,35)	< 0,001	1,10 (1,04-1,17)	< 0,001
60 ou mais	1,44 (1,36-1,53)	< 0,001	1,15 (1,06-1,23)	< 0,001
Cor da pele				
Branca	1,00			
Não branca	1,09 (1,04-1,15)	< 0,001	1,04 (0,99-1,10)	0,12
Situação censitária				
Rural	1,00			
Urbana	1,02 (0,95-1,09)	0,64	*	
Escolaridade				
Até fundamental	1,00			
Até médio	0,79 (0,74-0,84)	< 0,001	0,77 (0,72-0,82)	< 0,001
Superior ou mais	0,65 (0,55-0,77)	< 0,001	0,62 (0,52-0,74)	< 0,001
Renda				
1º Quintil	1,00			
2º Quintil	1,07 (1,00-1,14)	< 0,05	0,91 (0,84-0,98)	< 0,05
3º Quintil	1,16 (1,08-1,24)	< 0,001	0,86 (0,79-0,93)	< 0,001
4º Quintil	1,18 (1,10-1,27)	< 0,001	0,77 (0,71-0,84)	< 0,001
5º Quintil	1,08 (0,99-1,17)	0,07	0,73 (0,66-0,80)	< 0,001
Multimorbidade				
Não	1,00			
Sim	1,30 (1,25-1,36)	< 0,001	1,23 (1,16-1,30)	< 0,001
Autoavaliação do estado de saúde				
Boa	1,00			
Ruim	1,25 (1,19-1,30)	< 0,001	**	
Filiação a plano de saúde				
Não	1,00			
Sim	0,86 (0,79-0,93)	< 0,001	**	

OR = Odds ratio; IC95%: IC = intervalo de confiança de 95%; * = variáveis excluídas da análise ajustada por apresentar p ≥ 0,20 na análise bivariada; ** = variáveis que foram excluídas durante o processo de modelagem

para todos os quintis de renda, com maior chance de acesso para os menores quintis em todos os anos.

DISCUSSÃO

O presente estudo identificou aumento da prevalência de acesso, pela população brasileira, a pelo menos um dos medicamentos prescritos no SUS entre 1998 a 2008. O acesso gratuito se mostrou associado a variáveis relacionadas à condição socioeconômica do indivíduo, que não se alteraram no período.

Ao analisar a prevalência de acesso gratuito a algum medicamento prescrito, observa-se diferença entre os métodos empregados nos estudos existentes^{5,9,22}, assim a comparação direta entre eles deve ser feita com cautela.

Diferentes estudos realizados em períodos distintos mostram expansão do acesso gratuito a medicamentos pela população brasileira, conforme identificado também em nosso trabalho. Lopes²², analisando dados das PNADs, verificou expansão da cobertura da oferta gratuita de medicamentos no Brasil, que passou de 27,2%, em 1998, para 46%, em 2008. Nesse estudo, a autora mensurou acesso gratuito a medicamentos prescritos tanto no serviço público quanto no serviço privado. Em nosso trabalho, encontramos valores maiores de prevalência do acesso gratuito a algum medicamento prescrito, possivelmente pelo fato de termos considerado apenas as prescrições oriundas de atendimentos realizados no serviço público. Corroborando o crescimento do acesso gratuito a medicamentos no Brasil, Tavares et al.⁹, com base nos dados da Pesquisa Nacional sobre Acesso, Utilização e Promoção do Uso Racional de Medicamentos no Brasil de 2014, momento que vai além do nosso estudo, verificaram que a prevalência de acesso gratuito foi maior (67,7%) do que a reportada na PNAD de 1998. Contudo, não identificamos pesquisas que abordaram análise de tendência do acesso gratuito com base nas desigualdades socioeconômicas.

As estimativas ajustadas mostraram um gradiente de maior acesso gratuito com a diminuição do nível socioeconômico, o que está de acordo com a literatura^{5,9,19}. Os indivíduos de menor renda e baixo nível de escolaridade tiveram maior chance de acesso a medicamentos pelo SUS, o que demonstra a importância do SUS para a promoção da equidade no acesso a medicamentos^{5,19}.

Entretanto, identificou-se que apesar da desigualdade no acesso a medicamentos pelo SUS ser em favor dos grupos com menores condições socioeconômicas, esta persistiu ao longo do período analisado, com tendência constante entre os diferentes quintis de renda. Os termos de interação entre as variáveis ano/renda e ano/escolaridade não foram estatisticamente significativos, demonstrando que a condição socioeconômica dos indivíduos não modifica as estimativas de acesso gratuito a medicamentos ao longo do tempo.

Esses achados indicam que apesar da implementação de diversas políticas públicas no âmbito da assistência farmacêutica destinadas a promover o acesso a medicamentos pela população, verificou-se que, não obstante o aumento da chance de acesso gratuito a algum medicamento pelo SUS, tais iniciativas não conseguiram reduzir as lacunas desse acesso entre os indivíduos de diferentes posições socioeconômicas. A manutenção das desigualdades sociais em saúde no período de 1998 a 2008 também se refletiu em outras situações de saúde. Lima-Costa et al. (2012)²³ não observaram mudanças na magnitude das desigualdades por renda na autoavaliação da saúde e na capacidade funcional de idosos brasileiros entre 1998 e 2008. De modo semelhante, outros autores detectaram que as forças das associações entre renda domiciliar per capita, condições de saúde e uso de serviços de saúde não se modificaram entre 1998 e 2003²⁴.

No que diz respeito ao investimento público do Ministério da Saúde com medicamentos, houve aumento de, aproximadamente, 1,5 para 2,5 milhões entre 1998 e 2008^{25,26}. A evolução dos gastos na provisão de medicamentos pode ter contribuído para a elevação do acesso gratuito a medicamentos pelo SUS. Porém, não foi suficiente para reduzir, no período analisado, a desigualdade entre os indivíduos de diferentes níveis de renda. A trajetória de subfinanciamento do SUS e o desequilíbrio entre o gasto público e o privado com medicamentos estão entre as

barreiras para a efetivação das políticas²⁷, o que pode ter contribuído para a manutenção das desigualdades, demonstrando que a oferta de medicamentos pelo serviço público ainda não está adequada para atender plenamente ao princípio da universalidade do SUS.

Os resultados encontrados corroboram aqueles de Monteiro et al.¹⁹ que observaram que no município de São Paulo, entre 2003 e 2008, houve ampliação do acesso gratuito a medicamentos¹⁹, sendo esse acesso também maior entre os mais pobres nos períodos estudados. No entanto, diferente do presente estudo, esses autores relataram redução das desigualdades entre os quintis de renda em favor dos mais ricos, explicada pela expansão dos usuários do SUS, com aumento da participação da população de maior renda no último período¹⁹. Esse resultado ressalta as heterogeneidades entre os serviços prestados nas diferentes regiões do país²⁸. A ampliação do acesso gratuito a medicamentos no município de São Paulo pela parcela da população de maior poder aquisitivo pode ser atribuída também ao aumento no número de planos de saúde privados no Brasil²⁹, com cobertura, apenas, de consulta médica³⁰. Assim, as pessoas podem consultar um médico no setor privado e utilizar o setor público para obtenção do medicamento¹⁹.

Dentre os pontos fortes desse estudo destaca-se a utilização de uma amostra representativa da população brasileira. Além disso, esse foi um estudo pioneiro em analisar, a partir de dados de pesquisas nacionais, a tendência de acesso gratuito a medicamentos baseada nas desigualdades socioeconômicas. Com relação às limitações, deve-se considerar que não foram investigados os motivos para o não acesso gratuito a medicamentos e os dados não permitem discutir a qualidade do serviço de assistência farmacêutica prestado pelo setor público. Além disso, é possível que algum medicamento prescrito não esteja na lista de medicamentos ofertados no serviço, subestimando a prevalência de acesso. Ressalta-se também que a partir do ano de 2008 houve mudanças substanciais na reorientação da assistência farmacêutica³¹⁻³⁷ que não foram contempladas nesse estudo e que trouxeram avanços positivos e retrocessos na provisão pública de medicamentos³⁸, evidenciando a necessidade de novas pesquisas para monitoramento.

Este artigo revelou que o acesso gratuito a medicamentos é maior na população com menor poder aquisitivo, demonstrando que o SUS exerce seu papel pró-equidade no fornecimento de medicamentos. Além disso, revelou expansão de acesso gratuito a medicamentos para toda a população, conforme princípio da universalidade de acesso aos serviços de saúde oferecidos pelo SUS, que se baseia na garantia do direito à saúde por todos os brasileiros, sem aceção ou discriminação de pessoas. No entanto, apesar dos importantes avanços para a implantação e o aperfeiçoamento da política de assistência farmacêutica no país, a redução da desigualdade e a cobertura universal no acesso gratuito a medicamentos permanecem como desafios para o sistema.

REFERÊNCIAS

1. Bermudez J. Acesso a medicamentos: direito ou utopia? Rio de Janeiro: E-papers; 2014.
2. Mendes EV. As redes de atenção à saúde. *Cien Saude Colet*. 2010;15(5):2297-305. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232010000500005>. PMID:20802863.
3. World Health Organization. The world medicines situation 2011. Access to essential medicines as part of the right to health. Geneva: WHO; 2011.
4. 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. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2008000200005>. PMID:18278273.
5. 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. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2013000800007>. PMID:23568299.
6. Menezes T, Campolina B, Silveira FG, Servo LM, Piola SF. O gasto e a demanda das famílias em saúde: uma análise a partir da POF 2002-2003. In: Silveira FG, Servo LM, Menezes T, Menezes T, Piola SF. Gasto e consumo das famílias brasileiras contemporâneas. Brasília: IPEA; 2006. p. 314-44.

7. Garcia LP, Sant'anna AC, Magalhães LCG, Freitas LRS, Áurea AP. Gastos das famílias brasileiras com medicamentos segundo a renda familiar: análise da Pesquisa de Orçamentos Familiares de 2002-2003 e de 2008-2009. *Cad Saude Publica*. 2013;29(8):1605-16. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2013001200013>. PMID:24005926.
8. Vieira FS. Assistência farmacêutica no sistema público de saúde no Brasil. *Revista Panamericana de Salud*. 2010;27(2):149-56. <http://dx.doi.org/10.1590/S1020-49892010000200010>.
9. Tavares NUL, Bertoldi AD, Mengue SS, Arrais PSD, Luiza VL, Oliveira MA, et al. Factors associated with low adherence to medicine treatment for chronic diseases in Brazil. *Rev Saude Publica*. 2016;50(Supl 2):10s. <http://dx.doi.org/10.1590/s1518-8787.2016050006150>. PMID:27982378.
10. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.916, de 30 de outubro de 1998. Aprova a Política Nacional de Medicamentos. *Diário Oficial da União, Brasília*, 1998.
11. Brasil. Ministério da Saúde. Resolução nº 338, de 6 de maio de 2004. Aprova a Política Nacional de Assistência Farmacêutica. *Diário Oficial da União, Brasília*, 2004.
12. Álvares J, Guerra AA Jr, Araújo VE, Almeida AM, Dias CZ, Ascef BO, et al. Acesso aos medicamentos pelos usuários da atenção primária no Sistema Único de Saúde. *Rev Saúde Públ*. 2017 nov;51(Supl 2):20s.
13. 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. PMID:27982382.
14. Mengue SS, Bertoldi AD, Ramos LR, Farias MR, Oliveira MA, Tavares NUL, et al. Acesso e uso de medicamentos para hipertensão arterial no Brasil. *Rev Saude Publica*. 2016;50(Supl 2):8s. PMID:27982380.
15. Drummond ED, Simões TC, Andrade FB. Acesso da população brasileira adulta a medicamentos prescritos. *Rev Bras Epidemiol*. 2018 ago;21(0):e180007. <http://dx.doi.org/10.1590/1980-549720180007>. PMID:30088587.
16. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional por amostra de Domicílios. Acesso e utilização de serviços de saúde 1998. Rio de Janeiro: IBGE; 2000.
17. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional por amostra de Domicílios. Acesso e utilização de serviços de saúde 2003. Rio de Janeiro: IBGE; 2005.
18. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Um panorama da saúde no Brasil. Acesso e utilização dos serviços, condições de saúde e fatores de risco e proteção à saúde 2008. Rio de Janeiro: IBGE; 2010.
19. Monteiro CN, Gianini RJ, Barros MBA, César CLG, Goldbaum M. Access to medication in the Public Health System and equity: populational health surveys in São Paulo, Brazil. *Rev Bras Epidemiol*. 2016;19(1):26-37. <http://dx.doi.org/10.1590/1980-5497201600010003>. PMID:27167646.
20. Rao JNK, Scott AJ. On chi-squared tests for multiway contingency-tables with cell proportions estimated from survey data. *Ann Stat*. 1984;12(1):46-60. <http://dx.doi.org/10.1214/aos/1176346391>.
21. Hosmer DW, Lemeshow S. *Applied logistic regression*. 2nd ed. New York: J. Wiley; 2000. <http://dx.doi.org/10.1002/0471722146>.
22. Lopes FAD. Análise da equidade da política nacional de medicamentos no período de 1998 a 2013 [Dissertação]. Belo Horizonte: Escola de Governo Professor Paulo Neves de Carvalho, Fundação João Pinheiro; 2016.
23. Lima-Costa MF, Facchini LA, Matos DL, Macinko J. Mudanças em dez anos das desigualdades sociais em saúde dos idosos brasileiros (1998-2008). *Rev Saude Publica*. 2012;46(Supl):100-7. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102012005000059>. PMID:23223791.
24. Lima-Costa MF, Matos DL, Camarano AA. Evolução das desigualdades sociais em saúde entre idosos e adultos brasileiros: um estudo baseado na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD 1998, 2003). *Cien Saude Colet*. 2006;11(4):941-50. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232006000400016>.
25. Brasil. Ministério da Saúde. Política Federal de Assistência Farmacêutica 1990 a 2002. Brasília: Ministério da Saúde; 2002.
26. Áurea AP, Magalhães LCG, Garcia LP, Santos CF, Almeida RF, Stivali M, et al. Compras Federais de Medicamentos da Assistência Farmacêutica: evidências recentes. In: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. Diretoria de Estudos e Políticas Setoriais, de Inovação, Regulação e Infraestrutura. *Radar Tecnologia, Produção e Comércio Exterior*. 9. ed. Brasília: IPEA; 2010. p. 12-18.
27. Vasconcelos DMM, Chaves GC, Azeredo TB, Silva RM. Política Nacional de Medicamentos em retrospectiva: um balanço de (quase) 20 anos de implementação. *Cien Saude Colet*. 2017;22(8):2609-14. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232017228.02432017>. PMID:28793076.
28. Cazelli CM, Brito JS, Sá PK, Ornelli CB. Análise das desigualdades regionais na oferta de serviços e saúde no Brasil: pesquisa da assistência médico-sanitária, 1992 e 1999. *Saúde Debate*. 2002;26(61):198-209.

29. Paim J, Travassos C, Almeida C, Bahia L, Macinko J. The Brazilian health system: history, advances, and challenges. *Lancet*. 2011;377(9779):1778-97. [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(11\)60054-8](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(11)60054-8). PMID:21561655.
30. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa de Orçamento familiar - POF, 2008 - 2009. Composição do gasto familiar per capita privado direto em saúde, por decil de renda 2015. Rio de Janeiro: IBGE; 2015.
31. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. Formulário terapêutico nacional 2008: Rename 2006. Brasília: Ministério da Saúde; 2008.
32. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria Nº 154, de 24 de janeiro de 2008. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF. Diário Oficial da União, Brasília, 4 de março de 2008.
33. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. Formulário terapêutico nacional 2010: Rename 2010. Brasília: Ministério da Saúde; 2010.
34. Brasil. Lei nº 12.401, de 28 de abril de 2011. Altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a assistência terapêutica e a incorporação de tecnologia em saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. Diário Oficial da União, Brasília, 28 de abril de 2011.
35. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 184, de 3 de fevereiro de 2011. Dispõe sobre o Programa Farmácia Popular do Brasil. Diário Oficial da União, Brasília, 4 de fevereiro de 2011.
36. Brasil. Constituição (1998). Emenda constitucional n.º 95, de 15 de dezembro de 2016. Teto dos gastos públicos. Altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para instituir o Novo Regime Fiscal, e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, 16 de dezembro de 2016.
37. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM nº 3.992, de 28 de dezembro de 2017. Altera a Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços públicos de saúde do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União, Brasília, 28 de dezembro de 2017.
38. Bermudez JAC, Esher A, Osorio-de-Castro CGS, Vasconcelos DMM, Chaves GC, Oliveira MA, et al. Assistência Farmacêutica nos 30 anos do SUS na perspectiva da integralidade. *Cien Saude Colet*. 2018;23(6):1937-49. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232018236.09022018>. PMID:29972501.