

Analysis of essential drugs lists of a regional healthcare coordination center in Rio Grande do Sul

Mariele Salvi*
Tatiana Mezadri*
Leo Lynce Valle De Lacerda*
Luciane Peter Grillo*

39

Analysis of essential drugs lists of a regional healthcare coordination center in Rio Grande do Sul
O Mundo da Saúde, São Paulo - 2018;42(1):39-60

Abstract

In Brazil municipalities are responsible for initiating the guarantee of access to essential medicines by selecting those that will be included in their lists. This study aimed to analyze how the Municipal Lists of Essential Medicines (MLEM) are prepared, as well as their comparison with the National List of Essential Medicines (RENAME) 2014, and what their similarities and differences are. The municipalities belong to the 11th Regional Healthcare Coordination Center of Rio Grande do Sul State. A questionnaire was applied to the Pharmaceutical Assistance managers to characterize the preparation of the lists that were compared between themselves and with RENAME 2014, later Cluster Analysis was used to determine similarities. A total of 23 municipalities and 22 lists were received for the analysis. The main criteria for elaboration were medical prescription, presence in RENAME and need of the population. RENAME was cited as the most widely used source of information. Ten drugs were present in all lists and the percentage of agreement with RENAME was 60.6%. These results point to the need for a balance between what is accomplished by the municipalities and what is recommended in selecting essential medications.

Keywords: Essential Drugs. National Drug Policy. Pharmaceutical Assistance.

INTRODUCTION

Essential medicines are those that meet the priority needs of the health problems of the majority of the population and should be available regularly in the appropriate dosage forms and quantities, with quality assurance and affordable prices in a hierarchical way, and without conflicts of interest¹. The selection of drugs that are part of this group is guided by the paradigm of evidence-based medicine and by the need to increase access, which is a fundamental right of citizens².

Access to medicines is an integrated part of health systems, so increasing the guarantee of access to essential medicines is still considered a major global challenge and is being strongly discussed by several international organizations^{2,3}.

With the purpose of guaranteeing this access in Brazil, the National Medicines Policy (NMP) of 1998 established as one of its guidelines

the adoption of a list of essential medicines for the country, called the National List of Essential Medicine (RENAME)⁴, which guides the standardization of prescriptions, essentially in the Unified Health System, serving as a cost reduction mechanism when selecting medicines to treat most of the diseases that affect Brazilians^{4,5}.

In addition, this relationship is still considered a rationalizing tool in Pharmaceutical Assistance, which includes a set of actions aimed at promoting, protecting and recovering health, both individual and collective, taking the drug as an essential input, involving all stages from their selection until their use^{5,7}.

Due to its characteristics, RENAME should serve as a basis for the elaboration of the Municipal List of Essential Medicines (MLEM), which due to the decentralization of management is the beginning of the guarantee

DOI: 10.15343/0104-7809.201842013960

* Vale do Itajaí University– UNIVALI. Itajaí, SC, Brazil.
E-mail: marielesalvi@hotmail.com

of access to medicines in primary care⁸. Its construction must be in accordance with the specific needs and epidemiological data of each municipality, as well as being followed and updated frequently by a multi-professional team, called the Pharmacy and Therapeutics Committee (PTC), with knowledge of the current legislation to be able to evaluate the best and most cost-effective relationship^{9,10}.

The elaboration of these lists of essential drugs helps improve medication management, avoids lacks or excesses, facilitates the training of prescribers, and the user receives more information about the use². They also strengthen the process of decentralization of management, prioritize and direct the application of financial resources of the three spheres of government; federal, state and municipal levels⁵.

There are few studies that deal with drug selection in Brazil^{8,9,10} and in light of the above, this study aimed to analyze how the MLEM of the municipalities belonging to the 11th Regional Health Coordination Center of the state of Rio Grande do Sul (11th CRS/RS) are elaborated and what are their similarities and differences, as well as the comparison with RENAME 2014, valid in the year of the study.

METHODOLOGY

An exploratory, quantitative and cross-sectional study was carried out on the MLEM of the 33 municipalities belonging to the 11th Regional Health Coordination Center of Rio Grande do Sul (CRS/RS), located in the northern part of the state, covering a total population of 230,840 inhabitants, ranging from 1,607 to 96,087¹¹ each.

Data collection was performed through the application of an adapted questionnaire for Pharmaceutical Assistance managers⁸ guided by the World Health Organization (WHO) and the Ministry of Health. The open and closed questions included: Pharmacy and Therapeutics, list updates and dissemination frequencies, professionals who carry out the preparation of the lists, as well as criteria used to select the medicines, and the number of pharmacists of the municipal service. For access to the municipal medicines list, a copy of each MLEM in force in 2016 or, if lacking,

an equivalent document was requested.

The comparison between MLEM was performed under three aspects: pharmaceutical form, drug concentration and therapeutic groups. For this reason, the drugs were classified according to the first and second level of the *Anatomical Therapeutic Chemical* (ATC), recognized by the WHO as a standard for drug studies.

The identification of the compliance of the MLEM with RENAME 2014 was performed by means of the percentage of agreement between the drugs, and those described in the same way as regarding pharmaceutical form and concentration were considered to be in agreement.

In the data analysis, the absolute and relative frequencies were compared for each level of ATC, as well as the most frequent medications. Both frequencies were used for the comparisons of the municipalities with each other and with RENAME 2014.

The municipalities were grouped according to their similarity in relation to the referral frequency of ATC classified therapeutic/pharmacological subgroups. Cluster analysis was performed, excluding the less frequent subgroups, since they would not interfere in the results. The Euclidian Distance was used for the similarity calculations and the Wald Method for the formation of groups of municipalities.

It should be emphasized that the use of this technique had an exploratory purpose for the indicators, and it was not intended to prove strict relations between the lists of municipalities studied, which, together with the climbing and abnormal nature of the data, motivated this choice.

From the formation of the dendrogram generated by this technique, we sought to identify differences between groups in aspects such as population, agreement with RENAME, Gross Domestic Product (GDP), income ratio and the answers given to the structured questionnaire applied: number of processors, hourly workload of pharmacists, presence of doctors and pharmacists in the preparation of the list, and number of criteria adopted for elaboration. The comparisons were tested using the Kruskal-Wallis test with posterior comparison by the Dunn test, at a 5% level of

significance.

For the analysis of the lists of medications provided by the participating municipalities, medications without specifying the dose used were classified as not agreeing with RENAME, and when mentioned doubly in the same list were counted only once.

The study was submitted to the Vale do Itajaí University Ethics and Research Committee and approved under protocol No. 1.673.372. The names of the municipalities investigated were not disclosed and identified in the results of this study, being randomly numbered.

RESULTS

Of the 33 municipalities belonging to the 11th CRS/RS and contacted for this research, 23 accepted the invitation, of which one did not send a copy of MLEM to be analyzed and compared, totaling, therefore, 22 MLEM and 23 questionnaires.

The questionnaires applied to Pharmaceutical Assistance managers were answered by 21 (91.3%) pharmacists, 1 (4.3%) nursing assistant, and 1 (4.3%) nursing technician (Table 1).

It was observed that most municipalities have at least one pharmaceutical professional.

In relation to updating the lists, 60.9% of the municipalities do it in each bid; with the exception of one municipality, all other lists had been updated in the year 2016.

The two municipalities that count on PTCs are formed by a pharmacist, administrative assistant, secretary, doctors and nurses; and by pharmacist, nurse, coordinator, physician and nursing technician, respectively. In municipalities where there was no presence of a PTC, the list is drawn up by pharmacists, doctors, nurses, health secretary, dentists, nursing assistances and technicians. Excluding the municipality that did not have a pharmacist, only one did not rely on this professional in the elaboration process. For four municipalities, the elaboration was carried out exclusively by this professional.

For the selection of medications, the most cited criteria were medical prescription, presence in RENAME and need of the population, in this order. Epidemiological

data, prevalent diseases, demand, basic and continuous medication, information from community health agents, presence in the Popular Pharmacy, court order, and the exclusion of Specialized Component drugs from Pharmaceutical Assistance were also cited as criteria.

The most reported source of information used was RENAME (n = 16). Also appearing among the answers were: internet, National Agency of Sanitary Surveillance (ANVISA), medical guide, initial list already used, electronic bulletin, prescription and medical proposals, exclusion of what belongs to the Popular Pharmacy, pharmaceutical books, and as needed.

When requesting the lists of medicines made available to the population of each municipality, MLEM and lists of inventory and acquisition were received. It was found that the average number of drugs present was 160.32, and that of drugs in different pharmaceutical forms was 228.14.

Among the drugs found, ten were repeated in all municipalities in the same pharmaceutical form and concentration: Amoxicillin 500 mg, Amoxicillin oral suspension 50 mg / mL, Azithromycin 500 mg, Amiodarone Hydrochloride 200 mg, Amitriptyline Hydrochloride 25 mg, Fluoxetine Hydrochloride 20 mg, Diazepam 10 mg, Spironolactone 25 mg, Phenytoin sodium 100 mg and Omeprazole 20 mg.

According to the ATC classification system, more than 50% of the medicines used in all municipalities corresponded to the three main anatomical groups: Nervous System (24.4%), Cardiovascular System (18.8%), and Digestive System and Metabolism (12.0%). The distribution of the drugs in their respective, most common groups can be seen in Table 2.

Still considering the ATC classification groups for each municipality studied, the largest constituent of the lists was the Nervous System anatomical group in 19 of them, agreeing with the aforementioned data, followed mostly by the Cardiovascular System and the Digestive System and Metabolism; however, the General Anti-infectives for Systemic Use and the Respiratory System (TABLE 3) were also presented.

Table 1 – Elaboration Process of the Municipal List of Essential Medicines (MLEM) in the municipalities belonging to the 11th Regional Health Coordination Center of the State of Rio Grande do Sul (CRS/RS), 2016.

Variable	n (%)
Presence of Pharmacy and Therapeutics Committee	
Yes	2 (8.7)
No	21(91.3)
Do not know	-
Update frequency of MLEM	
Yearly	7 (30.4)
Biennial	-
As needed	3 (13)
In each bidding	13 (56.5)
Do not know	-
Last update of MLEM	
Two years ago	-
This year (2016)	8 (34.8)
At the last bidding	14 (60.9)
Last year (2015)	1 (4.3)
Do not know	-
Availability to prescribers	
Yes	23 (100)
No	-
Do not know	-
Availability to users	
Yes	1 (4.3)
No	22 (95.6)
Do not know	-
Disclosure of changes in MLEM	
Distribution of the new relationship	-
Individual disclosure for prescribers	20 (86.9)
Disclosure in the Basic Health Units	-
Disclosure on the City Hall website	-
No disclosure	3 (13)
Do not know	-
Organization of drugs in MLEM	
Alphabetical order	19 (82.6)
Pharmacological group	4 (17.4)
Other	-
Do not know	-

to be continued...

...continuation - Table 1

Pharmacists in the municipality	
none	1 (4.3)
1	21 (91.3)
2	1 (4.3)
3	-
4 or more	-
Do not know	-
Pharmacists' hourly workload	
Does not have a pharmacist	1 (4.3)
8 hours	1 (4.3)
20 hours	6 (26)
24 hours	1 (4.3)
30 hours	-
40 hours	14 (60.9)
Do not know	-
MLEM covers all necessary medication	
No	1 (4.3)
Partially	4 (17.4)
Yes	18 (78.3)
Do not know	-

Table 2 – Distribution of drugs present in the Municipal List of Essential Medicines (MLEM) of the municipalities belonging to the 11th Regional Health Coordination Center of the state of Rio Grande do Sul (CRS/RS) according to the therapeutic/pharmacological subgroups following the 2016 Anatomical Therapeutic Chemical (ATC) classification.

Anatomical Group	n (%)
Nervous System	
Psycholeptics	61(30.5)
Psychoanaleptics	48 (24.0)
Antiepileptics	33 (16.5)
Analgesics	29 (14.5)
Antiparkinsonians	14 (7.0)
Other medication for the nervous system	13 (6.5)
Anesthetics	2 (1.0)
Cardiovascular System	
Agents acting on the renin-angiotensin system	54 (32.1)
Betablockers	27 (16.1)
Cardiac therapy	19 (11.3)

to be continued...

...continuation - Table 2

Calcium channel blockers	17 (10.1)
Hippolydiemans	17 (10.1)
Diuretics	15 (8.9)
Antihypertensives	10 (5.9)
Vasoprotectors	5 (3.0)
Peripheral vasodilators	4 (2.5)
Digestive Apparatus and Metabolism	
Medications used in diabetes	25 (20.3)
Vitamins	24 (19.5)
Antispasmodics, anticholinergics and prokinetics	23 (18.7)
Antacids	20 (16.3)
Laxatives	10 (8.2)
Antidiarrheals, intestinal anti-inflammatory and anti-infective agents	8 (6.5)
Antiemetics and antinauseants	8 (6.5)
Mineral Supplements	4 (3.2)
Stomatological preparations	1 (0.8)

Table 3 – Total number and percentage of distribution of the three main anatomical groups most frequent in the Municipal List of Essential Medicines (MLEM) of the municipalities belonging to the 11th Regional Health Coordination Center of the state of Rio Grande do Sul (CRS/RS) following the 2016 Anatomical Therapeutic Chemical (ATC) classification.

Anatomical Groups	n (%)
1st Group	
Cardiovascular system	3 (13.6)
Nervous system	19 (86.4)
2nd Group	
Digestive System and Metabolism	2 (9.1)
Nervous system	3 (13.6)
Cardiovascular system	17 (77.3)
3rd Group	
Respiratory system	1 (4.5)
Cardiovascular system	2 (9.1)
General Anti-infectives for Systemic Use	7 (31.8)
Digestive System and Metabolism	12 (54.6)

The comparison of the MLEM with the RENAME can be seen in Graph 1, which is subdivided with the Basic Component of Pharmaceutical Assistance, since the list is composed of financing blocks. The mean disagreement among these lists was 39.40%. In some municipalities, more than half of the available medicines were not present in RENAME and nine municipalities did not have half of the Pharmaceutical Assistance Basic Component drugs in their lists.

Only one municipality did not present any drug belonging to the Nervous System in its MLEM that was not present in RENAME, and concerning the Cardiovascular Apparatus and Digestive System and Metabolism the group, all cities had medications present and absent in RENAME. The anatomical group of the Digestive System and Metabolism did not have all its subgroups represented by the municipalities. Among the 22 participating municipalities, two did not present the subgroup A10 (medicines used for diabetes), and only 14 included the drug Metformin in its list.

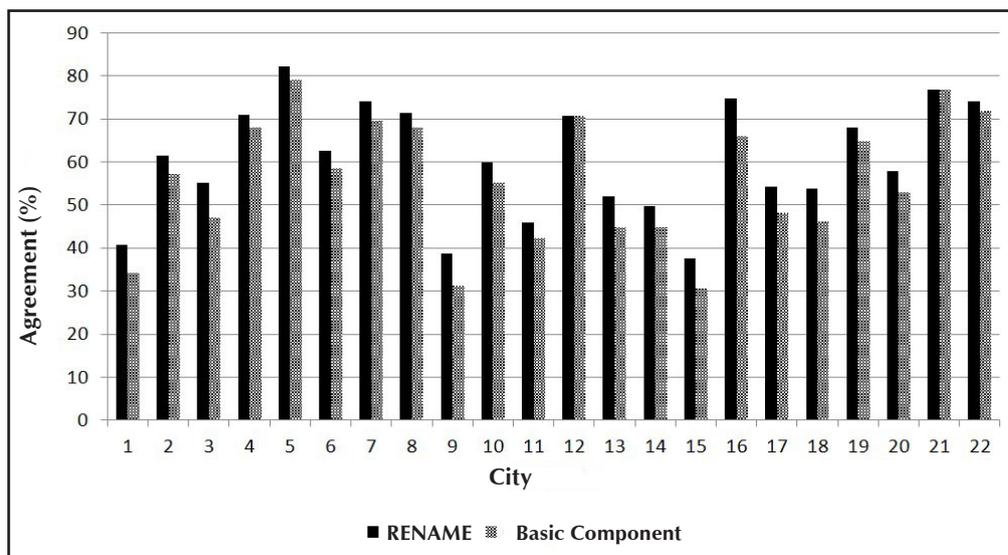
Cluster analysis discriminated four groups of municipalities (A, B, C and D) according to the number of therapeutic/pharmacological drug subgroups distributed in their lists (Graph 2).

Groups A and B showed medians between 200 and 300 appearances per list. Group C with median below 200 and group D with more than 500 pharmaceutical appearances.

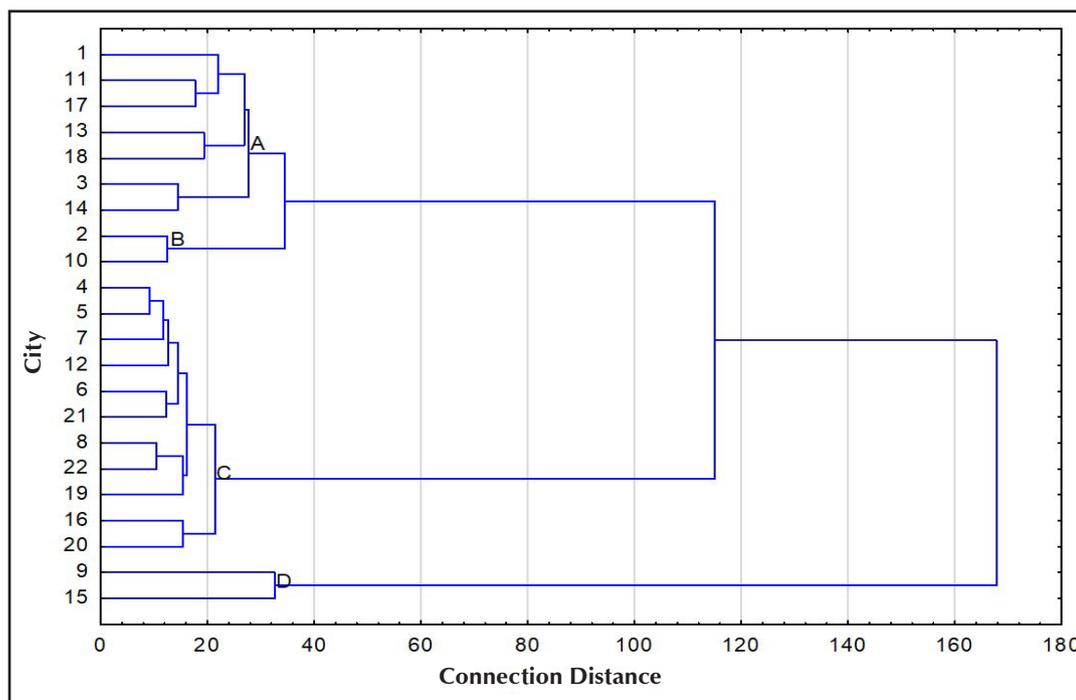
Comparing the four groups according to the other variables analyzed (population, agreement with RENAME, GDP, income ratio, and structured questionnaire questions) showed significant differences between groups C and D in three aspects: in the amount of medications listed ($p=0.0148$), with a median of five collaborators in Group D versus two in Group C. Groups A and B showed intermediate medians (2.5 and 3). The second variable in which there was a difference between groups C and D was the number of criteria used in the selection ($p=0.0414$). The median of Group D was 1.5 criteria against 3 criteria in group C; groups A and B had medians of 2 and 1.5, respectively.

The aspect with the most significant difference was the percentage of agreement with RENAME. While group D showed the lowest median agreement (38.8), group C showed a median significantly higher than the other groups (74.7), and groups A and B showed similar medians and were significantly different from the others (53.8).

Graph 1 – Agreement of the medicines of the Municipal List of Essential Medicines (MLEM) of each city belonging to the 11th Regional Health Coordination Center of the State of Rio Grande do Sul (CRS/RS) with the 2014 National List of Essential Medicines (RENAME) and with the 2016 Pharmaceutical Assistance Basic Component National Drug List.



Graph 2 – Groups of municipalities belonging to the 11th Regional Health Coordination Center of the state of Rio Grande do Sul (CRS/RS) formed after cluster analysis (A, B, C and D), 2016.



DISCUSSION

In Brazilian public health, municipalities are the main route of access to medicines; the rational selection of those that will be part of their lists becomes a significant factor for this outcome¹². The results of the present study demonstrate an imbalance between what is recommended by the health agencies and what is carried out in the municipalities for this process.

The need for improvement could be verified by the few municipalities with presence of a PTC, although it is understood that there are challenges with human resources, finances and a lack of adequate physical structure, making it difficult to install these commissions¹⁰. This is even more evident in smaller municipalities¹³, as is the case of most of the participants in this study. It is worth mentioning that, although only two municipalities have this commission, the majority count on the participation of professionals from other areas to choose the medicines that will be made available, which can already be considered a breakthrough.

Recent data from the National Survey on

Access, Use and Promotion of Rational Use of Medicines (PNAUM) indicated that only 12.5% of Brazilian municipalities report having a PTC¹⁴, which allows drugs to be inserted in their affairs without previously assessed criteria and established responsible bodies.

The non-existence of a PTC impairs the decision-making capacity for the inclusion or exclusion of drugs from the lists, with items of questionable utility, thus affecting all stages of Pharmaceutical Assistance. In a study evaluating the impact of the implementation of PTC in public hospitals in Sergipe, a direct influence on cost reduction was observed, with a decrease in the total number of items on the list and an increase in the percentage of drugs recommended by essential drug affairs¹⁵. In the case of this study, because they are smaller municipalities, the implementation of a regional PTC would be pertinent.

The most cited criterion used to select the medicines to be made available was medical prescription, however, in Brazil, especially in smaller municipalities and in the

Southern region, there is a high turnover of medical professionals¹⁶. Thus, new drugs may possibly be added due to the exchange of this professional, which may lead to unnecessary expenses for public management. The lists of essential medicines must be drawn up to guide prescriptions, and not *vice versa*².

Still as the criterion and most commonly used source of information, the National List of Essential Medicine (RENAME) was cited, a fact not observed through the analysis, since there was a convergence of 60.6% and an even lower percentage in relation to the Basic Component. Some municipalities provide more than half of their medicines off this national list, which may lead to an inadequate cost-benefit ratio. Other studies in which this variable was also evaluated, the results were also low, reaching agreement values of 42.16%, 58% and 37% in certain municipalities^{8,17,9}.

The use of RENAME as a basis for the construction of the municipal lists guarantees a more critical selection, being able to direct the number of items to be made available. A limited selection allows for improved quality of health care, drug management, prescriber training, and public education¹³. A very low number of medication can lead to deficiencies in attention and greater demands for other means¹³, as well as a large number that do not characterize a list of essential medicines according to the concept of WHO and eventually generate the inclusion of those belonging to the same therapeutic class¹⁸.

In this study, we obtained a mean of 228.14 pharmaceutical appearances, higher than that found by Asuncion et al. (2013)⁸, Veber et al. (2011)¹³, and Dal Pizol et al. (2010)¹⁰ with 155.47, 114 and 132 appearances, respectively.

Regarding the public availability of the lists with the pharmaceutical appearances and changes made, only the prescribers have full access, except for one municipality that claimed free access to the document for the users who requested it. In a study carried out in 20 municipalities of Rio Grande do Sul, only three had the drug affairs posted in a visible place for the population¹⁹.

The devaluation of the importance of the criteria used for the creation of adequate MLEM

and the lack of knowledge of the standard lists by prescribers and users can promote more lawsuits in the public health field, which create high expenses and damage the execution of public health policies^{20, 21}.

In addition, the increase in lawsuits prompts the Union, states and municipalities to incorporate these drugs into their lists²⁰, a fact observed in the present study where a municipality affirmed the inclusion of drugs by judicial order.

Concerning the hourly workload of the pharmacist, most were present full time (40 hours), different from a survey conducted in 20 other municipalities, where only five had this professional¹⁹. The pharmacist facilitates the information between the pharmacy and the user and avoids unnecessary expenses. Their absence may trigger problems in the management of Pharmaceutical Care, with improvisations predominating¹².

Although only one municipality did not count on the presence of this professional, the complexity of the activities offered should be evaluated, since their mere presence does not guarantee the quality of the service, since the lack of training in this area can contribute to a low return of effectiveness^{8,22}.

When comparing the lists of medicines of the municipalities only ten are repeated in all. Also, drugs commonly prescribed for hypertension, such as captopril or hydrochlorothiazide, are absent in this classification, even though they are present in RENAME 2014. Considering that these municipalities are close, a more expressive number of identical drugs were expected in the presented lists.

The predominant therapeutic group was the Nervous System for most municipalities (86%). When analyzing the data of the State Health Plan of Rio Grande do Sul, it is observed that the three main causes of death in this regional health are diseases of the circulatory system (27.2%), followed by neoplasms (21.3%) and respiratory system diseases (11.7%)²³.

This mismatch between the epidemiological data and the composition of the lists of municipal medicines was seen in an Asuncion study; Santos and Blatt (2013)⁸, where even the proportion of the three most frequent therapeutic groups was almost identical. In

another study in which the prescriptions were evaluated, there was a predominance of the Nervous System, being justified by the author as due to the age range of the study participants, which is the group that consumes the most psychotropics²⁴; and in another, the highest prevalence was for the Respiratory System²⁵.

The group of municipalities formed in the analysis of clusters showed that the percentage of agreement with RENAME was strongly

associated with the number of appearances present in the lists. Relating this to the number of collaborators and criteria: the larger the number of collaborators and the smaller the number of criteria, the greater the percentage of disagreement there is. This demonstrates once again the importance of a formally established PTC, with fixed collaborators and criteria previously determined according to the recommendations.

CONCLUSION

In view of the results obtained in this study we indicate the improvement of the elaboration and selection process of the essential medicines that will be made available to the population, since the access is the mostly impaired in an uncritical selection. It is understood that the positive outcome is interfered with by many

factors, however it is important to avoid unnecessary spending of resources with medicines that do not guarantee proven safety and efficacy. The use of essential medicines should be a reality in health services and the implementation of regional PTCs may be the first step towards overcoming this challenge.

REFERENCES

1. Organización Mundial de la Salud. Perspectivas Políticas sobre Medicamentos de la OMS – 4. Selección de Medicamentos Esenciales. 2002. [citado 2016 abr 13]. Disponível em: <http://apps.who.int/medicinedocs/pdf/h3006s/h3006s.pdf>
2. Wannmacher L. Seleção de medicamentos essenciais: propósitos e consequências. *Revista Tempus Actas de Saúde Coletiva*. 2010; 4(3):1-9.
3. Bangalee V, Suleman F. Has the increase in the availability of generic drugs lowered the price of cardiovascular drugs in South Africa? *HSAG*. 2016; 21(1): 60-6.
4. Ministério da Saúde (Brasil), Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. *Relação Nacional de Medicamentos Essenciais: RENAME*. 9.ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2015. 229 p.
5. Ministério da Saúde (Brasil), Secretaria de Políticas de Saúde, Departamento de Atenção Básica. *Política Nacional de Medicamentos*. Brasília: Ministério da Saúde; 2001. 39 p.
6. Brasil. Lei n. 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* 2011; 20 abr.
7. Brasil. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n 338, de 06 de maio de 2004. Aprova a Política Nacional de Assistência Farmacêutica. *Diário oficial da União* 2004; 20 mai.
8. Assunção IA, Santos K, Blatt CR. Relação municipal de medicamentos essenciais: semelhanças e diferenças. *Rev ciênc farm básica apl*. 2013; 34(3):431-39.
9. Weber D, Bueno CS, Steiger LL, Oliveira KR. Seleção de medicamentos: uma visão do processo em quatro municípios do Rio Grande do Sul. *Rev bras farm*. 2010; 91(3):141-8.
10. Dal Pizzol TS, Trevisol DJ, Heineck I, Flores LM, Camargo AL, Koenig A, Torres ILS, Kadri MC, Monreal MTFD, Melo AMMF, Ferreira MBC. Adesão a listas de medicamentos essenciais em municípios de três estados brasileiros. *Cad saúde pública*. 2010; 26(4):827-36.
11. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. IBGE Cidades. 2010. [citado 2017 abr 10]. Disponível em: <http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/uf.php?lang=&coduf=43&search=rio-grande-do-sul>
12. Marin N, Luiza VL, Osório-de-Castro CGS, Machado-dos-Santos S. Assistência farmacêutica para gerentes municipais. *Rio de Janeiro: Abrasco*; 2003. 373 p.
13. Veber AP, Diehl E, Leite, SN, Prospero ENS. Pharmaceutical assistance in local public health services in Santa Catarina (Brazil): characteristics of its organization. *Braz J Pharm Sci*. 2011; 47(1):75-80.
14. Karnikowski MGO, Galato D, Meiners MMMA, Silva EV, Gerlack LF, Bós AJG, Leite SN, Álvares J, Guibu IA, Soeiro OM, Costa KS, Costa EA, Junior AAG, Acurcio FA. Caracterização da seleção de medicamentos para a atenção primária no Brasil. *Rev Saude Publica*. 2017; 51:2-9s.
15. SANTANA RS. Seleção de medicamentos: indicadores, estratégias de implantação e contribuições para o Sistema Único de Saúde [dissertação]. Sergipe: Universidade Federal de Sergipe; 2013.
16. Pierantoni CR, Vianna CMM, França T, Manago C, Rodrigues MPS. Rotatividade da força de trabalho médica no Brasil. *Saúde Debate*. 2015; 39(106):637-47.

17. OLIVEIRA GC. Relações municipais de medicamentos essenciais no estado de São Paulo: uma análise sob a ótica da essencialidade [dissertação]. São Paulo: Universidade de Sorocaba; 2011.
18. Figueiredo TA, Schramm, JMA, Pepe VLE. Relação Nacional de Medicamentos: uma (des)construção permanente ou uma confusão crescente? Cad saúde pública. 2015; 31(3):647-50.
19. Bernardi CLB, Bieberbach EW, Thomé HI. Avaliação da Assistência Farmacêutica Básica nos Municípios de Abrangência da 17ª Coordenadoria Regional de Saúde do Rio Grande do Sul. Saúde soc. 2006; 15(1): 73-83.
20. Machado MAA, Acurcio FA, Brandao CMR, Faleiros DR, Junior AAG, Cherchiglia ML et al. Judicialização do acesso a medicamentos no Estado de Minas Gerais, Brasil. Rev saúde Públ. 2011; 45(3):590-98.
21. Sant'Ana JMB, Pepe VLE, Osósio-de-Castro CGS, Ventura M. Essencialidade e assistência farmacêutica: considerações sobre o acesso a medicamentos mediante ações judiciais no Brasil. Rev panam salud públ. 2011; 29(2):138-44.
22. Volpato DC, Padial RB. Avaliação da Assistência Farmacêutica em municípios de uma regional de saúde do Paraná. Rev Saúde Pesquisa. 2014; 7(2):221-32.
23. Rio Grande do Sul. Secretaria da Saúde. Plano Estadual de Saúde 2016-2019. Porto Alegre; 2016.
24. Souza JM, Vinholes ER, Trauthman SC, Galato D. Avaliação dos indicadores de prescrição e da demanda atendida de medicamentos no Sistema Único de Saúde de um município do Sul do Estado de Santa Catarina. Rev ciênc farm básica apl. 2012; 33(1):107-13.
25. Giroto E, Silva PV. A prescrição de medicamentos em um município do Norte do Paraná. Rev Bras Epidemiol. 2006; 9(2):226-34.

Análise das listas de medicamentos essenciais de uma regional de saúde do Rio Grande do Sul

Mariele Salvi*
Tatiana Mezadri*
Leo Lynce Valle De Lacerda*
Luciane Peter Grillo*

Resumo

No Brasil os municípios são responsáveis pelo início da garantia de acesso aos medicamentos essenciais ao selecionar aqueles que farão parte de suas listas. Esta pesquisa objetivou analisar a elaboração, similaridades e diferenças das Relações Municipais de Medicamentos Essenciais (REMUMEs) dos municípios pertencentes a 11ª Coordenadoria Regional de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul, bem como a comparação com a Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) 2014. A aplicação de um questionário aos gestores da Assistência Farmacêutica caracterizou a elaboração das listas que foram comparadas entre si e com a RENAME 2014, posteriormente foi utilizada análise de agrupamentos para as similaridades. Responderam ao questionário 23 municípios e 22 listas foram recebidas para a análise. Como principais critérios de elaboração, foram citadas a prescrição médica, presença na RENAME e necessidade da população. A RENAME foi referenciada como fonte de informação mais utilizada. Dez medicamentos estavam presentes em todas as listas e o percentual de concordância com a RENAME foi de 60,6%. Estes resultados apontam a necessidade de um equilíbrio entre o que é realizado pelos municípios e o que é recomendado para seleção de medicamentos essenciais.

Palavras-chave: Medicamentos Essenciais. Política Nacional de Medicamentos. Assistência Farmacêutica

INTRODUÇÃO

Medicamentos essenciais são aqueles que satisfazem as necessidades prioritárias de problemas de saúde da maioria da população, devendo estar disponíveis regularmente nas formas farmacêuticas e quantidades adequadas, com garantia de qualidade e preços acessíveis de forma hierárquica e sem conflitos de interesse¹. A seleção dos medicamentos que fazem parte deste grupo é orientada pelo paradigma da medicina baseada em evidências e pela necessidade de aumentar o acesso, sendo este um direito fundamental dos cidadãos².

O acesso aos medicamentos é parte integrada de sistemas de saúde, portanto o aumento da garantia de acesso aos medicamentos essenciais ainda hoje é considerado como um dos maiores desafios globais, sendo discutido com veemência por diversos organismos internacionais^{2,3}.

Com o propósito de garantir este acesso no Brasil, a Política Nacional de Medicamentos (PNM) de 1998 estabeleceu como uma de suas diretrizes a adoção da lista com a relação dos medicamentos essenciais para o país, denominada Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME)⁴, que orienta a padronização das prescrições, essencialmente no Sistema Único de Saúde, servindo como um mecanismo de redução de gastos ao selecionar os medicamentos para tratar a maioria das doenças que acometem os brasileiros⁴⁻⁵.

Além disso, esta relação é considerada ainda um instrumento racionalizador na Assistência Farmacêutica, que compreende um conjunto de ações voltadas para promoção, proteção e recuperação da saúde, tanto individual como coletiva, tendo o medicamento como insumo essencial, envolvendo todas as etapas, desde a

DOI: 10.15343/0104-7809.201842013960

*Universidade do Vale do Itajaí – UNIVALI. Itajaí/ SC, Brasil.
E-mail: marielesalvi@hotmail.com

seleção até a sua utilização^{5,7}.

Em virtude de suas características, a RENAME deve servir como base para a elaboração da Relação Municipal de Medicamentos Essenciais (REMUME), que devido à descentralização da gestão é o início da garantia de acesso aos medicamentos na atenção básica⁸. Sua construção precisa estar de acordo com as necessidades específicas e com os dados epidemiológicos de cada município, além de ser seguida e atualizada frequentemente por uma equipe multiprofissional, denominada Comissão de Farmácia e Terapêutica (CFT) e dotada de conhecimentos sobre a legislação vigente para conseguir avaliar a melhor e mais efetiva relação custo-benefício^{9,10}.

A elaboração destas listas de medicamentos essenciais auxilia na melhora da gestão de medicamentos, evitando faltas ou sobras, facilita o treinamento de prescritores e o usuário recebe maiores informações a respeito do uso². Também fortalecem o processo de descentralização da gestão, priorizam e direcionam a aplicação de recursos financeiros das três esferas de governo; federal, estadual e municipal⁵.

São poucos os estudos que tratam sobre a seleção de medicamentos no Brasil^{8, 9, 10} e diante do exposto, esta pesquisa teve como objetivo analisar como são elaboradas e quais as similaridades e diferenças das REMUMES dos municípios pertencentes a 11^a Coordenadoria Regional de Saúde do estado do Rio Grande do Sul (11^a CRS/RS), bem como a comparação com a RENAME 2014, vigente no ano do estudo.

METODOLOGIA

Foi realizado um estudo exploratório, quantitativo e de corte transversal sobre as REMUMES dos 33 municípios pertencentes a 11^a Coordenadoria Regional de Saúde do Rio Grande do Sul (CRS/RS), localizada na região norte do estado abrangendo uma população total de 230.840 habitantes, que varia de 1.607 a 96.087¹¹.

A coleta de dados foi realizada por meio da aplicação aos gestores da Assistência Farmacêutica de cada município de um questionário adaptado⁸ e norteado pelas

indicações da Organização Mundial de Saúde (OMS) e do Ministério da Saúde, questões abertas e fechadas incluindo: presença de Comissão de Farmácia e Terapêutica, periodicidade de atualização e divulgação das listas, profissionais que realizam a elaboração das listas, bem como, critérios utilizados para seleção dos medicamentos e número de farmacêuticos do serviço municipal. Para o acesso à lista de medicamentos dos municípios foi solicitada uma cópia de cada REMUME vigente no ano de 2016 ou, na sua falta, documento equivalente.

A comparação entre as REMUMES realizou-se sob três aspectos: forma farmacêutica, concentração dos medicamentos e grupos terapêuticos. Para isso, os medicamentos foram classificados conforme o primeiro e segundo nível da *Anatomical Therapeutic Chemical* (ATC), reconhecido pela OMS como padrão para estudos com medicamentos.

A identificação da conformidade das REMUMES com a RENAME 2014 foi realizada por meio do percentual de concordância entre os medicamentos, sendo considerados concordantes aqueles descritos de maneira idêntica quanto a forma farmacêutica e a concentração.

Na análise dos dados foram comparadas as frequências absolutas e relativas para cada nível da ATC, bem como dos medicamentos mais frequentes. Ambas as frequências foram utilizadas para as comparações dos municípios entre si e com a RENAME 2014.

Os municípios foram agrupados de acordo com sua similaridade em relação a frequência de indicação dos subgrupos terapêuticos/farmacológicos da classificação ATC. Para tanto, foi realizada a análise de agrupamentos (Análise de "Cluster"), excluindo-se os subgrupos menos frequentes, visto que não interfeririam nos resultados. A Distância Euclidiana foi utilizada para os cálculos de similaridade e o Método de Wald para a formação dos grupos de municípios.

Ressalta-se que o uso desta técnica teve um intuito exploratório dos indicadores, não se pretendendo comprovar relações estritas entre as listas dos municípios estudados, o que, aliado à natureza escalar e não normal dos dados, motivou esta escolha.

A partir da formação do dendograma

gerado por esta técnica, buscou-se identificar diferenças ente grupos em aspectos como a população, a concordância com a RENAME, o Produto Interno Bruto (PIB), a razão de renda e as respostas dadas ao questionário estruturado aplicado: número de elaboradores, carga horária de farmacêuticos, presença de médicos e farmacêuticos na elaboração da lista e número de critérios adotados para a elaboração. As comparações foram testadas por meio da prova de Kruskal-Wallis com comparação a posteriori pelo teste de Dunn, ao nível de 5% de significância.

Para a análise das listas de medicamentos fornecidas pelos municípios participantes, medicamentos sem especificação da dose utilizada foram classificados como não concordantes com a RENAME e quando citados duplamente na mesma lista foram contabilizados uma única vez.

O estudo foi submetido à apreciação do Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade do Vale do Itajaí e aprovado sob o protocolo n. 1.673.372. Os nomes dos municípios investigados não são divulgados e identificados nos resultados desta pesquisa, sendo numerados aleatoriamente.

RESULTADOS

Dos 33 municípios pertencentes a 11ª CRS/RS e contatados para esta pesquisa, 23 aceitaram a participação, sendo que destes um não encaminhou cópia da REMUME para ser analisada e comparada, totalizando, portanto, 22 REMUMES e 23 questionários.

Os questionários aplicados para os gestores da Assistência Farmacêutica foram respondidos por 21 (91,3%) farmacêuticos, 1 (4,3%) auxiliar de enfermagem e 1 (4,3%) técnico em enfermagem (Tabela 1).

Observou-se que a maioria dos municípios possui pelo menos um profissional farmacêutico.

Em relação a atualização das listas, 60,9% dos municípios a realizam em cada licitação. Com exceção de um município, todas as outras listas haviam sido atualizadas no ano de 2016.

Os dois municípios que contam com CFT são formadas por farmacêutico, auxiliar

administrativo, secretário, médicos e enfermeiras; e por farmacêutico, enfermeira, coordenadora, médico e técnica de enfermagem. Nos municípios em que não há presença de CFT, a elaboração das listas é realizada por farmacêuticos, médicos, enfermeiros, secretário de saúde, odontólogos, auxiliares e técnicos em enfermagem. Excluindo-se o município que não possui farmacêutico, apenas um deles não conta com este profissional na elaboração. Para quatro municípios a elaboração é realizada exclusivamente por este profissional.

Para a seleção de medicamentos, os critérios mais citados foram prescrição médica, presença na RENAME e necessidade da população, nesta ordem. Também foram citados como critérios os dados epidemiológicos, doenças mais prevalentes, demanda, medicamentos básicos e de uso contínuo, informações dos agentes comunitários de saúde, presença na Farmácia Popular, ordem judicial e não inclusão de medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica.

Como fonte de informação utilizada, a mais relatada foi a RENAME (n=16). Entre as respostas também apareceram: internet, Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), guia de remédios, lista inicial já utilizada, bulário eletrônico, receitas e propostas médicas, exclusão do que pertence a Farmácia Popular, livros farmacêuticos e conforme a necessidade.

Ao solicitar as listas de medicamentos disponibilizadas para a população de cada município, receberam-se REMUMES e listas de estoque e aquisição. Verificou-se que o número médio de fármacos presentes foi de 160,32 e o de medicamentos em diferentes apresentações farmacêuticas de 228,14.

Dentre os medicamentos encontrados, dez se repetem em todos os municípios na mesma apresentação farmacêutica e concentração: Amoxicilina 500 mg, Amoxicilina suspensão oral 50 mg/mL, Azitromicina 500 mg, Cloridrato de Amiodarona 200 mg, Cloridrato de Amitriptilina 25 mg, Cloridrato de Fluoxetina 20 mg, Diazepam 10 mg, Espironolactona 25 mg, Fenitoína sódica 100 mg e Omeprazol 20 mg.

De acordo com a classificação do sistema

ATC, mais de 50% dos medicamentos utilizados em todos os municípios corresponderam aos três grupos anatômicos principais: Sistema Nervoso (24,4%), Sistema Cardiovascular (18,8%) e Sistema Digestivo e Metabolismo (12,0%). A distribuição dos medicamentos nos respectivos grupos mais presentes pode ser visualizada na Tabela 2.

Ainda considerando os grupos da

classificação ATC para cada município estudado, em 19 deles o maior constituinte das listas é o grupo anatômico do Sistema Nervoso, concordando com os dados anteriormente citados, seguido em sua maioria pelo Sistema Cardiovascular e pelo Sistema Digestivo e Metabolismo, porém também apresentam-se os Anti-infecciosos Gerais para Uso Sistêmico e o Sistema Respiratório (Tabela 3).

Tabela 1 – Processo de elaboração das Relações Municipais de Medicamentos Essenciais (REMUMES) nos municípios pertencentes a 11ª Coordenadoria Regional de Saúde do estado do Rio Grande do Sul (CRS/RS), 2016.

Variável	n (%)
Presença de Comissão de Farmácia e Terapêutica	
Sim	2 (8,7)
Não	21 (91,3)
Não sabe	-
Periodicidade de atualização da REMUME	
Anual	7 (30,4)
Bienal	-
Conforme necessidade	3 (13)
Em cada licitação	13 (56,5)
Não sabe	-
Última atualização da REMUME	
Há dois anos	-
Este ano (2016)	8 (34,8)
Na última licitação	14 (60,9)
Ano passado (2015)	1 (4,3)
Não sabe	-
Disponibilidade para prescritores	
Sim	23 (100)
Não	-
Não sabe	-
Disponibilidade para usuários	
Sim	1 (4,3)
Não	22 (95,6)
Não sabe	-
Divulgação de alterações na REMUME	
Distribuição da nova relação	-
Divulgação individual para prescritores	20 (86,9)
Divulgação nas Unidades Básicas de Saúde	-
Divulgação no site da Prefeitura Municipal	-
Não há divulgação	3 (13)
Não sabe	-

continua...

...continuação - Tabela 1

Organização dos medicamentos na REMUME	
Ordem alfabética	19 (82,6)
Grupo farmacológico	4 (17,4)
Outra	-
Não sabe	-
Farmacêuticos no município	
Nenhum	1 (4,3)
1	21 (91,3)
2	1 (4,3)
3	-
4 ou mais	-
Não sabe	-
Carga horária dos farmacêuticos	
Não possui farmacêutico	1 (4,3)
8 horas	1 (4,3)
20 horas	6 (26)
24 horas	1 (4,3)
30 horas	-
40 horas	14 (60,9)
Não sabe	-
REMUME abrange todos os medicamentos necessários	
Não	1 (4,3)
Parcialmente	4 (17,4)
Sim	18 (78,3)
Não sabe	-

Tabela 2 – Distribuição dos medicamentos presentes nas Relações Municipais de Medicamentos Essenciais (REMUMES) dos municípios pertencentes a 11ª Coordenadoria Regional de Saúde do estado do Rio Grande do Sul (CRS/RS) de acordo com os subgrupos terapêuticos/farmacológicos conforme a classificação Anatomical Therapeutic Chemical (ATC), 2016.

Grupo Anatômico	n (%)
Sistema Nervoso	
Psicolépticos	61 (30,5)
Psicoanalépticos	48 (24,0)
Antiepilépticos	33 (16,5)
Analgésicos	29 (14,5)
Antiparkinsonianos	14 (7,0)
Outros medicamentos do sistema nervoso	13 (6,5)
Anestésicos	2 (1,0)

continua...

Sistema Cardiovascular	
Agentes que atuam sobre o sistema renina-angiotensina	54 (32,1)
Betabloqueadores	27 (16,1)
Terapêutica cardíaca	19 (11,3)
Bloqueadores dos canais de cálcio	17 (10,1)
Hipolipemiantes	17 (10,1)
Diuréticos	15 (8,9)
Anti-hipertensivos	10 (5,9)
Vasoprotetores	5 (3,0)
Vasodilatadores periféricos	4 (2,5)
Aparelho Digestivo e Metabolismo	
Medicamentos usados na diabetes	25 (20,3)
Vitaminas	24 (19,5)
Antiespasmódicos, anticolinérgicos e propulsivos	23 (18,7)
Antiácidos	20 (16,3)
Laxativos	10 (8,2)
Antidiarréicos, antiinflamatórios e antinfeciosos intestinais	8 (6,5)
Antieméticos e antinauseantes	8 (6,5)
Suplementos minerais	4 (3,2)
Preparados estomatológicos	1 (0,8)

Tabela 3 – Número total e percentual da distribuição dos três grupos anatômicos principais mais frequentes nas Relações Municipais de Medicamentos Essenciais (REMUMES) dos municípios pertencentes a 11ª Coordenadoria Regional de Saúde do estado do Rio Grande do Sul (CRS/RS) conforme a classificação Anatomical Therapeutic Chemical (ATC), 2016.

Grupo Anatômico	n (%)
1º Grupo	
Sistema Cardiovascular	3 (13,6)
Sistema Nervoso	19 (86,4)
2º Grupo	
Sistema Digestivo e Metabolismo	2 (9,1)
Sistema Nervoso	3 (13,6)
Sistema Cardiovascular	17 (77,3)
3º Grupo	
Sistema Respiratório	1 (4,5)
Sistema Cardiovascular	2 (9,1)
Anti-infeciosos Gerais para Uso Sistêmico	7 (31,8)
Sistema Digestivo e Metabolismo	12 (54,6)

A comparação das REMUMEs com a RENAME pode ser visualizada no Gráfico 1, a qual é subdividida com o Componente Básico da Assistência Farmacêutica, uma vez que a lista é composta por blocos de financiamento. A média de discordância entre estas listas foi de 39,40%. Observou-se que em alguns municípios mais da metade dos medicamentos disponíveis não estão presentes na RENAME e nove municípios não possuem a metade dos medicamentos do Componente Básico da Assistência Farmacêutica em suas listas.

Apenas um município não apresentou em sua REMUME nenhum medicamento pertencente ao Sistema Nervoso que não estivesse presente na RENAME, sendo que para o grupo do Aparelho Cardiovascular e Aparelho Digestivo e Metabolismo, todos apresentaram medicamentos presentes e ausentes na RENAME.

O grupo anatômico do Aparelho Digestivo e Metabolismo não teve todos os seus subgrupos representados pelos municípios. Dentre os 22 municípios participantes, dois não apresentaram o subgrupo A10 (medicamentos usados para diabetes), e somente 14 contam com o fármaco Metformina em suas relações.

A análise de agrupamentos discriminou quatro grupos de municípios (A, B, C e D) de acordo com o número de subgrupos

terapêuticos/farmacológicos dos medicamentos distribuídos em suas listas (Gráfico 2). Os grupos A e B mostraram medianas entre 200 e 300 apresentações por lista. O grupo C com mediana abaixo de 200 e o grupo D com mais de 500 apresentações farmacêuticas.

A comparação dos quatro grupos de acordo com as outras variáveis analisadas (população, concordância com RENAME, PIB, razão de renda e questões do questionário estruturado) demonstrou diferenças significativas entre os grupos C e D em três aspectos: na quantidade de elaboradores das relações de medicamentos ($p=0,0148$), com mediana de cinco elaboradores no Grupo D contra dois no grupo C. Os grupos A e B mostraram medianas intermediárias (2,5 e 3). A segunda variável em que ocorreu diferença entre os grupos C e D foi a quantidade de critérios utilizados na seleção ($p=0,0414$): mediana de 1,5 critérios no Grupo D contra três critérios no grupo C; os grupos A e B com medianas de 2 e 1,5 respectivamente.

O aspecto com diferença mais significativa foi a porcentagem de concordância com a RENAME. Enquanto o grupo D mostrou a menor mediana de concordância (38,8), o grupo C mostrou mediana significativamente superior aos demais grupos (74,7), e os grupos A e B mostraram mediana similar e significativamente diferente dos demais (53,8).

Gráfico 1 – Concordância dos medicamentos das Relações Municipais de Medicamentos Essenciais (REMUMES) de cada município pertencente a 11ª Coordenadoria Regional de Saúde do estado do Rio Grande do Sul (CRS/RS) com a Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) 2014 e com a Relação Nacional de Medicamentos do Componente Básico da Assistência Farmacêutica, 2016.

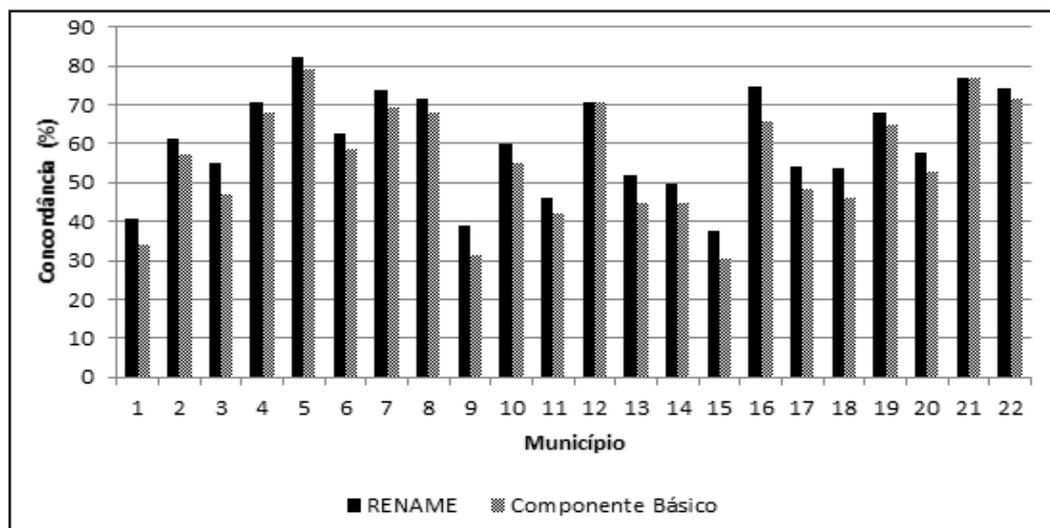
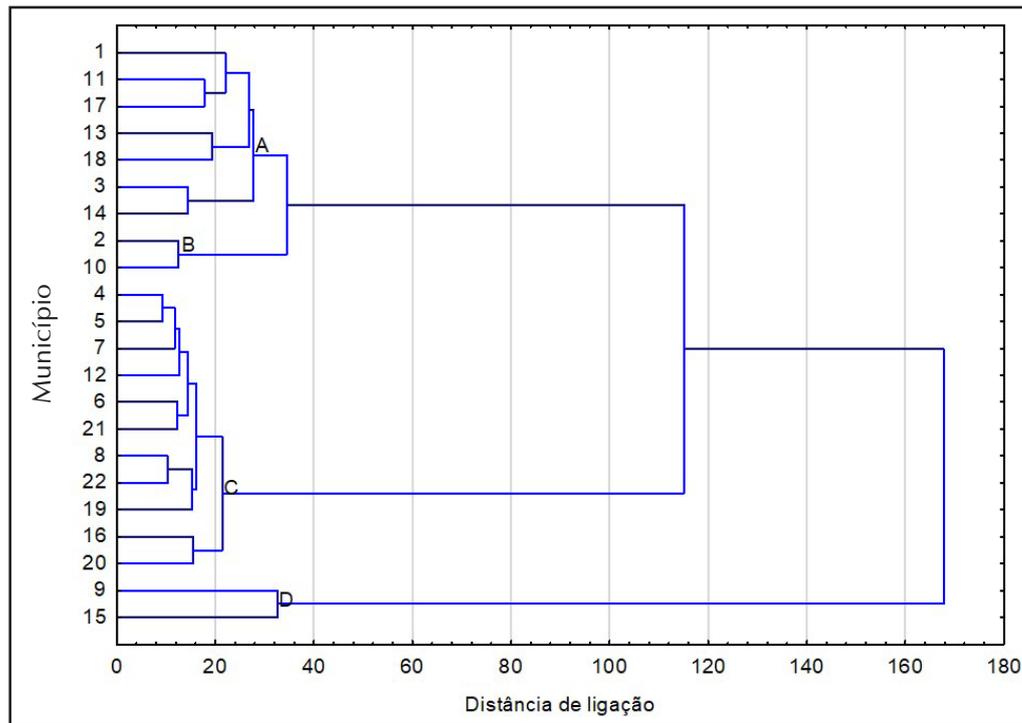


Gráfico 2 – Grupos de municípios pertencentes a 11ª Coordenadoria Regional de Saúde do estado do Rio Grande do Sul (CRS/RS) formados após a análise de agrupamentos (A, B, C e D), 2016.



DISCUSSÃO

Na saúde pública brasileira os municípios configuram a principal via de acesso aos medicamentos; a seleção racional daqueles que farão parte de suas listas se torna fator significativo para este desfecho¹². Os resultados do presente estudo demonstram um desequilíbrio entre o recomendado pelos órgãos de saúde e o realizado nos municípios para este processo.

A necessidade de aprimoramento pôde ser constatada pelos poucos municípios com presença de CFT, embora se entenda que existam dificuldades de recursos humanos, financeiros e falta de estrutura física adequada podendo dificultar a instalação destas comissões¹⁰. Isto se torna ainda mais evidente em municípios menores¹³, como é o caso da maioria dos participantes desta pesquisa. Vale ressaltar que, apesar de somente dois municípios possuírem esta comissão, a maioria conta com a participação de profissionais de outras áreas para a escolha dos medicamentos que serão disponibilizados, o que já pode ser

considerado um avanço.

Recentes dados trazidos pela Pesquisa Nacional sobre Acesso, Utilização e Promoção do Uso Racional de Medicamentos (PNAUM) apontam que apenas 12,5% dos municípios brasileiros referem possuir uma CFT¹⁴, o que permite que medicamentos sejam inseridos nas relações sem critérios previamente avaliados e estabelecidos por órgãos responsáveis.

A não existência de uma CFT prejudica a capacidade de decisão da inclusão ou exclusão de medicamentos das listas, com itens de utilidade questionável, afetando, assim, todas as etapas da Assistência Farmacêutica. Em estudo avaliando o impacto da implantação de CFT em hospitais públicos de Sergipe, foi verificada influência direta na redução de custos, com diminuição do número total de itens da lista e aumento do percentual de medicamentos recomendados por relações de medicamentos essenciais¹⁵. No caso deste estudo, por serem municípios menores, a implantação de uma CFT regional seria pertinente.

O critério mais citado como utilizado para a seleção dos medicamentos a serem disponibilizados foi a prescrição médica, porém, no Brasil, principalmente em municípios menores e na região Sul, há alta rotatividade de profissionais médicos¹⁶. Assim, novos medicamentos possivelmente são agregados em função da troca deste profissional, podendo ocasionar gastos desnecessários à gestão pública. As listas de medicamentos essenciais devem ser elaboradas para orientar as prescrições, e não o contrário².

Ainda como critério e fonte de informação mais utilizada, foi citada a Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME), fato não observado por meio da análise, uma vez que houve convergência de 60,6% e percentual ainda menor com relação ao Componente Básico. Alguns municípios disponibilizam mais da metade de seus medicamentos fora desta lista nacional, o que pode gerar uma relação custo-benefício inadequada. Outros estudos em que esta variável também foi avaliada, os resultados foram igualmente baixos, atingindo valores de concordância de 42,16%, 58% e 37% em determinados municípios^{8,17,9}.

A utilização da RENAME como base para a construção das listas municipais garante uma seleção mais crítica, podendo direcionar o número de itens a ser disponibilizado. Uma seleção limitada permite melhorar a qualidade de atenção à saúde, gestão dos medicamentos, capacitação dos prescritores e educação do público¹³. Um número muito baixo de medicamentos pode levar a carências na atenção e maior procura por outros meios¹³, assim como um número elevado não caracteriza uma lista de medicamentos essenciais conforme o conceito da OMS e acaba por gerar a inclusão daqueles pertencentes a uma mesma classe terapêutica¹⁸.

Neste estudo obteve-se a média de 228,14 apresentações farmacêuticas, valor superior ao encontrado por Assunção et al. (2013)⁸, Veber et al. (2011)¹³ e Dal Pizol et al. (2010)¹⁰ com 155,47, 114 e 132, respectivamente.

Quanto a disponibilidade ao público das listas com as apresentações farmacêuticas e alterações realizadas, apenas os prescritores possuem acesso pleno, com exceção de um município que alegou acesso livre ao

documento para os usuários que solicitassem. Em um estudo realizado em 20 municípios do Rio Grande do Sul, somente três dispunham as relações de medicamentos afixadas em local visível para a população¹⁹.

A desvalorização da importância dos critérios utilizados para a elaboração de REMUMEs adequadas e o desconhecimento das listas padronizadas por parte de prescritores e usuários pode fomentar a judicialização no âmbito da saúde pública, o que provoca gastos elevados e prejudica a execução das políticas públicas de saúde^{20,21}.

Além disso, o aumento de ações judiciais impulsiona a União, estados e municípios a incorporarem estes medicamentos em suas listas²⁰, fato observado no presente estudo onde um município afirmou a inclusão de medicamentos de ordem judicial.

No que se refere a carga horária do farmacêutico, a maioria estava presente em tempo integral (40 horas), diferente de uma pesquisa realizada em 20 outros municípios, onde somente cinco possuíam este profissional¹⁹. O farmacêutico facilita as informações entre a farmácia e o usuário e evita gastos desnecessários, sendo que sua ausência pode desencadear problemas na gestão da Assistência Farmacêutica, predominando a improvisação¹².

Apesar de apenas um município não contar com a presença deste profissional, a complexidade das atividades ofertadas deve ser avaliada, pois sua simples presença não garante a qualidade do serviço, uma vez que a falta de capacitação ou treinamento nesta área pode colaborar para um baixo retorno de efetividade^{8,22}.

Quando comparadas as listas de medicamentos dos municípios somente dez se repetem em todas. E ainda, medicamentos prescritos habitualmente para hipertensão arterial, como o captopril ou hidroclorotiazida estão ausentes nesta classificação, mesmo estando presentes na RENAME 2014. Considerando serem municípios próximos esperava-se um número mais expressivo de medicamentos iguais nas listas apresentadas.

O grupo terapêutico predominante foi do Sistema Nervoso para a maioria dos municípios (86%). Ao analisar os dados do

Plano Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul, observa-se que as três principais causas de óbito nesta regional de saúde são as doenças do aparelho circulatório (27,2%), seguida de neoplasias (21,3%) e doenças do aparelho respiratório (11,7%)²³. Este desencontro entre os dados epidemiológicos e a composição das listas de medicamentos municipais foi visto em estudo de Assunção; Santos e Blatt (2013)⁸, onde, inclusive, a proporção dos três grupos terapêuticos mais frequentes foi quase idêntica. Em outra pesquisa em que as prescrições foram avaliadas, houve predominância do Sistema Nervoso, sendo justificado pelo autor a faixa etária do estudo, que é a que mais consome

psicotrópicos²⁴; e em outro a maior prevalência foi para o Sistema Respiratório²⁵.

O grupo de municípios formados na análise de agrupamentos mostrou que o percentual de concordância com a RENAME esteve fortemente associado a quantidade de apresentações presente nas listas, e esta ao número de elaboradores e critérios: quanto maior o número de elaboradores e menor o número de critérios, maior foi o percentual de discordância. Isto demonstra mais uma vez a importância de uma CFT formalmente instituída, com elaboradores fixos e critérios previamente determinados de acordo com as recomendações.

CONCLUSÃO

Diante dos resultados obtidos neste estudo indica-se o aperfeiçoamento do processo de elaboração e escolha dos medicamentos essenciais que serão disponibilizados à população, uma vez que o acesso é o maior prejudicado em uma seleção acrítica.

Entende-se que o desfecho positivo sofre a interferência de inúmeros fatores, porém

evita gastos desnecessários de recursos com medicamentos que não possuem garantia de segurança e eficácia comprovadas. A utilização de medicamentos essenciais deve ser realidade nos serviços de saúde e a implantação de CFT regionais talvez seja o primeiro passo para este desafio.

REFERÊNCIAS

1. Organización Mundial de la Salud. Perspectivas Políticas sobre Medicamentos de la OMS – 4. Selección de Medicamentos Esenciales. 2002. [citado 2016 abr 13]. Disponível em: <http://apps.who.int/medicinedocs/pdf/h3006s/h3006s.pdf>
2. Wannmacher L. Seleção de medicamentos essenciais: propósitos e consequências. Revista Tempus Actas de Saúde Coletiva. 2010; 4(3):1-9.
3. Bangalee V, Suleman F. Has the increase in the availability of generic drugs lowered the price of cardiovascular drugs in South Africa? HSAG. 2016; 21(1): 60-6.
4. Ministério da Saúde (Brasil), Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. Relação Nacional de Medicamentos Essenciais: Rename. 9.ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2015. 229 p.
5. Ministério da Saúde (Brasil), Secretaria de Políticas de Saúde, Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Medicamentos. Brasília: Ministério da Saúde; 2001. 39 p.
6. Brasil. Lei n. 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 2011; 20 abr.
7. Brasil. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 338, de 06 de maio de 2004. Aprova a Política Nacional de Assistência Farmacêutica. Diário oficial da União 2004; 20 mai.
8. Assunção IA, Santos K, Blatt CR. Relação municipal de medicamentos essenciais: semelhanças e diferenças. Rev ciênc farm básica apl. 2013; 34(3):431-39.
9. Weber D, Bueno CS, Steiger LL, Oliveira KR. Seleção de medicamentos: uma visão do processo em quatro municípios do Rio Grande do Sul. Rev bras farm. 2010; 91(3):141-8.
10. Dal Pizzol TS, Trevisol DJ, Heineck I, Flores LM, Camargo AL, Koenig A, Torres ILS, Kadri MC, Monreal MTFD, Melo AMMF, Ferreira MBC. Adesão a listas de medicamentos essenciais em municípios de três estados brasileiros. Cad saúde pública. 2010; 26(4):827-36.
11. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. IBGE Cidades. 2010. [citado 2017 abr 10]. Disponível em: <http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/uf.php?lang=&coduf=43&search=rio-grande-do-sul>
12. Marin N, Luiza VL, Osório-de-Castro CGS, Machado-dos-Santos S. Assistência farmacêutica para gerentes municipais. Rio de Janeiro: Abrasco; 2003. 373 p.

13. Veber AP, Diehl E, Leite, SN, Prospero ENS. Pharmaceutical assistance in local public health services in Santa Catarina (Brazil): characteristics of its organization. *Braz J Pharm Sci.* 2011; 47(1):75-80.
14. Karnikowski MGO, Galato D, Meiners MMMA, Silva EV, Gerlack LF, Bós AJG, Leite SN, Álvares J, Guibu IA, Soeiro OM, Costa KS, Costa EA, Junior AAG, Acurcio FA. Caracterização da seleção de medicamentos para a atenção primária no Brasil. *Rev Saude Publica.* 2017; 51:2-9s.
15. SANTANA RS. Seleção de medicamentos: indicadores, estratégias de implantação e contribuições para o Sistema Único de Saúde [dissertação]. Sergipe: Universidade Federal de Sergipe; 2013.
16. Pierantoni CR, Vianna CMM, França T, Manago C, Rodrigues MPS. Rotatividade da força de trabalho médica no Brasil. *Saúde Debate.* 2015; 39(106):637-47.
17. OLIVEIRA GC. Relações municipais de medicamentos essenciais no estado de São Paulo: uma análise sob a ótica da essencialidade [dissertação]. São Paulo: Universidade de Sorocaba; 2011.
18. Figueiredo TA, Schramm, JMA, Pepe VLE. Relação Nacional de Medicamentos: uma (des)construção permanente ou uma confusão crescente? *Cad saúde pública.* 2015; 31(3):647-50.
19. Bernardi CLB, Bieberbach EW, Thomé HI. Avaliação da Assistência Farmacêutica Básica nos Municípios de Abrangência da 17ª Coordenadoria Regional de Saúde do Rio Grande do Sul. *Saúde soc.* 2006; 15(1): 73-83.
20. Machado MAA, Acurcio FA, Brandao CMR, Faleiros DR, Junior AAG, Cherchiglia ML et al. Judicialização do acesso a medicamentos no Estado de Minas Gerais, Brasil. *Rev saúde Públ.* 2011; 45(3):590-98.
21. Sant'Ana JMB, Pepe VLE, Osório-de-Castro CGS, Ventura M. Essencialidade e assistência farmacêutica: considerações sobre o acesso a medicamentos mediante ações judiciais no Brasil. *Rev panam salud públ.* 2011; 29(2):138-44.
22. Volpato DC, Padial RB. Avaliação da Assistência Farmacêutica em municípios de uma regional de saúde do Paraná. *Rev Saúde Pesquisa.* 2014; 7(2):221-32.
23. Rio Grande do Sul. Secretaria da Saúde. Plano Estadual de Saúde 2016-2019. Porto Alegre; 2016.
24. Souza JM, Vinholes ER, Trauthman SC, Galato D. Avaliação dos indicadores de prescrição e da demanda atendida de medicamentos no Sistema Único de Saúde de um município do Sul do Estado de Santa Catarina. *Rev ciênc farm básica apl.* 2012; 33(1):107-13.
25. Giroto E, Silva PV. A prescrição de medicamentos em um município do Norte do Paraná. *Rev Bras Epidemiol.* 2006; 9(2):226-34.