



KAREN SARMENTO COSTA

**“ACESSO E USO DE MEDICAMENTOS: INQUÉRITOS DE
SAÚDE COMO ESTRATÉGIA DE AVALIAÇÃO”**

CAMPINAS

2014



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS**

KAREN SARMENTO COSTA

**“ACESSO E USO DE MEDICAMENTOS: INQUÉRITOS DE
SAÚDE COMO ESTRATÉGIA DE AVALIAÇÃO”**

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Marilisa Berti De Azevedo Barros

Co-orientadora: Prof.^a Dr.^a Priscila Maria Stolses Bergamo Francisco

Tese de Doutorado apresentada à Pós-Graduação em Saúde Coletiva do Departamento de Saúde Coletiva da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas, para a obtenção do título de Doutora em Saúde Coletiva, área de concentração Epidemiologia.

ESTE EXEMPLAR CORRESPONDE À VERSÃO FINAL DA TESE
DEFENDIDA PELA ALUNA KAREN SARMENTO COSTA E ORIENTADA
PELA PROF.^a DR.^a MARILISA BERTI DE AZEVEDO BARROS.

Assinatura da orientadora

CAMPINAS

2014

Ficha catalográfica
Universidade Estadual de Campinas
Biblioteca da Faculdade de Ciências Médicas
Maristella Soares dos Santos - CRB 8/8402

Costa, Karen Sarmento, 1983-
C823a Acesso e uso de medicamentos : inquéritos de saúde como estratégia de
avaliação / Karen Sarmento Costa. – Campinas, SP : [s.n.], 2014.

Orientador: Marilisa Berti de Azevedo Barros.
Coorientador: Priscila Maria Stolses Bergamo Francisco.
Tese (doutorado) – Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de
Ciências Médicas.

1. Assistência farmacêutica. 2. Uso de medicamentos. 3. Inquéritos
epidemiológicos. I. Barros, Marilisa Berti de Azevedo, 1948-. II. Francisco, Priscila
Maria Stolses Bergamo. III. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de
Ciências Médicas. IV. Título.

Informações para Biblioteca Digital

Título em outro idioma: Access and use of drug : investigations as a strategy for health
evaluation

Palavras-chave em inglês:

Pharmaceutical services

Use of medication

Health surveys

Área de concentração: Epidemiologia

Titulação: Doutora em Saúde Coletiva

Banca examinadora:

Marilisa Berti de Azevedo Barros [Orientador]

Noemia Urruth Leão Tavares

Sotero Serrate Mengue

Maria da Graça Garcia Andrade

Gastão Wagner de Sousa Campos

Data de defesa: 20-02-2014

Programa de Pós-Graduação: Saúde Coletiva

BANCA EXAMINADORA DA DEFESA DE DOUTORADO

KAREN SARMENTO COSTA

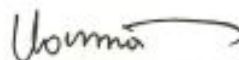
Orientador (a) PROF(A). DR(A). MARILISA BERTI DE AZEVEDO BARROS

MEMBROS:

1. PROF(A). DR(A). MARILISA BERTI DE AZEVEDO BARROS



2. PROF(A). DR(A). NOEMIA URRUTH LEÃO TAVARES



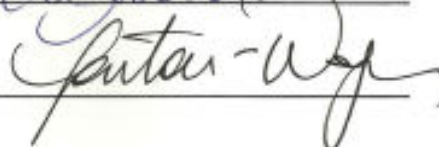
3. PROF(A). DR(A). SOTERO SERRATE MENGUE



4. PROF(A).DR(A). MARIA DA GRAÇA GARCIA ANDRADE



5. PROF(A).DR(A). GASTÃO WAGNER DE SOUSA CAMPOS



Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Faculdade de Ciências Médicas da
Universidade Estadual de Campinas

Data: 20 de fevereiro de 2014

DEDICATÓRIA

Dedico esta tese de doutorado em especial aos meus pais, Antônio e Geisa, ao meu irmão, Hugo, aos meus queridos sobrinhos, Ísis e Miguel, que são a motivação para seguir firme nessa longa caminhada.

A perseverança na vida acadêmica e a conclusão desta etapa dedico ao meu eterno mestre, Prof. M.e Orlando Mário Soeiro, que sempre me guiou e incentivou.

AGRADECIMENTOS

À minha orientadora, Prof.^a Dr.^a Marilisa Berti de Azevedo Barros, agradeço pela oportunidade de realizar o mestrado e o doutorado no Centro Colaborador de Análise em Saúde da Unicamp. Esses seis anos de convivência me fizeram amadurecer enquanto pesquisadora e gestora pública de saúde. Seus conselhos, orientações e os momentos de reflexão dos nossos achados foram e serão fundamentais para minha formação profissional. Muito obrigada por acreditar que seria possível, obrigada pela paciência e compreensão nos momentos de ausência no grupo, obrigada por me incentivar a conciliar a vida de gestora pública e de estudante/pesquisadora, obrigada por estar comigo nesta etapa da minha vida.

À minha co-orientadora, Prof.^a Dr.^a Priscila Maria Stolses Bergamo Francisco, agradeço pela oportunidade de aprender e conviver com você, foram muitas análises, discussões e reflexões durante esses seis anos. Sem a sua contribuição “significativamente” relevante, eu não teria chegado até aqui. Você possibilitou avançarmos no grupo do CCAS/UNICAMP com as análises relacionadas à temática do medicamento, sem dúvida conseguimos contribuir para o conhecimento, nessa área pouco explorada no Departamento e nacionalmente.

Aos Membros Titulares da Banca, Prof. Dr. Sotero Serrate Mengue, Prof.^a Dr.^a Noemia Urruth Leão Tavares, Prof. Dr. Gastão Wagner de Sousa Campos, Prof.^a Dr.^a Maria da Graça Garcia Andrade, e aos Membros Suplentes, Prof. Dr. Chester Luiz Galvão César, Prof.^a Dr.^a Maria Rita Donalísio Cordeiro, Prof. Dr. Carlos Roberto Silveira Correa, agradeço o aceite do convite para compor a banca da defesa e pelas reflexões e excelentes contribuições realizadas.

Às minhas amigas do Doutorado, Daniela, Flávia e Carol, agradeço pela compreensão nos momentos em que não podia estar com vocês: nas aulas, nas reuniões do grupo, nos seminários. Muito obrigada por me ajudarem a conquistar esta etapa. Em especial, à minha grande amiga Daniela, pois trilhamos juntas esse caminho, desde o mestrado, os momentos das seleções, das provas, das qualificações, e finalmente, a etapa final da defesa, você sempre doce e amiga comigo.

Aos docentes e equipes de profissionais que atuam no Departamento de Saúde Coletiva da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas, agradeço pela oportunidade de conviver com todos, pelos debates respeitosos e pelas reflexões que fizemos, visando inserir o tema da Assistência Farmacêutica nas discussões temáticas do Departamento. Desejo que esta tese seja a primeira de tantas outras que abordem a Política de Assistência Farmacêutica de modo integrado às demais Políticas de Saúde.

Aos meus professores da PUC-Campinas, Prof. M.e. Orlando Mário Soeiro, Prof.^a Dr.^a Alice Brícola e Prof.^a Dr.^a Silvia Cazenave, muito obrigada pela formação, por me acompanharem desde o começo da minha carreira acadêmica e profissional, por acreditarem em mim.

A minha amiga e companheira de lutas, Marcela Amaral Pontes, agradeço aos “deuses egípcios” por você fazer parte da minha vida pessoal, profissional e acadêmica, agradeço pela amizade, lealdade, respeito, compreensão e apoio em todos os momentos. Nossa amizade de onze anos foi fundamental para todas as minhas conquistas: em boa parte delas, você me acompanhou e foi decisiva para que acontecessem.

Aos meus amigos e parceiros do Ministério da Saúde, agradeço primeiramente ao meu chefe, José Miguel do Nascimento Júnior, pela compreensão durante esse período: sempre me apoiou e me incentivou a seguir com determinação, a fim de concluir esta etapa da minha carreira; aos amigos Suetônio Queiroz e Manoel Santos, muito obrigada pela sincera amizade, paciência e apoio nesses quatro anos de “gestação” desta tese, pois sem vocês não teria conseguido chegar até aqui; a todos os colaboradores da Coordenação Geral de Assistência Farmacêutica Básica, tenho orgulho de estar à frente dessa Coordenação durante esse período de cinco anos. Conciliar a agenda nacional de gestora com a vida acadêmica só foi possível porque temos uma equipe competente e comprometida com a Política de Saúde e de Assistência Farmacêutica do nosso país.

À minha querida amiga Noemia Tavares, você foi um anjo que apareceu em minha vida: carinhosa, amiga sincera, uma pessoa especial que me faz ser uma pessoa melhor.

À minha amiga, meu ídolo como gestora, Prof.^a Dr.^a Carmem Cecília de Campos Lavras, com você aprendi conceitos, métodos, instrumentos para qualificar a gestão pública em saúde no país. Você possibilitou à nossa equipe amadurecer, refletir e planejar, com humildade e muita competência, nos apoiou no sentido de avançarmos sempre por um Sistema de Saúde mais qualificado.

Ao meu mestre político, Prof. Dr. Paulo de Tarso Ribeiro Oliveira, meu novo amigo mais recente, mas que tem sido fundamental na minha determinação acadêmica, profissional e política, muito obrigada pelos ensinamentos, pelos conselhos, pela paciência, por apostar em mim e pela linda amizade que temos construído.

À querida amiga Joyce Araujo, você apareceu na minha vida e dela espero que não saia. Sua cultura, conhecimento e simplicidade fazem com que me torne uma pessoa mais

justa a cada dia. Agradeço imensamente pela lealdade, carinho e parceria. Suas palavras, suas leituras e as reflexões que fazemos juntas contribuíram à produção do conhecimento desenvolvido nesta tese.

Aos gestores e profissionais de saúde e Assistência Farmacêutica e membros de comissões das regiões, estados e municípios do país, com quem tenho partilhado minhas lutas, experiências e êxitos na saúde pública, apresento o meu reconhecimento pelas contribuições parceiras, pelo aprendizado que tenho recebido e pelo trabalho decisivo que realizam a favor da melhoria das condições de saúde da população do nosso país.

Epígrafe

“Ninguém ignora tudo. Ninguém sabe tudo. Todos nós sabemos alguma coisa. Todos nós ignoramos alguma coisa. Por isso aprendemos sempre.”

Paulo Freire

RESUMO

Os medicamentos têm sido considerados como componente relevante da integralidade da saúde, uma vez que se constituem em recurso decisivo para reduzir o sofrimento humano e a morbimortalidade. Podem produzir curas, reduzir a dor, prolongar a vida e retardar o surgimento de complicações associadas a doenças. São utilizados como tecnologia custo-efetiva e, por outro lado, podem aumentar os custos na atenção à saúde, quando utilizados de maneira irracional, e levar a reações adversas. O objetivo da presente tese consistiu em analisar, por meio de inquéritos de saúde realizados nas capitais do Brasil e no município de Campinas (estado de São Paulo), o acesso aos medicamentos e seu uso pela população brasileira, entendendo-os como dimensões das políticas públicas de Assistência Farmacêutica no país. Em um primeiro estudo, utilizando dados de inquérito nacional telefônico (VIGITEL) de indivíduos com 20 anos ou mais de idade, buscou-se analisar o percentual de hipertensos e diabéticos que faziam uso de medicamentos e as fontes que haviam utilizado para a obtenção desses medicamentos, considerando as alternativas: Unidades de Saúde da rede pública, farmácias credenciadas ao Programa Farmácia Popular do Brasil e farmácias/drogarias do setor privado e outros locais. Dos 15.027 hipertensos e 4083 diabéticos entrevistados, 11.955 (71,8%) e 3.233 (78,2%) estavam em tratamento medicamentoso, respectivamente. Dentre os hipertensos e diabéticos, as maiores prevalências de obtenção dos medicamentos nas Unidades de Saúde foram nos segmentos que referiram cor de pele preta ou parda e naqueles que não possuíam plano privado de saúde. Maior proporção de diabéticos (54,4%) obtinha os medicamentos nas Unidades de Saúde em comparação aos hipertensos (45,8%). Em relação às regiões brasileiras, os maiores percentuais de hipertensos e diabéticos que precisaram comprar o medicamento em farmácias e drogarias foram justamente os residentes nas capitais da região Nordeste e, os

menores percentuais na região Sudeste. Esses resultados indicam a necessidade de organizar e estruturar os serviços de Assistência Farmacêutica no Sistema Único de Saúde, a fim de viabilizar o acesso aos medicamentos de forma mais equânime e com qualidade. Em um segundo estudo, desenvolvido com dados do inquérito domiciliar de saúde de Campinas (ISACamp 2008), analisaram-se as prevalências e os fatores associados ao conhecimento e utilização do Programa Farmácia Popular do Brasil, segundo o perfil socioeconômico e de saúde de adultos residentes no município. Dos 2461 entrevistados de 20 anos ou mais, 32,8% conheciam o PFPB; e destes, 33,6% haviam utilizado medicamentos do Programa. Dentre os que conheciam o PFPB verificou-se maior prevalência em mulheres, indivíduos acima de 30 anos, pessoas com renda familiar acima de 5 salários mínimos, naqueles com 5 ou mais anos de estudo e nos que usavam 4 ou mais medicamentos. Entre os que utilizaram o Programa observou-se maior prevalência de uso de medicamentos do PFPB entre as mulheres, nos indivíduos acima de 70 anos e naqueles que não possuíam plano de saúde. O terceiro estudo objetivou analisar a prevalência do uso de medicamentos e da fonte de obtenção desses medicamentos segundo características sociodemográficas, de condições de saúde e de uso de serviços de saúde da população adulta e idosa do município de Campinas. Buscou, também, identificar ocorrências e motivos para o não acesso a medicamentos prescritos nos 15 dias prévios à entrevista. A prevalência de uso de ao menos um medicamento, nos três dias que antecederam a pesquisa, foi de 57,2%, e para 30,9% desses indivíduos, todos os medicamentos que haviam utilizado tinham sido obtidos no SUS. Entre os indivíduos que referiram uso de medicamentos, predominaram as mulheres, pessoas com idade entre 20 e 59 anos, os casados ou unidos e aqueles que referiram cor da pele branca. A maioria apresentava renda

familiar *per capita* de até três salários mínimos e não possuía plano de saúde à época de pesquisa. O estudo identifica os segmentos com maior acesso aos medicamentos do SUS e constata que mesmo esses subgrupos apresentam percentuais relativamente baixos de uso de medicamentos do sistema público. Quanto ao não acesso, apenas 2,1% da população entrevistada referiu não ter conseguido obter algum dos medicamentos indicados pelo médico nos 15 dias anteriores à pesquisa, e os principais motivos relatados foram: “não tinha no sistema público” (42,5%) e “não tinha recurso” (35,9%). Os resultados dos três estudos apontam o potencial dos inquéritos de saúde para viabilizar o entendimento das disparidades existentes no acesso ao medicamento, seja entre regiões do país, seja entre diferentes segmentos da população brasileira; identificar a existência de dificuldades de obtenção dos medicamentos e avaliar o conhecimento e o uso de novos programas que vem sendo implantados como o Programa da Farmácia Popular no Brasil. O desenvolvimento de pesquisas que permitam monitorar os padrões e tendências de acesso e fontes de obtenção de medicamentos são essenciais para redirecionar as políticas públicas, de modo a favorecer a promoção de ações de saúde e de Assistência Farmacêutica mais equânimes no país.

Palavras-chave: *Assistência Farmacêutica, Uso de Medicamentos; Inquéritos epidemiológicos.*

ABSTRACT

Drugs have been considered to be a relevant component of integral health care since they constitute a decisive resource for reducing human suffering, morbidity and mortality. They are capable of producing cures, reducing pain, prolonging life and inhibiting the appearance of complications associated to illnesses. They are utilized as a cost-effective technology, and on the other hand, they may also increase costs in health care when used irrationally, by thusly leading to adverse reactions. The objective of the present thesis is to analyze, by means of health surveys carried out in Brazilian capitals and in the municipality of Campinas (the state of São Paulo), the access to drugs and their use by the Brazilian population, considering access and use to be dimensions of Brazil's pharmaceutical assistance public policy. Of three studies, the first one used data from a national telephone survey (VIGITEL) of individuals aged 20 and over, aimed to analyze the percentage of hypertensives and diabetics using drugs and the sources they had utilized in order to obtain said drugs, considering the options: the public network's Health Units; Brazilian Popular Pharmacy Program (BPPP) accredited pharmacies; and pharmacies/drugstores from the private sector and other locations. Of the 15,027 hypertensives and 4,083 diabetics interviewed, 11,955 (71,8%) and 3,233 (78,2%) were undergoing treatment with medication, respectively. Within the hypertensives and diabetics, the greatest prevalence of obtaining drugs at the Health Units were in segments of people who reported their race as black or mulatto, and those who did not have private health insurance. A greater number of diabetics (54,4%) obtained drugs from Health Units in comparison to hypertensives (45,8%). Regarding Brazilian regions, the greatest percentages of hypertensives and diabetics that needed to purchase drugs in pharmacies and drugstores were precisely the residents in capitals of the Northeast region and, the smallest percentages were in the

Southeast region. These results indicate the need to organize and structure pharmaceutical assistance services in the Brazilian Public Health System (SUS), with the goal of making access to drugs more viable, and in a more impartial way, while also providing higher quality. The second study, developed with data from a domestic health survey in Campinas (ISACamp 2008), analyzed the prevalence and factors associated with the knowledge and use of the Brazilian Popular Pharmacy Program, according to the socio-economic and health profiles of adults residing in that municipality. Of the 2,461 people over the age of 20 interviewed, 32,8% had heard of the BPPP; and of those, 33,6% had acquired drugs through the Program. Among those who knew of the BPPP, there was a greater verified prevalence of women, individuals over the age of 30, people with a family income over 5 minimum salaries, those with 5 or more years of study and those who used 4 or more types of drugs. Among those that used the Program, a greater prevalence of use of BPPP drugs was observed in women, in individuals over 70 years of age and in those who did not have private health insurance. The third study aimed to analyze the prevalence of the use of drugs and the source for obtaining those drugs according to socio-demographic characteristics, the health conditions and the use of health services by the adult and elderly population in the municipality of Campinas. The study also sought to identify occurrences and motives for the lack of access to prescription drugs during the 15 days prior to the interview. The prevalence of the use of at least one drug, in the three days prior to the study, was 57,2%, and for 30,9% of those individuals, all the drugs had been obtained through the SUS. Among those individuals that reported using drugs, there was a predominance of women, people between the ages of 20 and 59, those who were married or living with someone, and individuals who reported their race as Caucasian. The majority of

them reported a per capita family income of up to three minimum salaries and did not have private health insurance up to the time of the study. The study identifies the segments with the greatest access to SUS drugs and finds that even these sub-groups show relatively low percentages in the use of public system's drugs. Regarding the lack of access, only 2,1% of the population that was interviewed reported not being able to obtain some of the drugs indicated by their doctor during the 15 days prior to the interview, and the main reasons stated were: "not available in the public system" (42,5%) and "did not have the necessary financial resources" (35,9%). The results of the three studies indicate the potential of health surveys to facilitate the understanding of disparities that exist regarding access to drugs, be them disparities between the Brazilian regions or between the different segments of the Brazilian population; to identify the existence of difficulties when obtaining drugs; and to evaluate the knowledge and use of new programs that have been getting implemented, such as the Brazilian Popular Pharmacy Program. The development of studies that allow for the monitoring of standards and tendencies regarding access to drugs and the sources for obtaining drugs are essential for redirecting public policies in such a way as to favor the promotion of national health actions and pharmaceutical assistance that is more fair.

Keywords: *Pharmaceutical services, Use of medication, Health of surveys.*

LISTA DE TABELAS E FIGURAS

Introdução

Figura 1	Modelo teórico do acesso aos medicamentos	50
----------	---	----

Material e Métodos

Tabela 1	População residente em área urbana, segundo a idade. Campinas.2000.	71
Tabela 2	Razão população/domicílios e número de domicílios da amostra, segundo o domínio de estudo.	73
Tabela 3	Número de domicílios e setores na amostra e número de domicílios por setor, segundo o domínio de estudo.	73

1º artigo

Tabela 1	Prevalência de hipertensos e diabéticos e percentual em tratamento medicamentoso, segundo características sociodemográficas. Vigitel, 2011.	87
Tabela 2.	Prevalência e razão de prevalência de fontes de obtenção de medicamentos, por indivíduos hipertensos, segundo características sociodemográficas. Vigitel 2011.	90
Tabela 3.	Prevalência e razão de prevalência de fontes de obtenção de medicamentos, por indivíduos diabéticos, segundo características sociodemográficas. Vigitel 2011.	93
Figura 1	Distribuição percentual de adultos e idosos que referiram conseguir a medicação para controle da hipertensão arterial e diabetes, segundo fontes de obtenção, nas capitais brasileiras. Vigitel, 2011.	96
Tabela 4.	Distribuição percentual de adultos (20 anos ou	98

mais) que referiram conseguir a medicação para controle da hipertensão arterial e diabetes, segundo formas de obtenção nas regiões e capitais brasileiras. Vigitel, 2011.

2º artigo

Tabela 1	Prevalência e razão de prevalência do conhecimento do Programa Farmácia Popular do Brasil, segundo variáveis demográficas e socioeconômicas. Campinas, 2008. (n= 2461)	124
Tabela 2.	Prevalência e razão de prevalência do conhecimento do Programa Farmácia Popular do Brasil, segundo condições de saúde, uso de serviços de saúde e número de medicamentos. Campinas, 2008. (n= 2461)	125
Tabela 3.	Prevalência e razão de prevalência do uso de medicamento do Programa Farmácia Popular do Brasil, entre os que referiram conhecer o programa, segundo variáveis demográficas e socioeconômicas. Campinas, 2008. (n= 887)	127
Tabela 4.	Prevalência e razão de prevalência do uso de medicamentos do Programa Farmácia Popular do Brasil (PFPB), segundo condições de saúde, uso de serviços de saúde e número de medicamentos utilizados. Campinas, 2008. (n= 887)	128

3º artigo

Tabela 1	Distribuição da amostra e prevalência de uso de medicamentos segundo variáveis sociodemográficas e de saúde. Campinas, 2008	156
----------	---	-----

Tabela 2.	Prevalência de acesso aos medicamentos a diferentes fontes de obtenção, segundo variáveis sociodemográficas e de saúde na amostra estudada. Campinas, 2008.	158
Tabela 3.	Razão de prevalência do acesso aos medicamentos do SUS (todos os utilizados nos 3 dias prévios à entrevista) segundo variáveis sociodemográficas e de saúde. Campinas, 2008.	160
Tabela 4.	Modelo de regressão múltipla do acesso aos medicamentos no Sistema Único de Saúde, segundo variáveis sócio demográficas e de saúde. Campinas, 2008.	162

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AF	Assistência Farmacêutica
CCAS	Centro Colaborador em Análise de Situação de Saúde
CNPQ	Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
DCNT	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
EUM	Estudos de Utilização de Medicamentos
FAPESP	Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo
FIOCRUZ	Fundação Oswaldo Cruz
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IPEA	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
ISACAMP	Inquérito de Saúde no município de Campinas
ISA-SP	Inquérito multicêntrico de saúde no estado de São Paulo
MS	Ministério da Saúde
OMS/WHO	Organização Mundial da Saúde
PNM	Política Nacional de Medicamentos
PNAF	Política Nacional de Assistência Farmacêutica
PFPB	Programa Farmácia Popular do Brasil
PNAD	Pesquisa Nacional por Amstras de Domicílios
PNDS	Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher
PNAUM	Pesquisa Nacional sobre Acesso, Utilização e Promoção do Uso Racional de Medicamentos

RAS	Redes de Atenção à Saúde
RENAME	Relação Nacional de Medicamentos Essenciais
VIGITEL	Sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
US	Unidade de Saúde
UFs	Unidades Federativas

SUMÁRIO

Resumo	XV
Abstract	XXI
Lista de Tabelas e Figuras	XXVII
Lista de Abreviaturas e Siglas	XXX
1.Introdução	35
1.1. Condições de saúde no Brasil	37
1.2. Sistema Único de Saúde	39
1.3. Política de Saúde	41
1.4. Política Nacional de Medicamentos e Política Nacional de Assistência Farmacêutica	43
1.4.1. Estratégias do Estado brasileiro	44
1.5. Acesso e uso de medicamentos	48
1.6. Inquérito de Saúde para monitoramento do acesso e uso de medicamentos	52
1.7. Justificativa	56
2.Objetivo	59
2.1. Objetivo Geral	61
2.2. Objetivos Específicos	61
3. Material e métodos	63
3.1. Desenho e população de estudo	65
3.2. Sistema Vigitel	65

3.2.1. Plano de Amostragem	65
3.2.2. Instrumentos e coleta de dados	68
3.2.3. Análise dos dados	69
3.3. ISACAMP 2008	70
3.3.1. Plano de Amostragem	70
3.3.2. Instrumentos e coleta de dados	74
3.3.3. Análise dos dados	74
4. Resultados	75
4.1. 1º. Artigo — Fontes de obtenção de medicamentos para hipertensão e diabetes no Brasil: resultados de inquérito telefônico nas capitais brasileiras e no Distrito Federal.	77
4.2. 2º artigo - Conhecimento e utilização do Programa Farmácia Popular do Brasil: Estudo de Base Populacional no município de Campinas, SP.	111
4.3. 3º artigo - Acesso a medicamentos no Sistema Único de Saúde pela população adulta e idosa residente em Campinas, São Paulo, Brasil.	143
5. Discussão Geral	175
6. Conclusão Geral	183
7. Referências	187
8. Anexos	205
8.1. Aprovação do Comitê de Ética	211
8.2. Declaração	207
8.3. Questionário do VIGITEL 2011	215
8.4. Questionário do ISACAMP 2008	231

1.INTRODUÇÃO

1.1. Condições de saúde no Brasil

Um conjunto de transformações sociais, econômicas e demográficas ocorridas no Brasil, especialmente após a década de 1980, resultou em modificações expressivas nas condições de vida, trabalho e saúde da população do país (CNDSS, 2008): aumento acelerado da esperança de vida ao nascer, que atingiu mais de 77 anos em 2010 (PNUD/IPEA/FJP, 2013); aumento de 21,6% dos grupos etários na faixa de 60-69 anos, no período 1997-2007; aumento de 47,8% das faixas etárias de 80-89 anos, em um período de apenas dez anos (1997-2007); ampliação quantitativa do contingente de pessoas idosas no país (acima de 22 milhões de pessoas), número superior, em termos absolutos, à população idosa de países europeus tais como França, Inglaterra e Itália (CNDSS, 2008; Mendes, 2010).

Embora os índices de longevidade representem conquistas sociais e sanitárias relevantes para a sociedade brasileira, constituem novos desafios ao país, uma vez que os novos ciclos de vida demandam políticas públicas adequadas e novas formas de organização social, com vistas ao enfrentamento das questões emergentes (Minayo, 2012).

A análise do perfil epidemiológico da população brasileira permite constatar que, no século XXI, o país vive uma transição peculiar, pautada por uma condição sanitária que se manifesta por uma tripla carga de doenças, que envolve: a persistência de doenças parasitárias, infecciosas e desnutrição, observadas em países não desenvolvidos, ainda que com tendências à redução; a expansão das doenças crônicas e de seus fatores de risco, tais como o sedentarismo, tabagismo, alimentação inadequada, obesidade e outros; e o crescimento da morbimortalidade por causas externas, devido ao aumento da violência, dos

acidentes de trânsito, acidentes de trabalho, homicídios e suicídios (Brasil, 2010; Mendes, 2010).

Tal perfil epidemiológico se traduz em um conjunto de necessidades de saúde, as quais demandam pesquisas e análises, dentre outras medidas, com o propósito de subsidiar a formulação de políticas públicas de saúde, o redirecionamento de tais políticas e o monitoramento dos padrões e tendências observados nas condições de saúde da população, levando em consideração a diversidade regional e local.

Diversos autores têm analisado as relações potenciais entre os inúmeros usos da epidemiologia e os processos de formulação, implantação, consolidação e avaliação de políticas públicas, e destacam a pertinência de captar a contribuição de alguns aspectos mais focalizados de tal conjugação, voltados à melhoria das condições de saúde de grupos populacionais, uma vez que a abordagem dos estudos epidemiológicos em políticas públicas se refere a um tema bastante vasto, o qual contempla interações bastante variadas.

Em análise a respeito do papel da epidemiologia, e dos diferentes usos nas políticas públicas de saúde e em outras políticas sociais, Barradas (2013) postula a necessidade de articulação entre o conhecimento epidemiológico e outros campos de conhecimento humano, de forma que os resultados de tais conjugações subsidiem a busca de garantia de melhoria das condições de saúde e de qualidade de vida para a população.

A perspectiva da epidemiologia como potencialmente geradora de conhecimentos, vinculada à possibilidade de incorporação de tais conhecimentos nas políticas de promoção e proteção da saúde, foram debatidas por Barreto (2002). O autor considerava que, no decorrer do período 1970-2000 vinha se estruturando, no Brasil, uma ciência epidemiológica de um lado, essencialmente vinculada à evolução científica da disciplina

em âmbito internacional; e de outro lado, estruturava-se uma abordagem epidemiológica alimentada pelas condições de saúde existentes na realidade brasileira e de crescente utilização nos serviços de saúde do país e no controle dos agravos à população.

Entende-se que o desenvolvimento de estudos epidemiológicos, nos moldes das pesquisas apresentadas na presente tese, esteja condizente com a perspectiva acima delineada, no sentido de favorecer, com base em evidências científicas, o redirecionamento de políticas públicas, o monitoramento de padrões e tendências observados na temática dos medicamentos, o desenvolvimento de ações indutoras em saúde e Assistência Farmacêutica, com potencial de contribuir à melhoria do perfil epidemiológico da população brasileira e das suas condições de saúde e qualidade de vida.

1.2. Sistema Único de Saúde

O Sistema Único de Saúde – SUS foi instituído, no país, no conjunto de medidas de reordenamento institucional que integraram as mudanças suscitadas pela Constituição Federal de 1988, com o propósito de conferir materialidade à política de saúde preconizada no texto constitucional.

A consolidação do SUS, como política de Estado, compreende sua construção como sistema de saúde de cunho universal, integrador, equânime. Para tal efetivação, ampla e abrangente, foi necessário o advento de políticas públicas voltadas a sedimentar e efetivar o sistema por meio de ações promotoras, preventivas e assistenciais em saúde. A análise da consolidação do SUS comporta contextos, concepções e autores diversas, segundo Paiva e Teixeira (2014), implica considerar diferentes aspectos e fatores relativos à gestão,

planejamento e formulação de políticas, nas três esferas de governo; ao financiamento do sistema, que envolve interação de atores, provisão de serviços e financiamentos do setor público e privado; ao arcabouço institucional, que confere suporte às pactuações decisórias participativas entre gestores, conselhos, comissões intergestoras, em âmbito interfederativo; à nova organização dos serviços, sob um comando único em cada esfera administrativa, com a configuração de sistemas estaduais e municipais de saúde e novas formas de articulação entre as esferas governamentais e instâncias de participação da sociedade (Fleury & Ouverney, 2012); à prestação direta de ações e serviços de saúde à sociedade; à participação complementar do setor privado, dentre outros.

As ações e serviços de saúde envolvidos no processo de construção do Sistema SUS, estabelecidas na Lei Nº. 8.080, de 1990, podem ser assim sintetizados: atividades individuais e coletivas de promoção da saúde e prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação de agravos e doenças, além de cuidados paliativos; serviços ambulatoriais, hospitalares, serviços prestados em unidades de apoio diagnóstico e terapêutico e em outros espaços (como o domicílio); ações de complexidade e custo diversos, que vão desde aplicação de vacinas a consultas médicas em clínicas básicas e cirurgias cardiovasculares e transplantes; ações de cunho sanitário-ambientais nos ambientes de vida e trabalho; ações públicas voltadas ao controle da qualidade, pesquisa e produção de insumos, medicamentos, sangue e hemoderivados e equipamentos para a saúde (Noronha *et al.*, 2011).

No entanto, para além da construção do sistema de saúde, no processo de consolidação do SUS torna-se necessário aferir, também, se as políticas, programas e ações desenvolvidos contribuem para a consolidação do sistema, se representam respostas

efetivas às necessidades de saúde dos grupos populacionais e regiões, e em que medida, e quais padrões e tendências podem ser identificados. Para tanto, embora outros fatores sejam intervenientes na consolidação do sistema de saúde no país, a exemplo da própria característica de intersetorialidade inerente ao Sistema SUS (conforme será comentado na discussão), a contribuição dos estudos epidemiológicos insere-se de modo decisivo no processo de consolidação do Sistema Único de Saúde, de forma a contribuir com evidências científicas que favoreçam o desenvolvimento e o redirecionamento de políticas, programas e ações em saúde e Assistência Farmacêutica.

1.3. Política de Saúde

Segundo Paim & Teixeira, 2006, política de saúde poderia ser conceituada como sendo a resposta social, seja de ação, seja de omissão, de uma determinada organização do Estado, diante das condições de saúde dos indivíduos, dos grupos populacionais e dos determinantes de tais condições. O conceito de política social abrangeria também tal resposta social em termos da produção, distribuição, gestão e regulação de bens e serviços que afetam tanto a saúde humana quanto o ambiente de condições de vida. Política de saúde pode ser traduzida em termos de abordar questões relativas ao poder em saúde (*Politics*), ou ainda abarcar questões referentes à formulação e efetivação de diretrizes, planos, programas e ações de saúde (*Policy*). Em termos de saúde pública, o conceito pode ser entendido, de forma sintetizada, como o conjunto de propósitos que norteiam as ações do Estado relativas à promoção e proteção da saúde individual e coletiva, e também às ações de reabilitação e recuperação da saúde.

Como disciplina acadêmica do campo do conhecimento científico, o termo “política de saúde” abrange o estudo das relações de poder que determinam a configuração da agenda, a formulação de políticas, o processo de decisão, a implantação e a avaliação de políticas. Nesse sentido, a política de saúde abrange campos temáticos relacionados aos estudos sobre o papel do Estado, a relação Estado-sociedade, as questões referentes às condições de saúde da população e aos seus determinantes, e às propostas e prioridades da ação pública para o equacionamento de tais questões (Paim & Teixeira, 2006).

Para Cohn (2013), os processos de tomada de decisão, por parte do poder do Estado, em termos de determinadas ações impostas à sociedade em detrimento de outras, transcorrem no âmbito da dimensão política das sociedades. A autora se reporta às teorias sociais contemporâneas nas quais são caracterizadas as modalidades de poder que configuram três formas de subsistemas sociais: a organização das forças produtivas, a organização do consenso e a organização da coação. Tais categorias corresponderiam às classes de poder assinaladas por Bobbio (2005), autor clássico da ciência política: poder econômico, relativo à posse dos bens e dos meios de produção em uma sociedade; poder ideológico, embasado na influência das ideias de um indivíduo ou grupo sobre determinada sociedade; e poder político, consubstanciado na posse dos instrumentos por meio dos quais se dá o exercício do poder de coação e da força física, peculiar ao poder do Estado. Autores clássicos da teoria social, como Weber (2009), conceituam o Estado como única instituição social que detém o monopólio do uso da força, com o propósito de gerir a sociedade de modo a preservar a segurança dos cidadãos e a ordem pública.

Portanto, ao abordar as políticas de saúde de uma sociedade, entendendo a política como uma forma de atividade humana relacionada ao exercício do poder na sociedade, é

preciso considerar que se trata de um processo de tomada de decisões por parte do Estado, diante de diferentes alternativas, condicionadas pela conjuntura histórica e política, na qual interagem atores e forças sociais diversas: partidos políticos, conselhos, movimentos, grupos de poder econômico, comunidades de conhecimento técnico e científico e outros.

Nessa perspectiva, o Estado atuaria no papel de mediador nos processos de tomada de decisões, entre indivíduos e grupos sociais, a respeito das políticas públicas, dentre as quais as políticas de saúde. Para realizar tal mediação, o Estado se organiza como estado de direito, com base em um sistema de leis resultante da representação da vontade da maioria, na vida em sociedade; e o Estado também constitui governos, a fim de gerenciar-se e concretizar seus objetivos, por meio dos agentes governamentais que aplicarão as políticas públicas. Assim as políticas públicas resultarão em ações e serviços a serem prestados à população, no caso, ações e serviços de saúde e Assistência Farmacêutica.

1.4. Política Nacional de Medicamentos e Política Nacional de Assistência Farmacêutica

No Brasil, as questões relativas à Assistência Farmacêutica passaram a ser abordadas, como política pública de saúde, em caráter mais sistemático, a partir da institucionalização do Sistema Único de Saúde, estabelecido no contexto da Constituição Federal de 1988, e da promulgação da Lei Orgânica da Saúde. O texto legal do SUS abrange, no artigo 6º, a garantia da assistência terapêutica e integral, na qual se insere a Assistência Farmacêutica. Para cumprir com esse requisito, iniciou-se então no país a efetivação da Assistência Farmacêutica como política pública, por meio da promulgação da

Política Nacional de Medicamentos – PNM (Brasil, 1998), tendo como finalidades principais a garantia da necessária segurança, da eficácia e da qualidade dos medicamentos; a promoção do uso racional dos medicamentos; e o acesso da população aos medicamentos considerados essenciais.

O aprimoramento da Política Nacional de Medicamentos – PNM visou à complementação e aprofundamento do entendimento da Assistência Farmacêutica, de modo a incorporar, de forma mais explícita, os princípios doutrinários da universalidade, integralidade e equidade estabelecidos no SUS, e as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde do SUS, nos moldes de uma abordagem integradora, tal como se apresentam na Política Nacional de Assistência Farmacêutica – PNAF, formulada em 2004 e compreendida como política pública e parte integrante da Política Nacional de Saúde.

Nesse contexto, o Estado brasileiro vem desenvolvendo, na sociedade contemporânea, diferentes iniciativas e estratégias com o objetivo de efetivar a Política Nacional de Medicamentos e a Política Nacional de Assistência Farmacêutica no Sistema Único de Saúde.

1.4.1. Estratégias do Estado Brasileiro

Dentre as estratégias que o Estado brasileiro vem desenvolvendo no país de modo a efetivar a implementação das políticas farmacêuticas, por meio da pactuação interfederativa, algumas medidas têm permitido os avanços de tais políticas em diversos pontos, como por exemplo: o estabelecimento da organização, execução e gestão da política, a produção de normatizações e instrumentos legais, a ampliação do financiamento,

a atualização do elenco de medicamentos (Brasil, 2010), desenvolvimento de sistema nacional de gestão de informações para a Assistência Farmacêutica (Costa, 2012); criação de programa nacional de qualificação (Brasil, 2012), dentre outras iniciativas.

Dentre essas medidas, é fundamental o conhecimento da organização do financiamento da Assistência Farmacêutica no Sistema Único de Saúde, por meio do bloco de financiamento da Assistência Farmacêutica, destinado à aquisição de medicamentos para oferecer à população, gratuitamente, especialmente em serviços ambulatoriais do sistema de saúde do país. A organização de tal financiamento apresenta-se dividida em três componentes:

- a. Componente Básico, para aquisição de medicamentos e insumos da Assistência Farmacêutica no âmbito da atenção básica em saúde e daqueles relacionados a agravos e programas de saúde específicos, por meio do repasse de recursos financeiros às secretarias municipais e/ou estaduais de saúde ou pela aquisição centralizada de medicamentos pelo Ministério da Saúde (Brasil, 2013).
- b. Componente Estratégico, para financiamento de ações de Assistência Farmacêutica dos seguintes programas de saúde estratégicos: controle de endemias, tais como a tuberculose, a hanseníase, a malária, a leishmaniose, a doença de Chagas e outras doenças endêmicas de abrangência nacional ou regional; antirretrovirais do programa DST/Aids; sangue e hemoderivado e imunobiológicos, sendo os medicamentos adquiridos e distribuídos pelo Ministério da Saúde (Brasil, 2010).
- c. Componente Especializado, uma estratégia de acesso a medicamentos no âmbito do SUS; caracterizado pela busca da garantia de integralidade do tratamento

medicamentoso em nível ambulatorial, com linhas de cuidado definidas em Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (Brasil, 2013).

Além dos medicamentos financiados por meio dos Componentes da Assistência Farmacêutica, ofertados em âmbito ambulatorial pelas instituições públicas estatais, vinculadas às secretarias estaduais e municipais (Vieira, 2010), o Governo Federal criou em 2004, como estratégia complementar, o Programa Farmácia Popular do Brasil – PFPB, com a perspectiva de enfrentar agravos de alto impacto na saúde pública e reduzir gastos com medicamentos no orçamento familiar. O Programa preconiza a ampliação de ações voltadas à universalização do acesso da população aos medicamentos, por meio de atendimento igualitário de pessoas usuárias ou não de serviços públicos de saúde (Brasil, 2004).

As estratégias e modalidades de atendimento do Programa Farmácia Popular do Brasil foram sucessivamente modificadas, desde o seu advento, mediante a adoção de diferentes iniciativas. Inicialmente, em 2004, o Programa baseou-se na abertura de farmácias estatais, gerenciadas na esfera federal pela Fundação Oswaldo Cruz – FIOCRUZ, em parceria com gestores estaduais de saúde e, principalmente, com gestores municipais (Brasil, 2004; 2005).

Em 2006, por meio de parceria com o comércio varejista farmacêutico em âmbito nacional, a expansão do programa ocorreu por meio da modalidade conhecida como “*Aqui tem Farmácia Popular*”. Nessa modalidade, as farmácias da rede privada, que se credenciaram para aderir ao Programa, passaram a vender medicamentos aos usuários a um menor custo, devido ao subsídio do governo federal (Brasil, 2006).

O aprimoramento dessa modalidade do Programa resultou, em 2010 e 2011, na ampliação da cobertura de doenças, passando a incluir dislipidemia, asma, rinite, mal de Parkinson, osteoporose e glaucoma; e na ampliação do elenco de medicamentos para diabetes e hipertensão arterial (Brasil, 2010).

No ano de 2011, o Programa Farmácia Popular do Brasil passou a garantir a gratuidade dos medicamentos para o tratamento da hipertensão e diabetes, em todas as farmácias credenciadas do país e nas unidades próprias do Programa, por meio de uma nova abordagem, conhecida como Programa “*Saúde não tem Preço*”. Com essa medida, o Estado brasileiro buscou reforçar estratégias voltadas a garantir o acesso universal, visando o enfrentamento de algumas doenças crônicas não transmissíveis que atingem a população em índices progressivamente crescentes (Brasil, 2011).

No entanto, ressalta-se que apesar de tais iniciativas e estratégias, visando à efetivação de políticas públicas de Assistência Farmacêutica, a interação de condicionantes de natureza histórica, econômico-sociais e político-institucionais no setor saúde, as desigualdades sociais e econômicas persistentes no país, somadas à gestão ineficiente dos recursos financeiros e à prescrição e utilização irracional do medicamento, podem determinar restrições no acesso e favorecer o uso indevido de medicamentos, com comprometimento da saúde da população. Esses aspectos representam desafios à efetivação da Assistência Farmacêutica como política pública no SUS, diante dos quais é necessário buscar novas estratégias, no âmbito do sistema de saúde, de forma a potencializar os recursos investidos e obter melhorias nas condições de saúde da população do país.

1.5. Acesso e uso de medicamentos

A atenção à saúde constitui um direito humano fundamental, no qual está incluído o acesso a medicamentos, dentre outros direitos humanos que se refletem em fatores determinantes e condicionantes da saúde, de forma a se traduzir na melhoria das condições de vida de uma população. O acesso aos medicamentos envolve uma complexa rede de atores públicos e privados, que desempenham diferentes papéis em função do contexto econômico, político e social e dos modelos e sistemas de saúde dos diversos países nos quais são fomentadas condições para que tal acesso se efetive, envolvendo necessariamente várias combinações de provisão de serviços e financiamentos públicos e privado (Luiza, e Bermudez, 2004).

No contexto global da atenção à saúde, o medicamento, como insumo de saúde, constitui parte integrante e indispensável da assistência sanitária. No entanto, para que a utilização do medicamento se caracterize como abordagem do cuidado em saúde, torna-se imprescindível o conhecimento de vários aspectos relativos ao uso do medicamento como insumo de saúde, tais como: quem o utiliza, de que forma, por que razão e as possíveis consequências originadas desse uso. O conjunto das respostas a essas questões permite inferir, planejar, controlar e avaliar os assuntos relacionados a fármacos e especialidades farmacêuticas e suas implicações para a saúde pública (Laporte, Tognoni e Rozenfeld, 1989).

Torna-se fundamental garantir o acesso universal ao medicamento e assegurar a equidade no acesso da população brasileira ao mesmo (Acurcio, 2003), de forma a cumprir o pressuposto constitucional do direito do cidadão à saúde e do papel do Estado no

estabelecimento de medidas voltadas à garantia de tais direitos. O acesso ao medicamento não se faz de modo uniforme, mundialmente, uma vez que a proporção de gasto de saúde com medicamentos varia bastante de um país para outro (Laporte & Tognoni, 1989), de forma associada aos sistemas e políticas públicas de saúde adotadas por diferentes modelos de sociedade.

Ainda que haja a ocorrência de heterogeneidade no acesso ao medicamento entre diferentes países, quatro dimensões específicas do acesso têm sido estudadas: a) a disponibilidade física do produto; b) a acessibilidade; c) a acessibilidade geográfica e a aceitabilidade ou satisfação (Luiza & Zepeda Bermudez, 2004), conforme as seguintes definições:

- a. Disponibilidade física do produto, definida como uma relação entre o tipo e quantidade do produto ou serviço requerido, assim como o tipo e quantidade do produto fornecido.
- b. Acessibilidade, definida como a relação entre o preço dos produtos ou serviços e a capacidade do usuário de pagar por estes.
- c. Acessibilidade geográfica, que se refere à relação entre a localização de produtos e serviços e a localização eventual do usuário destes produtos e serviços.
- d. Aceitabilidade ou satisfação, entendida como uma relação entre as atitudes e expectativas dos usuários com relação aos produtos e serviços, e as características reais dos mesmos.

A figura 1 apresenta o modelo teórico proposto a partir das dimensões acima relacionadas do acesso aos medicamentos.

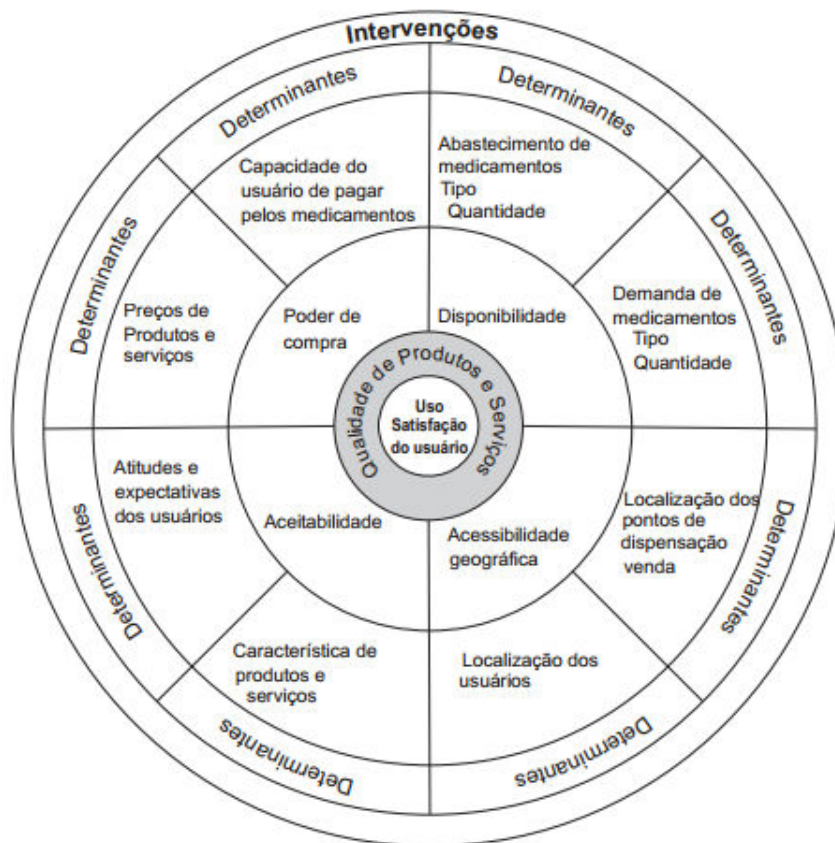


Figura 1. Modelo teórico do acesso aos medicamentos.

Fonte: Adaptado de MSH/WHO, 2001.

O conceito de acesso, no que se refere à disponibilidade, deve contemplar medicamentos eficazes, seguros e produzidos com qualidade, conforme os conceitos propostos por Bermudez & Bonfim (1999). Esse conceito contempla uma relação entre a necessidade de medicamentos e a oferta dos mesmos, na qual essa necessidade é satisfeita no momento e no lugar requerido pelo usuário, com a garantia de qualidade em termos de suficiência e regularidade, além de conter informações para o uso adequado.

Essas dimensões referidas encontram-se intimamente relacionadas à Assistência Farmacêutica, entendida como parte do cuidado à saúde individual ou coletiva, tendo no

medicamento o insumo essencial, cujo acesso deve ser garantido, na prerrogativa do uso racional (Luiza, 2004;Vieira, 2009).

A utilização de medicamentos é definida pela OMS, de forma abrangente: um conjunto de atividades e processos, nos quais se incluem a comercialização, a distribuição, a prescrição e o uso de medicamentos em diferentes sociedades, dentre os quais adquire relevância o exame das consequências médicas, sociais e econômicas de tal utilização (Marin, 2003).

A utilização dos medicamentos é influenciada pela estrutura demográfica, por fatores socioeconômicos, comportamentais e culturais, pelo perfil de morbidade, pelas características do mercado farmacêutico e das políticas governamentais dirigidas ao setor. Esse conjunto de fatores precisa ser investigado para permitir a melhor compreensão do papel dos medicamentos como insumo de saúde, no contexto da saúde pública (Bertoldi, 2004; Arrais, 2005; Costa, 2011).

No Brasil, os estudos de utilização de medicamentos (EUM), têm incorporado aspectos no contexto da saúde pública, nos quais procuram gerar informações que possam transformar a realidade observada (Leite, 2008).

Os estudos tem apontado a magnitude do uso de medicamentos pela população. Em geral, esses estudos de base populacional têm evidenciado um maior consumo de medicamentos entre as mulheres, com o aumento da idade para ambos os sexos, entre pessoas com maior poder aquisitivo, entre indivíduos mais escolarizados, com maior número de doenças crônicas, dentre outras categorias (Costa, 2011).

Segundo revisão de artigos de estudos de utilização de medicamentos publicados no Brasil e na América Latina, a maior parte dos estudos aborda a utilização de medicamentos

em um estrato específico da população, como gestantes, crianças, idosos ou usuários de um serviço de saúde especificamente (Leite, 2011).

Ampliar, em escala nacional, os estudos sobre utilização, acesso e uso racional de medicamentos, representa uma forma de proporcionar subsídios relevantes, às autoridades sanitárias brasileiras, aos gestores públicos, legisladores em saúde, governantes, representações do controle social em saúde, instituições acadêmicas e de pesquisa científica e outras, com o propósito de avaliar as políticas de Assistência Farmacêutica.

1.6. Inquéritos de Saúde para monitoramento do acesso e uso de medicamentos

Os estudos transversais podem ser caracterizados como aqueles que incluem, como sujeitos, todas as pessoas na população, ao tempo da averiguação, ou uma amostra representativa de todas essas pessoas, selecionadas sem levar em consideração o estado de exposição ou de doença (Rothman, 2011).

Os estudos transversais também são conhecidos como estudos de levantamento ou inquéritos, traduzidos da expressão em inglês “*survey*”. Segundo Levy e Lemeshow (2008), um levantamento pode ser conceituado como um estudo envolvendo um subconjunto de indivíduos selecionados de uma população maior. As variáveis ou características de interesse são observadas ou medidas em cada uma das amostras de indivíduos. Essas medições são então agregadas, a fim de obter estatísticas de resumo para a amostra.

Os determinantes sociais modelam o perfil saúde-doença das populações, ao delimitar os padrões de condições materiais de vida, de adoção de comportamentos relacionados à saúde e de organização e atuação dos serviços de saúde. Para monitorar a

situação de saúde das populações, os órgãos e organizações de saúde de diferentes países, em interação com organizações de saúde em âmbito mundial, buscam utilizar indicadores que necessariamente abrangem vários componentes do estado de saúde dessas populações. Muitos desses indicadores somente são acessíveis partir da realização de inquéritos de base populacional (Barros, 2008).

Os inquéritos de base populacional constituem ferramentas fundamentais para a eleição racional de grupos e demandas prioritárias, destacando o fato de que os inquéritos de saúde podem evitar gastos desnecessários e desperdício do investimento público (Barros, 2008).

Segundo Viacava (2002), os inquéritos populacionais contínuos, desenvolvidos nos países industrializados desde a década de 1960, constituem instrumentos viabilizadores da formulação e avaliação das políticas públicas.

Cesar e Tanaka (1996) destacam a importância dos inquéritos de saúde na avaliação do padrão de utilização de serviços; na caracterização das iniquidades em saúde às quais estão expostos os diversos grupos populacionais; no planejamento de políticas públicas; e na avaliação de seus resultados.

A partir da década de 1960, os inquéritos de saúde de base populacional passaram a ser realizados de forma mais sistemática pelos países desenvolvidos, medida que se generalizou no âmbito dos países em desenvolvimento. No Brasil, um inquérito pioneiro de base populacional sobre morbidade referida e uso de serviços de saúde, de âmbito municipal, foi realizado na década de 1970, em Ribeirão Preto, SP, estado de São Paulo (Barros, 2008).

Inquéritos de âmbito nacional, como a Pesquisa Nacional por Amostras de Domicílios – PNAD vêm sendo realizados desde a década de 1970. Consolida-se no país a necessidade de realização de inquéritos periódicos com o objetivo de gerar informações não disponíveis por meio de outras fontes de dados. Tais informações são fundamentais para auxiliar o planejamento e avaliação das políticas de saúde, sendo que os inquéritos populacionais de saúde constituem a estratégia apropriada e oportuna para a concretização do monitoramento do estado de saúde das populações (Barros, 2008).

Em relação aos medicamentos, os inquéritos de saúde representam instrumentos decisivos para obter informações mais amplas, relativas à utilização de medicamentos pelos diferentes segmentos sociais da população. Permitem analisar, dentre outros aspectos, o perfil do uso de medicamentos da população (tipo de prescrição e classes de fármacos) segundo variáveis sociais e demográficas. Possibilitam avaliar, também, a frequência e o perfil da automedicação. Esta é uma denominação que abrange as diversas formas e práticas sociais em que o paciente decide, por si mesmo, o tipo de medicamento (e a dosagem, via e horários) que deve tomar, visando à prevenção ou controle de doenças (Rozenfeld, 2004).

Segundo Lunde (1979), os estudos descritivos do uso de medicamentos têm a intenção de retratar, entre os indivíduos e populações, as variações e tendências referentes à medida, custos e qualidade do uso de medicamentos. Tais estudos desempenham papel essencial na identificação de questões relevantes e áreas críticas, no tocante ao uso de medicamentos, e podem fornecer uma base adequada para a intervenção.

Inquéritos populacionais sobre acesso a medicamentos são medidas relevantes para favorecer a identificação de problemas existentes entre os grupos mais vulneráveis, como

também os fatores associados a tais problemas, de modo a fornecer subsídios para o seu adequado enfrentamento.

No município de Campinas, a Universidade Estadual de Campinas, por meio do Departamento de Saúde Coletiva, vem realizando inquéritos de base populacional periodicamente. O primeiro inquérito, ISA-SP, foi realizado em diferentes áreas do estado de São Paulo e financiado pelo Programa de Políticas Públicas da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo – FAPESP e pela Secretaria Estadual de Saúde – SP, entre 2001-2002, nas seguintes áreas do estado: municípios de Taboão da Serra, Embu e Itapeverica da Serra (sudoeste da grande São Paulo), Campinas. A população do estudo refere-se à população não institucionalizada, residente em área urbana dos municípios supracitados. A população foi dividida nos seguintes grupos etários: menores de 1 ano, 12 a 19 anos, 20 a 59 anos, 60 anos e mais.

O segundo inquérito, ISACAMP-2008, foi financiado pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico – CNPQ e pela Secretaria Municipal de Saúde de Campinas. O campo foi realizado entre 2008 a 2009. A população do estudo foi definida como sendo as pessoas com 10 anos de idade ou mais, residentes nos setores censitários urbanos de Campinas, considerando-se os seguintes grupos etários: adolescentes (10 a 19 anos), adultos (20 a 59 anos) e idosos (60 anos ou mais), que constituíram domínios de estudo e para os quais foram sorteadas amostras independentes.

No terceiro inquérito, ISACAMP-2013, a coleta de dados foi iniciada no final do ano de 2013. Em todos os inquéritos a temática do medicamento foi investigada, com o objetivo de gerar informações que permitissem conhecer e acompanhar o perfil

epidemiológico da utilização dos medicamentos e os fatores determinantes do seu uso, por parte da população residente no município de Campinas.

O Ministério da Saúde implantou, em 2006, o Sistema VIGITEL – Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico, com o objetivo de monitorar a frequência e distribuição de fatores de risco e proteção para doenças crônicas, nas capitais de todos os Estados brasileiros e no Distrito Federal, por meio da realização de entrevistas telefônicas assistidas por computador (Brasil, 2011).

Dentre os indicadores globais de monitoramento dos progressos alcançados no enfrentamento das DCNT, inserem-se os indicadores de acesso aos medicamentos para o tratamento de Doenças Crônicas Não Transmissíveis prioritárias, com o propósito de aferir em que medida os serviços públicos e privados de saúde, de diferentes países, estão conseguindo atender à população atingida pelas DCNT (Malta, 2013). Por essa razão, no ano de 2011, dados relacionados ao uso dos medicamentos para hipertensão e diabetes, e aos locais de obtenção desses medicamentos, foram incluídos no Sistema, para serem investigados junto à população brasileira.

1.7. Justificativa

A diversidade do perfil demográfico, socioeconômico, epidemiológico e cultural da população brasileira, como também a existência de uma política de Estado identificada com a incorporação de medidas voltadas à garantia do acesso a medicamentos no país, são algumas das características que demandam a necessidade de conhecer o perfil de acesso e uso de medicamentos, assim como seus fatores determinantes.

As análises das informações geradas por meio dos inquéritos de saúde, domiciliar e telefônico, possibilitarão identificar e acompanhar as tendências relacionadas ao acesso e o uso de medicamentos, segundo as fontes de obtenção e características socioeconômicas e de saúde da população brasileira.

Dessa maneira, pesquisas com tal escopo, fundamentadas em estudos epidemiológicos, poderão propiciar planejamento mais atualizado e embasado em evidências científicas, de modo a fortalecer a garantia do acesso a medicamentos com uso racional pela população assistida.

2. OBJETIVO

2.1.Objetivo Geral

Analisar, por meio de inquéritos de saúde no município de Campinas e nas capitais do Brasil, o acesso aos medicamentos e seu uso pela população brasileira, no contexto das políticas públicas de Assistência Farmacêutica no país.

2.2. Objetivos Específicos

- a) Analisar as diferenças sociodemográficas e regionais no uso de medicamentos, em indivíduos hipertensos e diabéticos com 20 anos ou mais, segundo as fontes de obtenção dos medicamentos, nas capitais brasileiras.
- b) Analisar a prevalência do conhecimento sobre o Programa Farmácia Popular do Brasil e da utilização de medicamentos desse programa segundo o perfil socioeconômico e de saúde de adultos residentes no município de Campinas, estado de São Paulo, Brasil.
- c) Analisar o uso de medicamentos segundo as diferentes fontes de obtenção e estimar a prevalência de acesso a medicamentos no Sistema Único de Saúde – SUS pela população adulta e idosa de Campinas, segundo características sociodemográficas, de condições de saúde e de uso de serviços de saúde.

3.MATERIAL E MÉTODOS

3.1. Desenho e população de estudo

Trata-se de estudo de corte transversal de base populacional, com utilização de informações da população acima de 20 anos ou mais, provenientes do *Sistema VIGITEL – Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico*, realizado pelo Ministério da Saúde e do *Inquérito de saúde no município de Campinas – ISACAMP 2008*, realizado pelo Centro Colaborador em Análise de Situação de Saúde do Departamento de Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Campinas.

Dados do Sistema Vigitel foram utilizados para atender o objetivo específico *a* e dados do ISACAMP 2008 foram utilizados para alcançar os objetivos específicos *b* e *c*. O detalhamento dos métodos nessa seção está organizado para cada inquérito.

3.2. Sistema Vigitel

3.2.1. Plano de Amostragem do Sistema VIGITEL

Os procedimentos de amostragem empregados pelo Sistema VIGITEL – Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico visam obter, em cada uma das capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal, amostras probabilísticas da população de adultos residentes em domicílios servidos por, pelo menos, uma linha telefônica fixa. O sistema estabelece um tamanho amostral mínimo de dois mil indivíduos, com 18 ou mais anos de idade, em cada cidade, a fim de estimar, com coeficiente de confiança de 95% e erro máximo de cerca de dois pontos percentuais, a

frequência de qualquer fator de risco na população adulta. Erros máximos de cerca de três pontos percentuais são esperados para estimativas específicas, segundo sexo, assumindo-se proporções semelhantes de homens e mulheres na amostra (WHO, 1991).

A primeira etapa da amostragem do VIGITEL consiste no sorteio de, no mínimo, cinco mil linhas telefônicas por cidade. Este sorteio, sistemático e estratificado de acordo com a região ou o prefixo das linhas telefônicas, é realizado a partir do cadastro eletrônico de linhas residenciais fixas das empresas telefônicas que cobrem as cidades. A seguir, as linhas sorteadas em cada cidade são ressorteadas e divididas em réplicas de 200 linhas, cada réplica reproduzindo a mesma proporção de linhas por região da cidade ou prefixo telefônico.

A divisão da amostra integral em réplicas é feita, essencialmente, em função da dificuldade em estimar, previamente, a proporção das linhas do cadastro que serão elegíveis para o sistema (linhas residenciais ativas) e, portanto, o total de linhas a ser sorteado para chegar a duas mil entrevistas. No ano de 2011, a partir dos cadastros telefônicos das três empresas que servem às 27 cidades, foram sorteadas 135 mil linhas telefônicas (cinco mil por cidade). Foram utilizadas, em média, 21,3 réplicas por cidade, variando entre 17 réplicas em Belo Horizonte e 25 réplicas em Boa Vista, Macapá, Manaus, Porto Alegre e Rio Branco.

A segunda etapa da amostragem do VIGITEL é executada em paralelo à realização das entrevistas, envolvendo, inicialmente, a identificação, dentre as linhas sorteadas, daquelas que são elegíveis para o Sistema, ou seja, linhas residenciais ativas. Não são elegíveis para o Sistema as linhas que correspondem a empresas que não mais existem ou se encontram fora de serviço, além das linhas que não respondem a seis tentativas de

chamadas feitas em dias e horários variados, incluindo sábados e domingos e períodos noturnos, e que, provavelmente, correspondem a domicílios fechados. Em 2011, no conjunto das 27 cidades, o Sistema VIGITEL fez ligações para 111.200 linhas telefônicas, distribuídas em 576 réplicas, identificando 83.401 linhas elegíveis (Brasil, 2011).

Para cada linha elegível, uma vez obtida a aquiescência dos seus usuários em participar do sistema, procede-se à enumeração dos indivíduos com 18 ou mais anos de idade que residem no domicílio e, a seguir, ao sorteio de um desses indivíduos para ser entrevistado. Em 2011, as ligações feitas para as 83.401 linhas elegíveis resultaram em 54.144 entrevistas completas, o que indica uma taxa média de sucesso do Sistema de 64,9%, variando entre 57,2% em Porto Alegre e 79,3% em Palmas (Brasil, 2011).

Cerca de 90% das linhas elegíveis, para as quais não houve entrevista, corresponderam a situações em que não foi possível o contato telefônico inicial com seus usuários (linhas permanentemente ocupadas, com sinal de fax ou conectadas à secretária eletrônica, ou quando não foi possível encontrar o indivíduo sorteado no domicílio, mesmo após várias tentativas e depois de seis ligações feitas em dias e horários variados. Recusas em participar do sistema de monitoramento, no contato inicial com o domicílio ou após o sorteio do indivíduo a ser entrevistado, foram observadas em apenas 2,2% das linhas elegíveis, variando de 1,4% em Porto Velho a 3,1% em Florianópolis, Teresina e Rio de Janeiro. O total de ligações telefônicas feitas pelo Sistema VIGITEL, em 2011, foi de 729.109, o que corresponde a pouco mais de 13 ligações por entrevista completa. O tempo médio de duração das entrevistas realizadas pelo Sistema, no período, foi de aproximadamente 9,5 minutos, variando entre 5 e 50,7 minutos (Brasil, 2011).

3.2.2 Instrumento e coleta de dados

As entrevistas telefônicas realizadas pelo Sistema VIGITEL, no ano de 2011, foram feitas entre os meses de janeiro e dezembro, por uma empresa contratada. A equipe responsável pelas entrevistas, envolvendo aproximadamente 60 entrevistadores, dois supervisores e um coordenador, recebeu treinamento prévio e foi supervisionada, durante a operação do Sistema, por pesquisadores do Nupens/USP e técnicos da Secretaria de Vigilância em Saúde.

O questionário do Sistema VIGITEL (Anexo 2) foi construído de modo a viabilizar a opção do Sistema pela realização de entrevistas telefônicas feitas com o emprego de computadores, ou seja, entrevistas cujas perguntas são lidas diretamente na tela de um monitor de vídeo e cujas respostas são registradas direta e imediatamente em meio eletrônico. Este questionário permite, ainda, o sorteio automático do membro do domicílio que será entrevistado, o salto automático de questões não aplicáveis em face de respostas anteriores, a crítica imediata de respostas não válidas e a cronometragem da duração da entrevista, além de propiciar a alimentação direta e contínua do banco de dados do sistema.

As perguntas do questionário VIGITEL 2011, curtas e simples, abordam: a) características demográficas e socioeconômicas dos indivíduos (idade, sexo, estado civil, raça/cor, nível de escolaridade e número de pessoas no domicílio, número de adultos e número de linhas telefônicas); b) características do padrão de alimentação e de atividade física, associadas à ocorrência de DCNT (por exemplo: frequência do consumo de frutas e hortaliças e de alimentos fontes de gordura saturada; frequência, duração e existência de locais públicos para a prática de exercícios físicos; e frequência do hábito de assistir

televisão); c) peso e altura referidos; d) frequência do consumo de cigarros e de bebidas alcoólicas; e) auto avaliação do estado de saúde do entrevistado, referência a diagnóstico médico anterior de hipertensão arterial e diabetes, periodicidade de realização de exame para controle da glicemia, prática de atividade física e/ou dieta para controle da diabetes, locais de obtenção dos medicamentos para controle da hipertensão arterial e diabetes; e ocorrência de sintomas relacionados às Síndromes Gripais; f) realização de exames para detecção precoce de câncer; g) posse de plano de saúde ou convênio médico; e, h) questões relacionadas à violência no trânsito (Brasil, 2011).

O processo de construção do questionário do Sistema levou em conta vários modelos de questionários simplificados e utilizados por sistemas de monitoramento de fatores de risco para doenças crônicas (Remington *et al.*, 1988; WHO, 2001; CDC, 2006-2010), e a experiência acumulada em testes de implantação do Sistema realizados, em 2003, no município de São Paulo (Monteiro *et al.*, 2005); em 2004 no município de Botucatu, interior de São Paulo (Carvalhaes *et al.*, 2008); e em 2005, em cinco capitais de estados brasileiros pertencentes às regiões Norte, Nordeste, Sudeste, Sul e Centro-Oeste (Belém, Salvador, São Paulo, Florianópolis e Goiânia, respectivamente), conforme Monteiro *et al.*, 2007 (Brasil, 2011).

3.2.3 Análise dos dados

Foram calculadas distribuições percentuais e prevalências, segundo as características demográficas, socioeconômicas e locais de obtenção dos medicamentos, em relação às duas doenças: hipertensão e diabetes. As razões de prevalência e respectivos

intervalos de confiança de 95%, para cada fonte de obtenção considerada, foram estimados pela regressão de Poisson. Também foram estimadas as frequências relativas percentuais pontuais e por intervalos (IC 95%) para as capitais e Distrito Federal. As ponderações relacionadas ao delineamento amostral complexo foram consideradas e as análises foram realizadas no programa Stata 1.

3.3. ISACAMP 2008

O ISACAMP 2008 constitui o segundo inquérito domiciliar de saúde conduzido em Campinas, dando sequência ao *Inquérito multicêntrico de saúde no estado de São Paulo (ISA-SP 2001/2002)*, no qual o município de Campinas estava inserido entre as quatro áreas selecionadas (Barros *et al*, 2008). O inquérito de 2008 foi realizado com amostra de moradores não institucionalizados, residentes na área urbana de Campinas, com 10 anos ou mais de idade.

3.3.1. Plano de amostragem

A amostra do inquérito foi determinada por procedimentos de amostragem probabilística, por conglomerados e em dois estágios: setor censitário e domicílio. No primeiro estágio, foram sorteados 50 setores censitários com probabilidade proporcional ao tamanho (número de domicílios). Considerando o tempo decorrido desde o Censo de 2000, foi feito o arrolamento dos domicílios dos setores selecionados para a obtenção de uma listagem atualizada de endereços.

No segundo estágio procedeu-se ao sorteio dos domicílios. A população do estudo foi dividida em três domínios de idade: adolescentes (10 a 19 anos), adultos (20 a 59 anos) e idosos (60 anos e mais). Para cada um dos domínios foram sorteadas amostras independentes de tamanhos iguais, visando possibilitar a análise das dimensões de saúde destes subgrupos.

A Tabela 1 apresenta a distribuição da população residente nos setores censitários urbanos de Campinas, de acordo com os domínios de idade. Os dados são referentes ao Censo de 2000 e foram fornecidos pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.

Tabela 1. População residente em área urbana, segundo a idade. Campinas, 2000.

Idade (em anos)	População
10 a 19	168.759
20 a 59	541.414
60 ou +	91.271
Total	801.444

O tamanho da amostra foi calculado considerando a estimativa de uma prevalência de 50% (que corresponde à variabilidade máxima), com nível de confiança de 95%, erro de amostragem entre 4 e 5 pontos percentuais e um efeito de delineamento de 2.

A estimativa do erro de amostragem foi definida por $d = z \sqrt{\frac{p \cdot (1-p) \cdot deff}{n}}$, resultante da expressão algébrica que determina o tamanho das amostras para a estimação de proporções:

$$n_0 = \frac{P \cdot (1-P)}{(d/\bar{z})^2} \cdot deff$$

Onde:

- P = proporção de indivíduos a ser estimada;
- z = valor na curva normal reduzida, referente ao nível de confiança usado na determinação do intervalo de confiança;
- d = erro de amostragem admitido;
- $deff$ = efeito do delineamento.

O sorteio de amostras iguais a 1.000 em cada estrato de idade faz com que as probabilidades de sorteio (frações de amostragem) sejam distintas, levando à necessidade de introduzir pesos para obter estimativas relativas ao conjunto dos estratos.

No ano do Censo 2000 foi contabilizado um total de 282.147 domicílios nos setores censitários urbanos no município de Campinas. O cálculo do número de domicílios que deveriam ser sorteados para cada grupo de idade foi feito com base na razão população/domicílio, dividindo o tamanho desejado de amostra de 1.000 pessoas em cada domínio pela razão correspondente (Tabela 2).

Tabela 2. Razão população/domicílios e número de domicílios da amostra, segundo o domínio de estudo.

Domínio de estudo	Razão	Domicílios da amostra
10 a 19 anos	0,598124	1.672
20 a 59 anos	1,918908	522
60 anos ou +	0,323487	3.092

O total de entrevistas realizadas em cada um dos 50 setores censitários não deveria ultrapassar 20, o que garantiria um $deff = 1,95$. Para isso, foram determinados os números de domicílios sorteados em cada setor, por meio da divisão do valor da amostra de domicílios por 50 setores censitários (Tabela 3).

Tabela 3. Número de domicílios e setores na amostra e número de domicílios por setor, segundo o domínio de estudo.

Domínio de estudo	Amostra de domicílios	Setores	Amostra de domicílios por setor
10 a 19 anos	1.672	50	33,44
20 a 59 anos	522	50	10,44
60 anos ou +	3.092	50	61,84

Esperando a ocorrência de não resposta, de domicílios vagos e de crescimento do número de residências desde o Censo de 2000, foi sorteado um número de domicílios 20% superior ao número previsto, elevando a amostra para 2.150, 700 e 3.900 domicílios no tocante às entrevistas com adolescentes, adultos e idosos, respectivamente.

O detalhamento do plano amostral do ISACAMP está disponível em: http://www.fcm.unicamp.br/centros/ccas/arquivos/plano_de_amostragem.pdf.

3.3.2. Instrumento e coleta de dados

O período de coleta de dados ocorreu entre os meses de fevereiro de 2008 a abril de 2009. As entrevistas foram aplicadas diretamente aos moradores que pertencessem ao grupo etário selecionado para aquele domicílio, por entrevistadores treinados e supervisionados.

As informações foram coletadas por meio de um questionário estruturado em 14 blocos temáticos e previamente testado em estudo piloto.

3.3.3. Análise dos dados

A associação entre as variáveis dependentes e independentes selecionadas nos objetivos *b* e *c* foi verificada pelo teste do qui-quadrado, com nível de significância de 5%. Estimaram-se prevalências e razões de prevalência ajustadas por sexo e idade, e os respectivos intervalos de confiança de 95%, por meio de regressão de Poisson.

As entrevistas foram digitadas em banco de dados desenvolvido com o uso do EpiData 3.1. Para as análises dos dados empregou-se o programa Stata 11.0 (Stata Corp, College Station, Estados Unidos), com utilização dos comandos *svy* que permitem incorporar, na análise, as ponderações e a informação sobre as unidades primárias da amostragem, considerando todos os aspectos da amostragem complexa.

4.RESULTADOS

4.1. 1º ARTIGO

**FONTES DE OBTENÇÃO DE MEDICAMENTOS PARA HIPERTENSÃO E DIABETES
NO BRASIL: RESULTADOS DE INQUÉRITO TELEFÔNICO NAS CAPITALS
BRASILEIRAS E NO DISTRITO FEDERAL**

**SOURCES FOR OBTAINING DRUGS FOR HYPERTENSION AND DIABETES IN BRAZIL:
TELEPHONE SURVEY RESULTS FROM BRAZILIAN CAPITALS AND FEDERAL DISTRICT**

Karen Sarmiento Costa^{1,2}, Priscila Maria S. Bergamo Francisco¹, Débora Carvalho Malta^{3,4}, Marilisa Berti
de Azevedo Barros¹.

¹ Departamento de Saúde Coletiva. Faculdade de Ciências Médicas. Universidade Estadual de Campinas – UNICAMP.

² Coordenação-Geral de Assistência Farmacêutica Básica. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Ministério da Saúde. Brasília, DF, Brasil.

³ Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Ministério da Saúde. Brasília, DF, Brasil.

⁴ Universidade Federal de Minas Gerais – UFMG.

FINANCIAMENTO: Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Ministério da Saúde. Brasília, DF, Brasil

COLABORADORES

K. S. Costa participou da concepção e delineamento do estudo, análise e interpretação dos dados, redação e revisão crítica do conteúdo intelectual do manuscrito e aprovação final da versão a ser publicada. P. M. S. B. Francisco participou da análise e interpretação dos dados e revisão do

manuscrito. D. C. Malta participou da concepção e delineamento do estudo, análise e interpretação dos dados e aprovação final da versão a ser publicada. M. B. A. Barros participou da concepção e delineamento do estudo, análise e interpretação dos dados e aprovação final da versão a ser publicada.

AGRADECIMENTOS

As autoras do artigo agradecem às equipes técnicas da Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério de Saúde, envolvidas na implantação e operacionalização do Sistema Vigitel.

Título corrido: *Fontes de obtenção de medicamentos.*

RESUMO

Objetivo: Analisar diferenças sociodemográficas quanto ao percentual de diabéticos e hipertensos de 20 anos ou mais em tratamento medicamentoso e diferenças sociodemográficas e regionais quanto à fonte de obtenção dos medicamentos (Unidades de Saúde da rede pública – US; Programa Farmácia Popular do Brasil – PFPB; e drogarias/farmácias – D&F não vinculadas ao PFPB e outras fontes). Método: Estudo transversal desenvolvido com dados do Sistema Vigitel, realizado em 2011 nas capitais dos 26 estados brasileiros e do Distrito Federal. Resultados: 71,8% dos 15.027 hipertensos e 78,2% dos 4083 diabéticos estavam em tratamento medicamentoso; 45,8% dos hipertensos obtiveram o medicamento nas US; 15,9% no PFPB; e 38,3% em D&F e outros. Entre os diabéticos, esses percentuais foram de 54,4%; 16,2%; e 29,4%, respectivamente. Os percentuais de obtenção dos medicamentos nas US foram mais elevados em indivíduos com menor escolaridade, cor de pele preta ou parda e sem plano privado de saúde, enquanto as prevalências de obtenção em PFPB e D&F foram mais elevadas em indivíduos com maior escolaridade, cor de pele branca e com plano privado de saúde. Maior proporção dos residentes nas regiões economicamente menos desenvolvidas do país (Norte e Nordeste) teve que arcar com os custos dos medicamentos, comparativamente aos das regiões mais desenvolvidas. Expressiva disparidade quanto às fontes de obtenção dos medicamentos foi observada entre as capitais brasileiras. Conclusão: O acesso às diferentes fontes de medicamentos para hipertensão e diabetes apresentou disparidades entre as regiões e capitais brasileiras e entre os segmentos sociais da população. O monitoramento do padrão de acesso aos medicamentos poderá favorecer o redirecionamento da política pública de Assistência Farmacêutica, a fim de promover ações de saúde mais equânimes no país.

Palavras-chave: *Diabetes Mellitus, Hipertensão, Acesso aos Serviços de Saúde, Uso de medicamentos, Levantamentos epidemiológicos. Entrevista por telefone.*

ABSTRACT

Objective: To analyze the socio-demographic differences regarding the percentage of diabetics and hypertensives over the age of 20 undergoing pharmaceutical treatment and the socio-demographic and regional differences related to obtaining medication (Health Units of the public network – HU; Brazilian Popular Pharmacy – BPPP; and drug stores/pharmacies – D&P not linked to the BPPP, and other sources). Methods: Transversal study developed with data from the Vigitel System, conducted in 2011 in 26 Brazilian capitals and in Brazil's Federal District. Results: 71.8% of the 15,027 hypertensive patients and 78.2% of the 4,083 diabetics were undergoing pharmaceutical treatment; 45.8% of the hypertensives obtained drugs at an HU; 15.9% at a BPPP; and 38.3% at D&P and others. Among diabetics, those percentages were 54.4%, 16.2% and 29.4%, respectively. The percentages regarding access to drugs at an HU were more elevated in individuals with a lower level of schooling, who were black or mulatto, and who did not have private health insurance. The prevalence of obtaining drugs through the BPPP and D&P were more elevated in individuals with a higher level of schooling, that are Caucasian and that have private health insurance. The majority of residents in the less economically developed regions of Brazil (North and Northeast) had to pay for their drugs, compared to more developed regions. Marked disparity regarding the sources of drugs was observed among the Brazilian capitals. Conclusion: Access to different sources of drugs for hypertensives and diabetics showed a disparity among Brazilian regions and capitals and among the social segments of the population. Monitoring the standard modes for accessing drugs could favor a re-directing of pharmaceutical assistance public policy, with the goal of promoting health actions in the country that are more equitable.

Keywords: *Diabetes Mellitus, Hypertension, Health Services Accessibility, Use of medication. Health Surveys. Telephone interview.*

INTRODUÇÃO

Estimativas da Organização Mundial de Saúde apontam que as doenças crônicas não-transmissíveis (DCNT), consideradas como um dos mais desafiadores problemas da saúde pública global, foram responsáveis por 63% dos 36 milhões de mortes ocorridas no mundo em 2008¹. Segundo Goulart (2011)², duas em cada três mortes ao ano, em todo o mundo, podem ser atribuídas às DCNT; quatro quintos destes óbitos (80%) ocorrem em países de baixa e média renda, e um terço atinge pessoas em idade produtiva, com menos de 60 anos. No Brasil, as DCNT são também a principal causa de mortalidade e afetam de forma mais intensa indivíduos pertencentes a grupos vulneráveis, com baixa escolaridade e menor renda^{3,4}.

Dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios – PNAD 2008 revelaram crescimento de 37% na prevalência do diabetes e de 15% na prevalência de hipertensão no país, no período 2003-2008⁴, aumento que impulsiona o consumo de medicamentos anti-hipertensivos e antidiabéticos. O tratamento medicamentoso, quando adequadamente conduzido, possibilita o controle das DCNT, redução da morbimortalidade e melhoria da qualidade de vida dos usuários portadores dessas condições⁵.

O Estado brasileiro estabeleceu o Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não-Transmissíveis, para o período 2011-2022, contendo definições e priorizações de ações e investimentos para detecção e controle das DCNT e de seus fatores de risco no país⁶.

Os indicadores de acesso aos medicamentos para o tratamento de Doenças Crônicas Não-Transmissíveis consideradas prioritárias permitem aferir em que medida os serviços públicos e privados de saúde, de diferentes países, estão sendo capazes de prover Assistência Farmacêutica aos pacientes com essas doenças⁷. Por essa razão, em 2011, questões relacionadas ao uso dos medicamentos para hipertensão e diabetes, e às fontes de obtenção desses medicamentos, foram

incluídas no inquérito do Sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico – Vigitel.

O objetivo do presente estudo consistiu em analisar as diferenças sociodemográficas e regionais no acesso a medicamentos, por indivíduos hipertensos e diabéticos com 20 anos ou mais de idade, residentes nas capitais brasileiras e no Distrito Federal que são as áreas cobertas pelo inquérito Vigitel.

MÉTODO

Trata-se de estudo transversal de base populacional que utilizou dados referentes à população de 20 anos ou mais, coletados em 2011, pelo Inquérito Telefônico do Sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas (VIGITEL), que é realizado anualmente nas capitais brasileiras e no Distrito Federal. O Sistema Vigitel estabelece um tamanho amostral mínimo de dois mil indivíduos, com 18 ou mais anos de idade, em cada cidade. A seleção amostral é realizada em dois estágios: (1) sorteio de cinco mil linhas telefônicas em cada cidade, seguido por novo sorteio para organização de 25 réplicas de 200 linhas; (2) sorteio de um morador adulto do domicílio com idade ≥ 18 anos, para responder à entrevista. Detalhes metodológicos do inquérito telefônico podem ser encontrados em publicações anteriores⁷.

As entrevistas telefônicas foram realizadas entre os meses de janeiro e dezembro de 2011. As perguntas abordaram características demográficas e socioeconômicas, informações sobre hábito alimentar e atividade física, peso e altura, frequência do consumo de cigarros e de bebidas alcoólicas, autoavaliação do estado de saúde, referência a diagnóstico médico anterior de algumas doenças e uso e fonte de obtenção de medicamentos para diabetes e hipertensão, dentre outros tópicos.

As variáveis analisadas no presente estudo foram: presença de diabetes e de hipertensão, uso de medicamentos (para os que apresentavam essas doenças) e a fonte de obtenção desses fármacos. Esses dados foram obtidos a partir das seguintes perguntas: *Onde o(a) Sr(a) consegue a medicação para controlar a pressão alta?* ou *“...para o diabetes?”* As respostas possíveis eram: Unidade de Saúde do SUS; Farmácia Popular; Outro lugar; não sabe; não quis responder.

A categoria “Outro lugar” resultou da junção das seguintes fontes de obtenção de medicamentos: drogarias e/ou farmácias não vinculadas ao Programa Farmácia Popular do Brasil e outras fontes de obtenção, tais como amostra gratuita recebida em consultórios médicos.

A prevalência de hipertensão e diabetes, os percentuais dos doentes em tratamento medicamentoso, bem como as fontes de obtenção dos medicamentos (de indivíduos hipertensos e diabéticos em tratamento) foram analisadas segundo as seguintes variáveis demográficas e socioeconômicas e local de residência:

Demográficas: sexo (feminino e masculino); faixas etárias (20-29, 30-39, 40-49, 50-59, 60-69, 70 anos ou mais); situação conjugal (casado/unido, solteiro; separado/divorciado e viúvo) e cor da pele (branca, preta, amarela, parda, indígena).

Socioeconômicas: escolaridade em anos de estudo (0 a 8, 9 a 11, 12 ou mais) e filiação ou não a plano médico de saúde.

Local de residência: capitais brasileiras e DF

Foram estimadas as prevalências de hipertensão e diabetes, os percentuais dos indivíduos em tratamento e as prevalências das diferentes fontes de obtenção de medicamentos, segundo variáveis sociodemográficas, na população adulta (20 anos e mais). As razões de prevalência e respectivos intervalos de confiança de 95%, para cada fonte - considerada, foram estimados pela regressão de Poisson⁸. Também foram estimadas as frequências relativas percentuais, pontuais e por intervalos (IC 95%), das fontes de obtenção dos medicamentos para as capitais e Distrito Federal. As análises foram realizadas no programa Stata 11.0 que considera as ponderações relacionadas ao delineamento amostral complexo.

O projeto do Sistema Vigitel foi aprovado pelo Comitê Nacional de Ética em Pesquisa para Seres Humanos do Ministério da Saúde (Conep nº 79/2006 – registro 13081; Atualização do Parecer nº 355.590/2013).

RESULTADOS

Entre os 52.036 indivíduos pesquisados, 15.027 referiram hipertensão (24,3%; IC95%: 24,3-25,2) e 4.083 mencionaram ter diabetes mellitus (6,0; IC 95%: 5,6–6,5). Faziam uso de medicamento 11.955 (71,8%) dos indivíduos hipertensos e 3.233 (78,2%) dos diabéticos.

A Tabela 1 apresenta a prevalência de hipertensos e diabéticos e o percentual de indivíduos em tratamento medicamentoso segundo características sociodemográficas. Verifica-se maior prevalência de hipertensão arterial entre mulheres, viúvos e indivíduos com menor escolaridade. Entre os diabéticos, observa-se também maior prevalência da doença nos viúvos, naqueles que referiram até 8 anos de estudo e, no limiar da significância estatística, entre os que possuíam plano de saúde. Para ambas as doenças, as prevalências apresentaram tendências ao aumento com o avanço da idade. Após ajuste por idade e sexo, a categoria “viúvos” perde a significância (dados não apresentados em tabela).

As menores prevalências de hipertensos em tratamento medicamentoso ocorreram entre os homens, nos indivíduos entre 20 a 29 anos, nos indivíduos com menos de 12 anos de escolaridade e entre os que não possuíam plano de saúde. Entre diabéticos, verificaram-se menores prevalências de tratamento nos indivíduos mais jovens e naqueles com escolaridade inferior a 12 anos e nos que não possuíam plano de saúde.

Tabela 1. Prevalência de hipertensos e diabéticos e percentual em tratamento medicamentoso, segundo características sociodemográficas. Vigitel, 2011.

Variável	Número de hipertensos	Prevalência de Hipertensos (n = 15.027)	Percentual de Hipertensos em Tratamento (n=11.955) (%)	RP _{ajustada} (IC _{95%})	Número de diabéticos	Prevalência de Diabéticos (n = 4.083)	Percentual de Diabéticos em Tratamento (n=3.233) (%)	RP _{ajustada} (IC _{95%})
Sexo		<0,001	<0,001			<0,001	<0,001	
Masculino	5.281	21,2	64,2 (60,8 - 67,4)	1	1.466	5,7	78,6 (72,0 - 83,9)	1
Feminino	9.746	27,1	76,9 (74,0 - 80,0)	1,14 (1,08 - 1,20)	2.617	6,4	77,9 (74,4 - 81,0)	0,98 (0,91 - 1,06)
Idade		<0,001	<0,001			<0,001	<0,001	
20 a 29	606	7,8	18,1 (11,3 - 27,8)	1	59	0,8	15,0 (5,4 - 35,3)	1
30 a 39	1.240	14,1	47,0 (41,6 - 52,6)	2,57 (1,61 - 4,11)	176	1,6	61,6 (49,3 - 72,6)	4,1 (1,56 - 11,02)
40 a 49	2.531	25,7	66,7 (62,8 - 70,4)	3,67 (2,32 - 5,78)	520	5,5	77,7 (70,6 - 83,5)	5,2 (1,99 - 13,66)
50 a 59	3.805	41,5	83,5 (81,0 - 85,7)	4,57 (2,90 - 7,19)	1.036	11,7	80,5 (76,1 - 84,3)	5,4 (2,06 - 14,09)
60 a 69	3.714	57,1	90,9 (88,3 - 93,0)	4,95 (3,14 - 7,80)	1.273	18,8	85,1 (81,0 - 88,4)	5,7 (2,19 - 14,94)
70 ou mais	3.131	60,3	95,6 (94,3 - 96,6)	5,17 (3,28 - 8,15)	1.019	22,0	84,6 (79,3 - 88,7)	5,7 (2,17 - 14,83)
Cor		0,185	0,006			0,381	0,489	
Branca	6.512	25,2	75,1 (71,9 - 78,1)	1	1.760	6,3	73,2 (63,3 - 81,2)	1
Preta/Parda	7.642	23,5	69,4 (66,1 - 72,4)	0,99 (0,94 - 1,04)	2.072	5,9	78,7 (74,0 - 82,7)	1,04 (0,96 - 1,13)
Amarela	347	23,5	72,6 (62,2 - 81,1)	0,92 (0,81 - 1,04)	98	6,3	83,4 (78,5 - 87,3)	1,08 (0,93 - 1,25)
Indígena	216	21,3	58,8 (44,6 - 71,7)	0,89 (0,71 - 1,11)	55	4,1	75,6 (67,1 - 82,5)	0,84 (0,54 - 1,29)

Continuação da
Tabela 1

Variável	Número de hipertensos	Prevalência de Hipertensos (n = 15.027)	Percentual de Hipertensos em Tratamento (n=11.955) (%)	RP _{ajustada} (IC _{95%})	Número de diabéticos	Prevalência de Diabéticos (n = 4.083)	Percentual de Diabéticos em Tratamento (n=3.233) (%)	RP _{ajustada} (IC _{95%})
Situação conjugal		<0,001	<0,001			<0,001	0,196	
Solteiro	2.700	14,7	52,1 (46,3 - 57,9)	1	620	2,7	73,2 (63,3 - 81,2)	1
Casado/unido	8.184	27,5	74,2 (71,9 - 76,3)	1,18 (1,08 - 1,28)	2.197	7,1	78,7 (74,0 - 82,7)	0,99 (0,88 - 1,13)
Viúvo	2.543	56,3	92,1 (89,2 - 94,2)	1,01 (0,93 - 1,09)	831	17,2	83,4 (78,5 - 87,3)	0,93 (0,81 - 1,06)
Separado/divorciado	1.527	31,7	83,8 (79,7 - 87,1)	1,22 (1,11 - 1,33)	421	9,0	75,6 (67,1 - 82,5)	0,96 (0,83 - 1,11)
Escolaridade		<0,001	<0,001			<0,001	0,039	
0 a 8	6.880	30,0	73,8 (70,6 - 76,7)	1	2.134	8,0	78,6 (74,2 - 82,5)	1
9 a 11	4.689	17,4	63,3 (60,2 - 66,2)	1,01 (0,95 - 1,08)	1.146	3,7	72,6 (66,8 - 77,8)	0,99 (0,89 - 1,09)
12 ou mais	3.458	17,9	75,2 (71,8 - 78,3)	1,14 (1,08 - 1,21)	803	3,8	84,0 (78,2 - 88,4)	1,10 (1,01 - 1,21)
Plano de Saúde		0,603	<0,001			0,051	<0,001	
Possui	7.940	24,0	78,0 (75,7 - 80,2)	1	2.175	6,5	83,5 (80,2 - 86,4)	1
Não possui	7.068	24,5	67,4 (64,1 - 70,5)	0,95 (0,92 - 0,99)	1.900	5,7	73,7 (68,3 - 78,4)	0,93 (0,87 - 0,99)

*Prevalências calculadas sob ponderações devidas ao desenho amostral.

RP_{ajustada}: Razão de prevalência ajustada por sexo e idade.

Quanto às fontes de obtenção de medicamentos 45,8% dos hipertensos obtiveram o medicamento nas US; 15,9% no Programa Farmácia Popular do Brasil; e 38,3% em drogarias e farmácias não credenciadas ao Programa. Entre os diabéticos, esses percentuais foram de 54,4%, 16,2% e 29,4%, respectivamente (dados não apresentados em tabelas).

A Tabela 2 apresenta a prevalência e razão de prevalência das diferentes fontes de obtenção de medicamentos dos pacientes hipertensos, segundo características sociodemográficas. Após ajuste por sexo e idade, as maiores prevalências de obtenção nas Unidades de Saúde da rede pública, foram observadas nas mulheres, nos indivíduos com idade inferior a 70 anos, nos que referiram cor de pele preta ou parda, naqueles com escolaridade até 8 anos de estudo e nos que não possuíam plano privado de saúde. Estes foram os segmentos da população que apresentaram as menores prevalências de obtenção de medicamentos para hipertensão nas drogarias e farmácias não vinculadas ao PFPB e em outras fontes.

No Programa Farmácia Popular do Brasil (PFPB), menores prevalências de obtenção foram observadas entre pretos/pardos e naqueles que não possuíam plano de saúde e maior nos indivíduos com 9 ou mais anos de estudo.

Tabela 2. Prevalência e razão de prevalência de fontes de obtenção de medicamentos, por indivíduos hipertensos, segundo características sociodemográficas. Vigitel 2011.

VARIÁVEL	UNIDADE DE SAÚDE (n= 4.100)			PFPB (n= 1.900)			D&F e outros (n= 5.931)		
	n	% *	RP _{ajustada} (IC _{95%})	n	% *	RP _{ajustada} (IC _{95%})	n	% *	RP _{ajustada} (IC _{95%})
Sexo									
Masculino	1.154	42,5	1	616	15,8	1	2.055	41,7	1
Feminino	2.946	47,7	1,13 (1,03 - 1,24)	1.285	15,9	1,00 (0,84 - 1,20)	3.876	36,4	0,86 (0,79 - 0,95)
Idade									
20 a 39	238	51,9	1,48 (1,23 - 1,77)	125	15,8	0,89 (0,64 - 1,24)	338	32,2	0,68 (0,55 - 0,85)
40 a 49	591	46,8	1,34 (1,16 - 1,55)	281	15,8	0,89 (0,68 - 1,15)	834	37,4	0,79 (0,68 - 0,91)
50 a 59	1.165	47,4	1,36 (1,19 - 1,54)	470	15,6	0,88 (0,70 - 1,10)	1.563	37,0	0,78 (0,69 - 0,88)
60 a 69	1.217	49,3	1,40 (1,24 - 1,59)	543	14,5	0,81 (0,65 - 1,01)	1.625	36,2	0,77 (0,68 - 0,86)
70 ou mais	889	35,2	1	482	17,8	1	1.571	47,0	1
Cor									
Branca	1.529	39,9	1	929	18,0	1	2.902	42,1	1
Preta/Parda	2.286	50,9	1,26 (1,14 - 1,38)	845	13,6	0,76 (0,64 - 0,90)	2.773	35,5	0,86 (0,78 - 0,94)
Amarela	98	43,5	1,08 (0,79 - 1,48)	49	15,3	0,84 (0,48 - 1,47)	114	41,2	0,99 (0,71 - 1,38)
Indígena	69	52,8	1,29 (0,88 - 1,88)	25	26,7	1,50 (0,79 - 2,85)	60	20,5	0,50 (0,23 - 1,09)
Situação conjugal									
Solteiro	663	48,2	1	296	15,8	1	881	35,9	1
Casado/unido	2.142	45,9	1,02 (0,91 - 1,16)	1.039	15,4	0,95 (0,74 - 1,24)	3.229	38,6	0,99 (0,86 - 1,14)
Viúvo	813	42,6	1,00 (0,86 - 1,18)	350	18,2	1,10 (0,81 - 1,51)	1.177	39,2	0,95 (0,80 - 1,13)
Separado/divorciado	464	47,1	1,04 (0,88 - 1,22)	209	14,8	0,92 (0,65 - 1,30)	611	38	0,99 (0,82 - 1,20)

Continuação da Tabela 2

VARIÁVEL		UNIDADE DE SAÚDE			PFPB			D&F e outros	
		%	RP _{ajustada} (IC _{95%})		%	RP _{ajustada} (IC _{95%})		%	RP _{ajustada} (IC _{95%})
Escolaridade									
0 a 8	2.820	55,2	1	824	14,5	1	2.103	30,4	1
9 a 11	992	33,8	0,56 (0,50 - 0,63)	594	19,1	1,37 (1,14 - 1,66)	1.905	47,1	1,70 (1,52 - 1,88)
12 ou mais	288	14,5	0,25 (0,19 - 0,31)	483	18,8	1,35 (1,08 - 1,69)	1.923	66,7	2,34 (2,11 - 2,60)
Plano de Saúde									
Possui	1.060	20,8	1	1.271	23,3	1	4.306	55,9	1
Não possui	3.036	66,4	3,16 (2,80 - 3,57)	629	9,8	0,42 (0,35 - 0,50)	1.614	23,9	0,43 (0,39 - 0,48)

*Prevalências calculadas sob ponderações devidas ao desenho amostral.

RP: Razão de prevalência ajustada por sexo e idade.

A Tabela 3 apresenta a prevalência e razão de prevalência das diferentes fontes de obtenção de medicamentos pelos diabéticos, segundo características sociodemográficas. A obtenção nas Unidades de Saúde da rede pública, após ajuste por idade e sexo, apresentou prevalências significativamente maiores nas idades inferiores a 70 anos, nos indivíduos de cor de pele preta ou parda, e nos que referiram não possuir plano de saúde. Entre os viúvos e naqueles com 9 ou mais anos de estudo, as prevalências foram menores.

A obtenção de medicação para diabetes nas drogarias e/ou farmácias do PFPB, após ajuste, apresentou prevalências significativamente maiores entre aqueles que possuem 9 ou mais anos de estudo. Nos indivíduos com 20 a 39 anos, nos respondentes de cor preta/parda, e entre os que não possuíam plano de saúde, as prevalências foram menores.

Em relação aos indivíduos que referiram obter a medicação para diabetes em drogarias e/ou farmácias e outras fontes, após o ajuste por idade e sexo, observaram-se maiores prevalências entre os mais escolarizados e menores prevalências nos entrevistados de cor preta/parda, naqueles com idades entre 40 e 69 anos e entre os que não possuíam plano de saúde.

Tabela 3. Prevalência e razão de prevalência de fontes de obtenção de medicamentos, por indivíduos diabéticos, segundo características sociodemográficas. Vigitel 2011.

VARIÁVEL	UNIDADE DE SAÚDE (n=1.463)			PFPB (n=543)			D&F e outros (n= 1.215)		
	n	%*	RP _{ajustada} (IC _{95%})	n	%*	RP _{ajustada} (IC _{95%})	n	%*	RP _{ajustada} (IC _{95%})
Sexo									
Masculino	466	51,5	1	191	15,8	1	509	32,7	1
Feminino	997	56,6	1,10 (0,96 - 1,26)	352	16,5	1,04 (0,75 - 1,44)	706	26,9	0,82 (0,67 - 1,01)
Idade									
20 a 39	57	59,8	1,48 (1,11 - 1,98)	22	8,9	0,50 (0,25 - 0,98)	50	31,3	0,75 (0,48 - 1,16)
40 a 49	186	66,6	1,65 (1,31 - 2,07)	75	16,2	0,91 (0,53 - 1,57)	109	17,3	0,41 (0,27 - 0,63)
50 a 59	395	58,4	1,45 (1,17 - 1,81)	132	16,0	0,90 (0,59 - 1,36)	280	25,6	0,61 (0,45 - 0,81)
60 a 69	492	53,1	1,31 (1,05 - 1,62)	174	16,8	0,94 (0,62 - 1,44)	388	30,1	0,73 (0,57 - 0,93)
70 ou mais	333	40,3	1	140	17,8	1	388	41,9	1
Cor									
Branca	530	43,3	1	267	22,1	1	605	34,6	1
Preta/Parda	817	62,5	1,40 (1,21 - 1,62)	239	11,8	0,54 (0,39 - 0,75)	559	25,7	0,78 (0,63 - 0,96)
Amarela	39	54,2	1,26 (0,89 - 1,80)	15	11,1	0,50 (0,24 - 1,02)	27	34,7	0,97 (0,59 - 1,61)
Indígena	28	64,4	1,41 (0,89 - 2,23)	5	19,1	0,87 (0,19 - 4,05)	10	16,5	0,54 (0,20 - 1,45)

Continuação da
Tabela 3

VARIÁVEL	UNIDADE DE SAÚDE				PFPB				D&F e outros	
		%	RP _{ajustada} (IC _{95%})		%	RP _{ajustada} (IC _{95%})		%	RP _{ajustada} (IC _{95%})	
Situação conjugal										
Solteiro	226	61,8	1	82	15,2	1	158	23,0	1	
Casado/unido	763	56,6	1,03 (0,86 - 1,23)	290	14,8	0,94 (0,56 - 1,58)	681	28,6	1,00 (0,69 - 1,45)	
Viúvo	316	40,4	0,78 (0,61 - 0,98)	113	23,5	1,55 (0,89 - 2,71)	253	36,1	1,14 (0,77 - 1,69)	
Separado/divorciado	155	49,2	0,85 (0,65 - 1,11)	56	14,7	0,96 (0,48 - 1,88)	118	36,1	1,41 (0,91 - 2,18)	
Escolaridade										
0 a 8	990	62,1	1	226	13,7	1	472	24,3	1	
9 a 11	350	45,7	0,65 (0,56 - 0,76)	180	18,7	1,46 (1,01 - 2,11)	363	35,6	1,71 (1,36 - 2,15)	
12 ou mais	123	19,7	0,29 (0,20 - 0,42)	137	28,2	2,23 (1,53 - 3,26)	380	52,1	2,34 (2,86 - 2,95)	
Plano de Saúde										
Possui	488	32,4	1	365	20,9	1	923	46,7	1	
Não possui	974	75,1	2,24 (1,88 - 2,66)	176	11,7	0,56 (0,40 - 0,79)	290	13,2	0,30 (0,24 - 0,38)	

*Prevalências calculadas sob ponderações devidas ao desenho amostral.

RP: Razão de prevalência ajustada por sexo e idade.

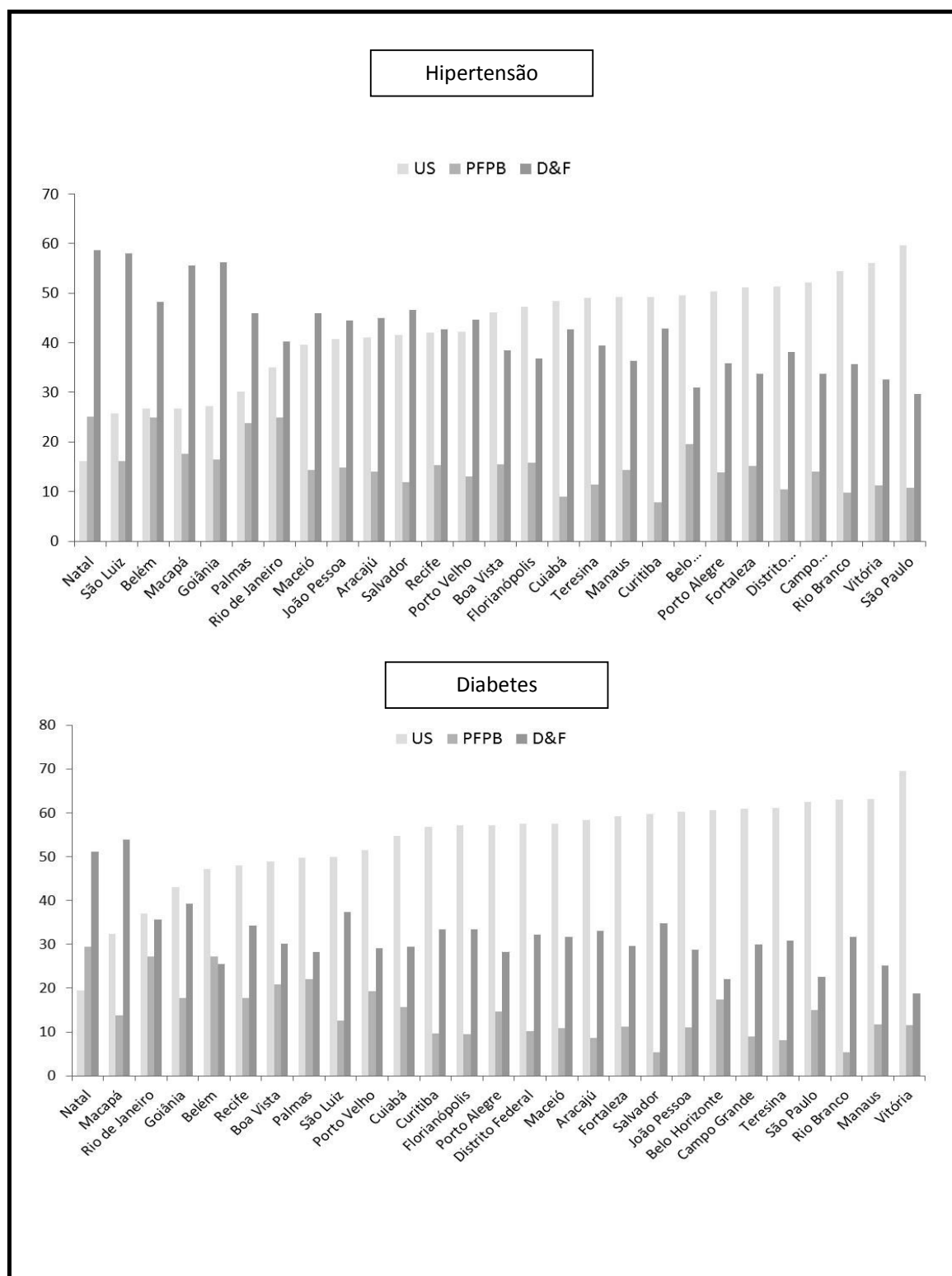
No tocante ao conjunto das capitais brasileiras (Figura 1), menores percentuais de obtenção dos medicamentos para hipertensão, nas Unidades de Saúde, foram observados nas cidades de Natal (16,2%), São Luiz (16,2%), Belém (26,8%) e os maiores em São Paulo (59,7%), Vitória (56,1%), Rio Branco (54,5%). Em relação à obtenção do medicamento para hipertensão por meio do PFPB, os menores percentuais ocorreram em Curitiba (7,9%), Cuiabá (9,0%), Rio Branco (9,8); os maiores percentuais ocorreram em Natal (25,1%), Belém (25,0%), Rio de Janeiro (24,9%).

Quanto à obtenção de medicamentos para hipertensão em drogarias e/ou farmácias não credenciadas ao Programa Farmácia Popular – situação em que os pacientes tiveram que arcar com o custo total dos medicamentos – maiores percentuais concentraram-se nas capitais Natal (58,7%), São Luiz (58,1%), Goiânia (56,3%) e os menores em São Paulo (29,6%), Belo Horizonte (30,9%), Vitória (32,6%).

Para o diabetes, os menores percentuais de obtenção dos medicamentos em Unidades de Saúde registraram-se em Natal (19,5%), Macapá (32,3%) e Rio de Janeiro (37%); e os maiores em Vitória (69,5%), Manaus (63,2%), Rio Branco (63%) e São Paulo (62,5%). Quanto à obtenção por meio do Programa Farmácia Popular do Brasil, os menores percentuais constaram em Rio Branco (5,3%), Salvador (5,4%) e Teresina (8,1%); e os maiores em Belém (27,3%), Rio de Janeiro (27,3%) e Natal (29,4%).

A obtenção de medicamentos por meio de drogarias e/ou farmácias não credenciadas ao PFPB e outros locais foi menor nas capitais Vitória (18,8%), Belo Horizonte (22,0%) e São Paulo (22,5%); e maior em Goiânia (39,3%), Natal (51,1%) e Macapá (53,9%).

Figura 1. Distribuição percentual de adultos e idosos que referiram conseguir a medicação para controle da hipertensão arterial e diabetes, segundo fontes de obtenção, nas capitais brasileiras. Vigitel, 2011.



A Tabela 4 apresenta a distribuição percentual, nas cinco regiões brasileiras e capitais, dos adultos e idosos que obtiveram medicação para controle da hipertensão e do diabetes, segundo fontes de obtenção.

Para os hipertensos, foram observados maiores percentuais de obtenção, em Unidades de Saúde das capitais, nas regiões Sul (49,6%) e Sudeste (48,8%); no Programa Farmácia Popular do Brasil, nas regiões Norte (18,5%) e Sudeste (17,3%); e em drogarias e/ou farmácias -, nas regiões Nordeste (44,4%) e Norte (43,3%). Padrão similar foi observado em relação ao diabetes com maiores percentuais de obtenção: em Unidades de Saúde, nas capitais do Sul (49,6%) e Sudeste (48,8%); nas farmácias do Programa Farmácia Popular, nas regiões Norte (18,5%) e Sudeste (17,3%); e em drogarias e/ou farmácias não credenciadas ao PFPB, e outros locais, nas regiões Nordeste (44,4%) e Norte (43,3%).

Tabela 4. Distribuição percentual de adultos (20 anos ou mais) que referiram conseguir a medicação para controle da hipertensão arterial e diabetes, segundo formas de obtenção nas regiões e capitais brasileiras. Vigitel, 2011.

REGIÕES/ CAPITAIS	HIPERTENSÃO						DIABETES					
	UNIDADE DE SAÚDE		PFPB		D&F e outros		UNIDADE DE SAÚDE		PFPB		D&F e outros	
	%	IC95%	%	IC95%	%	IC95%	%	IC95%	%	IC95%	%	IC95%
Centro Oeste	44,9	41,2 - 48,6	12,1	10,1 - 14,6	42,6	39,1 - 46,1	54,8	47,7 - 61,9	12,1	7,8 - 16,4	33,1	26,5 - 39,6
Campo Grande	52,1	45,7 - 58,5	14,1	7,4 - 20,7	33,8	28,4 - 39,2	61,0	49,8 - 72,2	9,0	3,2 - 14,7	30,0	19,1 - 40,8
Cuiabá	48,4	40,7 - 56,0	9,0	5,4 - 12,5	42,7	35,5 - 49,7	54,8	42,3 - 67,3	15,7	4,3 - 26,9	29,5	19,1 - 39,9
Goiânia	27,3	22,2 - 32,3	16,4	12,3 - 20,5	56,3	50,7 - 61,9	43,1	30,5 - 55,6	17,7	30,5 - 55,6	39,3	8,9 - 26,4
Distrito Federal	51,3	44,9 - 57,6	10,5	7,15 - 13,8	38,2	32,2 - 44,2	57,5	45,7 - 69,4	10,2	45,7 - 69,3	32,2	21,4 - 43,0
Nordeste	40,7	38,2 - 43,1	14,9	13,0 - 16,7	44,4	42,0 - 46,8	53,7	49,1 - 58,4	12,2	9,5 - 14,9	34,1	29,8 - 38,3
Aracaju	41,0	33,0 - 49,0	14,0	8,4 - 19,6	45,0	37,7 - 52,2	58,3	46,8 - 69,8	8,7	2,4 - 14,8	33,0	22,4 - 43,5
Fortaleza	51,1	43,9 - 58,3	15,1	9,2 - 21,1	33,7	27,3 - 40,1	59,2	46,9 - 71,4	11,2	3,4 - 19,0	29,6	18,4 - 40,7
João Pessoa	40,7	34,0 - 47,3	14,9	10,1 - 19,6	44,5	38,1 - 50,8	60,3	49,5 - 70,9	11,0	3,7 - 18,2	28,8	19,8 - 37,6
Maceió	39,6	10,9 - 21,5	14,4	9,93 - 18,9	46,0	39,9 - 52,0	57,5	46,7 - 68,1	10,8	4,58 - 17,1	31,7	22,0 - 41,3
Natal	16,2	10,9 - 21,5	25,1	18,5 - 31,6	58,7	50,6 - 66,8	19,5	10,5 - 28,5	29,4	18,8 - 39,9	51,1	39,6 - 62,5
Recife	42,0	36,2 - 47,7	15,3	11,4 - 19,1	42,7	37,0 - 48,5	48,1	38,2 - 58,0	17,7	10,4 - 24,8	34,2	25,2 - 43,2
Salvador	41,5	35,5 - 47,4	11,9	8,02 - 15,7	46,6	40,8 - 52,4	59,8	47,7 - 71,8	5,4	1,8 - 8,9	34,8	23,3 - 46,3
São Luiz	25,8	18,2 - 33,4	16,1	11,1 - 21,1	58,1	50,3 - 65,8	50,0	36,7 - 63,3	12,6	5,4 - 19,8	37,4	25,4 - 49,2
Teresina	49,0	41,4 - 56,5	11,5	7,4 - 15,5	39,5	32,5 - 46,5	61,1	49,2 - 72,9	8,1	1,7 - 14,5	30,8	20,0 - 41,5
Norte	38,2	34,2 - 42,1	18,5	15,3 - 21,7	43,3	39,5 - 47,0	52,5	45,5 - 59,5	19	13,7 - 24,3	28,5	22,8 - 34,2

Belém	26,8	20,4 – 33,5	25	13,7 – 24,3	48,3	41,4 – 55,1	47,2	34,0 – 60,2	27,3	16,3 – 38,3	25,5	15,7 – 35,3
Boa Vista	46,1	36,6 – 55,4	15,5	10,0 – 21,0	38,4	29,9 – 46,8	48,9	30,2 – 67,6	20,9	8,5 – 33,4	30,1	14,0 – 46,3
Macapá	26,8	18,8 – 34,7	17,6	7,6 – 27,6	55,6	45,7 -65,5	32,3	14,7 – 49,8	13,8	1,8 – 25,8	53,9	34,9 – 72,8
Manaus	49,2	41,2 – 57,2	14,4	8,3 -20,4	36,4	29,1 – 43,6	63,2	51,5 – 74,8	11,7	4,5 – 18,9	25,1	15,2 – 35,0
Palmas	30,2	21,0 – 39,3	23,8	15,9 – 31,6	46,0	36,4 – 55,5	49,8	27,8 – 71,8	22,0	7,14 – 36,7	28,2	12,0 – 44,4
Rio Branco	54,5	47,7 – 61,2	9,8	5,5 – 14,1	35,7	29,3 – 41,2	63,0	49,0 – 76,9	5,3	1,07 – 9,4	31,7	17,7 – 45,8
Porto Velho	42,3	34,5 – 49,9	13,1	8,5 – 17,6	44,7	37,1 – 52,1	51,5	37,6 – 65,3	19,3	8,3 – 30,3	29,2	17,1 – 41,2
Sudeste	48,8	45,3 – 52,3	17,3	14,9 - 19,6	33,9	30,7 - 37,0	54,6	47,9 - 61,2	19	14,2 - 23,8	26,5	21,0 - 31,9
Belo Horizonte	49,6	43,9 – 55,2	19,5	15,4 – 23,6	30,9	20,9 – 31,9	60,6	49,9 - 71,2	17,5	9,8 - 25,1	22,0	12,2 - 31,8
São Paulo	59,7	54,2 – 65,0	10,8	7,5 – 13,9	29,6	24,6 – 34,5	62,5	53,2 - 71,8	15,0	8,3 - 21,6	22,5	15,1 - 29,9
Vitória	56,1	50,6 – 61,6	11,3	8,2 – 14,4	32,6	27,6 – 37,5	69,5	60,1 - 78,9	11,6	5,6 - 17,7	18,8	11,3 - 26,4
Rio de Janeiro	35,0	29,3 – 40,6	24,9	20,5 – 29,2	40,2	35,2 – 45,1	37,0	26,2 - 47,8	27,3	18,4 - 36,2	35,7	25,5 - 45,9
Sul	49,6	45,8 - 53,4	11,3	9,2 - 13,4	39,0	35,4 - 42,6	57,0	49,9 - 64,1	12	8,0 - 16,1	30,9	24,0 - 37,8
Curitiba	49,2	43,2 – 55,2	7,9	5,5 – 10,3	42,9	31,7 – 42,1	56,8	45,2 - 68,4	9,7	3,1 - 16,3	33,5	21,8 - 45,1
Florianópolis	47,2	41,6 – 52,8	15,9	11,8 – 19,9	36,9	31,7 – 42,1	57,1	46,4 - 67,8	9,5	4,4 - 14,6	33,4	22,6 - 44,1
Porto Alegre	50,4	44,7 – 56,0	13,8	10,1 – 17,5	35,8	30,7 – 40,8	57,2	46,3 - 68,0	14,6	8,4 - 20,8	28,2	18,2 - 38,3

DISCUSSÃO

As prevalências de hipertensão arterial e diabetes mellitus vêm crescendo no Brasil⁴ e mundialmente, configurando-se como uma epidemia resultante, em grande parte, do envelhecimento populacional⁹ e do processo de globalização dos riscos². Constatou-se, no presente estudo, prevalências mais elevadas dessas doenças nos estratos de menor nível de escolaridade, como observado em estudos prévios desenvolvidos com dados das PNADs de 2003 e 2008⁴ e do Vigitel⁷.

A hipertensão e o diabetes, configuram-se por sua vez, como fatores de risco para outras doenças cardiovasculares, cuja diminuição de mortalidade, constatada nas últimas décadas, vem sendo parcialmente atribuída ao controle adequado da pressão arterial^{7,10,11}. Em estudo sobre o perfil de utilização de medicamentos por aposentados brasileiros⁵, constatou-se que 88,7% dos idosos hipertensos utilizavam medicamentos anti-hipertensivos e 64,7% dos diabéticos usavam antidiabéticos. No presente estudo foram encontrados em tratamento medicamentoso 71,8% dos hipertensos e 78,2% dos diabéticos. Para ambas as doenças os segmentos com menores frequências de pacientes em tratamento foram os indivíduos entre 20 a 29 anos; aqueles com menos de 12 anos de escolaridade e os que não possuíam plano de saúde. Para estes segmentos, dentre os quais se incluem pacientes usuários do SUS, preconiza-se ampliar as estratégias de orientação terapêutica medicamentosa nos serviços públicos de saúde, a fim de evitar prejuízos decorrentes da desassistência no tratamento farmacológico.

Frequências mais reduzidas de tratamento medicamentoso ou a não utilização de medicamentos, entre portadores de hipertensão e diabetes, podem estar relacionadas a

barreiras no acesso e a adesão ao tratamento⁵, ou à incorporação, desde a década de 1980, de sistemas terapêuticos não farmacológicos dentre as ações recomendadas para o controle das doenças e a promoção da saúde, tais como mudanças de hábitos e de estilo de vida¹².

O acesso aos medicamentos envolve uma complexa rede de atores públicos e privados, no contexto econômico, político e social dos países nos quais são formulados modelos e sistemas de saúde para efetivar tal acesso, envolvendo várias combinações de provisão de serviços e financiamentos estatal e privado^{13,14}. Dentre as dimensões específicas do acesso – disponibilidade física do produto, acessibilidade, acessibilidade geográfica, aceitabilidade ou satisfação¹⁴ – a disponibilidade física do produto é básica e precisa compatibilizar tipo/quantidade de produtos e serviços existentes com tipo/quantidade de produtos e serviços necessários. No presente estudo foi selecionado, para análise, um aspecto da disponibilidade física, relativo às fontes de obtenção dos medicamentos para tratamento da hipertensão e diabetes, nas capitais brasileiras e do Distrito Federal.

Diferentes estratégias têm sido implementadas pelo Estado brasileiro buscando viabilizar as diretrizes das políticas farmacêuticas no país^{15,16} como: aumento do financiamento público para maior disponibilidade de medicamentos nos serviços de saúde do SUS¹⁷, promulgação de instrumentos regulatórios relativos ao acesso aos medicamentos; estruturação da Assistência Farmacêutica no âmbito do SUS e organização dos serviços para esse fim; desenvolvimento de um programa nacional para qualificar a Assistência Farmacêutica no SUS¹⁸ entre outras medidas.

Dentre essas iniciativas foi criado o Programa Farmácia Popular do Brasil em 2004¹⁹, visando ampliar ações de universalização do acesso da população aos

medicamentos, por meio de atendimento oferecido a pessoas usuárias ou não de serviços públicos de saúde. Desde sua institucionalização, o Programa incorporou modificações sucessivas²⁰. Em 2011 passou a garantir a gratuidade dos medicamentos para o tratamento da hipertensão e diabetes, em todas as farmácias do país credenciadas ao Programa e nas suas unidades próprias, resultando em uma proposta conhecida como Programa “*Saúde não tem Preço*”.

Na população de hipertensos do estudo, houve diferenças quanto às fontes de obtenção de medicamentos, em relação ao sexo: as mulheres obtiveram os medicamentos com maior frequência nas Unidades de Saúde, e os homens nas drogarias/farmácias e outras fontes. Segundo a literatura, as mulheres utilizam os serviços de saúde em maior proporção do que os homens⁵, e estes priorizam as farmácias/drogarias e outros locais para obter medicamentos²¹. Sawyer *et al.* (2002)²² analisaram o perfil de utilização de serviços de saúde no Brasil e verificaram que, quando enfermos, os homens mais jovens procuram, inicialmente, farmácias e prontos-socorros.

Enquanto 45,8 % dos hipertensos obtêm seus medicamentos nas US da rede pública, este percentual ascende a 54,4% entre os diabéticos. Tal resultado poderia sugerir, em alguma medida, maior efetividade em estratégias de implementação de programas voltados aos pacientes diabéticos, na atenção básica, no que se refere ao acesso aos medicamentos.

Tanto para hipertensos quanto para diabéticos que referiram cor da pele preta ou parda, maiores prevalências de obtenção foram observadas nas US. Por outro lado, nas farmácias credenciadas ao PFPB e nas drogarias/farmácias não credenciadas e em outras fontes, as prevalências apresentaram-se significativamente menores em comparação aos brancos. A maior probabilidade de utilização de serviços públicos de saúde, por indivíduos

pretos e pardos, poderia ser um indicativo do atendimento nas US, de grupos com inserção socioeconômica historicamente menos favorecida no país.

Esse achado apresenta-se condizente com a observação de redução da obtenção do medicamento nas Unidades de Saúde, com o aumento da escolaridade, e aumento significativo de obtenção nas drogarias/farmácias credenciadas ao PFPB e não credenciadas ao Programa e outras fontes. A maioria da população atendida no serviço público de saúde constitui-se de parcelas expressivas de segmentos de menor renda, portanto a obtenção gratuita de medicamentos apresenta-se, frequentemente, como opção preferencial de acesso aos medicamentos para esses grupos populacionais²³.

Hipertensos e diabéticos sem plano de saúde obtiveram, em maior proporção (66,4% e 75,1% respectivamente), seus medicamentos nas Unidades de Saúde, porém 23,9% dos hipertensos e 13,2% dos diabéticos sem plano de saúde recorreram às drogarias/farmácias e outras fontes. Quanto aos entrevistados filiados a plano de saúde, a proporção de obtenção foi maior nas drogarias/farmácias não vinculadas ao PFPB e outros locais; no entanto, 20,8% dos hipertensos e 32,4% dos diabéticos com planos de saúde obtiveram seus medicamentos nas US. Também os percentuais de pacientes que obtiveram medicamentos nas farmácias/drogarias do PFPB foram mais elevados entre os que tem plano de saúde em comparação ao segmento que não tem.

Os dados deste estudo apontam que os segmentos socialmente mais vulneráveis (com menor escolaridade, cor de pele preta/parda, e sem plano de saúde) obtêm, fundamentalmente, seus medicamentos nas US. Isto sinaliza a necessidade de investimento na qualificação da Assistência Farmacêutica prestada nessas unidades objetivando a redução das inequidades existentes.

No estudo foram analisadas as fontes de obtenção de medicamentos segundo as regiões brasileiras. Para hipertensos, os maiores percentuais de obtenção de medicamentos em Unidades de Saúde foram identificados nas capitais das regiões Sul (49,6%), Sudeste (48,8%) do país, e para diabéticos, os maiores percentuais ocorreram nas regiões Sul, Sudeste e Centro-Oeste. Tal dado sugere que, em regiões social e economicamente mais desenvolvidas do país (Sudeste, Sul e Centro-Oeste), a rede de atenção básica de saúde estaria mais organizada, de forma a proporcionar melhores condições de acesso ao medicamento a hipertensos e diabéticos.

Em todas as regiões, os percentuais de obtenção de medicamentos nas US, mais elevados para diabéticos em comparação com hipertensos, sugerem maior disponibilidade de medicamentos para o tratamento dos portadores de diabetes. Outras explicações decorrem de outras ofertas nas US dos insumos para o controle do diabetes como as seringas com agulha acoplada para aplicação de insulina, tiras reagentes de medida de glicemia capilar e lancetas para punção digital, além de outros serviços assistenciais que resultam em maior vinculação do usuário às US.

As diferenças observadas entre as capitais podem refletir a cobertura e organização da atenção básica nessas cidades, assim como, da Assistência Farmacêutica. As mesmas capitais tendem a apresentar menor percentual de obtenção de medicamentos nas US seja para pacientes hipertensos e como para diabéticos e nelas maior percentual de pacientes é obrigado a arcar com os custos dos medicamentos. Constata-se a necessidade de investigações que avaliem os fatores e causas que possam explicar a heterogeneidade de acesso aos medicamentos para hipertensão e diabetes entre as capitais brasileiras.

Observa-se que, para ambas as doenças, os percentuais de obtenção, por meio de farmácias credenciadas ao Programa Farmácia Popular do Brasil, foram maiores em capitais com baixos percentuais de obtenção em Unidades de Saúde, como Natal, Rio de Janeiro, Palmas e Belém. Tal ocorrência poderia explicar, parcialmente, a maior busca pelas farmácias do PFPB, uma vez que, desde 2011, esses estabelecimentos farmacêuticos proporcionam um conjunto de medicamentos para hipertensão e diabetes gratuitamente, viabilizando à população dessas capitais o acesso a medicamentos prescritos, sem desembolso de recursos próprios. Mas, nessas capitais, mais de 30% dos pacientes com diabetes e 50% daqueles com hipertensão precisam pagar pelo medicamento que utilizam para essas doenças.

A agilidade e praticidade em monitorar tendências das DCNT, na população adulta das 26 capitais brasileiras e do Distrito Federal, tornam o Sistema Vigitel um destacado instrumento de monitoramento de fatores de risco e proteção para doenças crônicas não transmissíveis no país²⁴. Ainda que o alcance da telefonia fixa represente uma limitação, o uso de ponderações tende a reduzir os vícios resultantes da cobertura desigual em diferentes cidades. Em relação ao monitoramento de indivíduos em tratamento medicamentoso e das fontes de obtenção de medicamentos para hipertensão e diabetes, o Sistema Vigitel apresenta limitações que devem ser consideradas na análise realizada, pois não se investiga quantos e quais medicamentos são utilizados pelo paciente e se a fonte de obtenção difere entre eles. Porém, considerando o alto custo e a difícil operacionalização de inquéritos domiciliares específicos e aprofundados sobre acesso e uso de medicamentos, as informações desta pesquisa são essenciais para o planejamento, monitoramento e avaliação de algumas das ações propostas no âmbito da política de medicamentos do país⁹.

O presente estudo indicou disparidades entre as capitais e regiões brasileiras e entre segmentos sociais da população, no período analisado, sendo que em capitais e regiões de menor desenvolvimento econômico, com maiores parcelas de população socialmente vulnerável, maior percentual de pacientes hipertensos e diabéticos precisou arcar com os custos dos medicamentos.

A análise dos padrões de acesso a medicamentos anti-hipertensivos e antidiabéticos identificados neste estudo pode propiciar subsídios para o redirecionamento das políticas públicas, no sentido de favorecer a promoção de ações de saúde e de Assistência Farmacêutica mais equânimes no país. Os resultados sinalizam também a necessidade do desenvolvimento de pesquisas sobre a organização dos serviços de Assistência Farmacêutica no país, incluindo as farmácias do PFPB, visando melhor compreensão a respeito das barreiras ao acesso e das disparidades existentes.

REFERÊNCIAS

1. World Health Organization. Non communicable diseases country profiles 2011. Geneva: WHO, 2011.
2. Goulart, FAA. Doenças crônicas não transmissíveis: estratégias de controle e desafios para o sistema de saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde/Ministério da Saúde; 2011. p. 7.
3. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Plano de Ações Estratégicas para Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2011.

4. Barros MBA, Francisco PMSB, Zanchetta LM, César CLG. Tendências das desigualdades sociais e demográficas na prevalência de doenças crônicas no Brasil, PNAD: 2003-2008. *Ciênc. saúde coletiva*. 2011; 16(9): 3755-3768.
5. Gontijo MF et al. Uso de anti-hipertensivos e antidiabéticos por idosos: inquérito em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. *Cad. Saúde Pública*. 2012; 28(7): 1337-1346.
6. Malta DC, Silva Junior JB. Brazilian Strategic Action Plan to combat Chronic Non-Communicable Diseases and the global targets set to confront these diseases by 2025: a review. *Epidemiol. Serv. Saúde*. 2013;22(1):151-164
7. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Vigitel Brasil 2011: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Brasília: Ministério da Saúde; 2012.
8. Barros AJ, Hirakata VN. Alternatives for logistic regression in cross-sectional studies: an empirical comparison of models that directly estimate the prevalence ratio. *BMC Med Res Methodol*. 2003;3:21.
9. Duncan BB, Chor D, Aquino EML, Bensenor IM, Mill JG, Schmidt MI *et al*. Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: prioridade para enfrentamento e investigação. *Rev. Saúde Pública*. 2012;46(Supl 1):126-134.
10. Ben AJ, Neumann CR, Mengue SS. Teste de Morisky-Green e Brief Medication Questionnaire para avaliar adesão a medicamentos. *Rev. Saúde Pública*. 2012;46(2):279-289.

11. Wang YR, Alexander GC, Stafford RS. Outpatient hypertension treatment, treatment intensification, and control in Western Europe and the United States. *Arch Intern Med.* 2007;167(2):141-7.
12. Luz MD. Cultura contemporânea e medicinas alternativas: novos paradigmas em saúde no fim do século XX. *Physis.* 2005;15(supl.0):145-176.
13. Brasil. Ministério da Saúde. Pesquisa Nacional sobre Acesso, Utilização e Promoção do Uso Racional de Medicamentos. Projeto de pesquisa apresentado à Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP. Setembro de 2013.
14. Luiza VL, Bermudez JAZ. Acesso a medicamentos: conceitos e polêmicas. In: Bermudez JAZ; Oliveira MA; Escher A. (Org.). Acesso a medicamentos: derecho fundamental, papel del Estado. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, 2004. p. 45-67.
15. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Medicamentos. Brasília: Ministério da Saúde; 2001. (Série C. Projetos, Programas e Relatórios, n. 25).
16. Brasil. Ministério da Saúde. Resolução nº. 338, de 2004, do Conselho Nacional de Saúde. Aprova a Política Nacional de Assistência Farmacêutica e estabelece seus princípios gerais e eixos estratégicos. Diário Oficial da União 2004; 20 mai.
17. Vieira FS, Zucchi P. Financiamento da Assistência Farmacêutica no sistema único de saúde. *Saúde soc.* 2013;22(1):73-84.
18. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria 1.214 de 13 de junho de 2012. Institui o Programa Nacional de Qualificação da Assistência Farmacêutica no âmbito do SUS. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF 14 junho 2012.

19. Brasil. Ministério da Saúde. Decreto nº. 5.090, de 2004. Regulamenta a Lei 10.858, de 20 de maio de 2004, e institui o programa “Farmácia Popular do Brasil”, e dá outras providências. Diário Oficial da União 2004; 21 mai.
20. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº. 491, de 9 de março de 2006. Dispõe sobre a expansão do Programa “Farmácia Popular do Brasil”. Diário Oficial da União 2006; 10 mar.
21. Vosgerau MZS, Soares DA, Souza RKT, Matsuo T, Carvalho GS. Consumo de medicamentos entre adultos na área de abrangência de uma Unidade de Saúde da Família. *Ciênc. saúde coletiva*. 2011;16(Supl. 1):1629-1638.
22. Sawyer DO; Leite IC; Alexandrino R. Perfis de utilização dos serviços de saúde no Brasil. *Ciênc. Saúde Coletiva*. 2002;7(4):757-776.
23. 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. Saúde Pública*. 2008;24(2):267–80.
24. Moura EC, Silva SA, Malta DC, Moraes Neto OL. Fatores de risco e proteção para doenças crônicas: vigilância por meio de inquérito telefônico, VIGITEL, Brasil, 2007. *Cad. Saúde Pública*. 2011;27(3):486-96.

4.2. 2º ARTIGO

**CONHECIMENTO E UTILIZAÇÃO DO PROGRAMA FARMÁCIA POPULAR DO
BRASIL: ESTUDO DE BASE POPULACIONAL NO MUNICÍPIO DE CAMPINAS,
SP.**

The knowledge and the use of the Popular Pharmacy Program in Brazil: study of the
populational base in Campinas City/SP.

Karen Sarmiento Costa^{1,2}, Priscila Maria S. Bergamo Francisco¹, Marilisa Berti de Azevedo Barros¹

¹ Departamento de Saúde Coletiva. Faculdade de Ciências Médicas. Universidade Estadual de Campinas – UNICAMP.

² Coordenação-Geral de Assistência Farmacêutica Básica. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Ministério da Saúde. Brasília, DF, Brasil.

FINANCIAMENTO: Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq; processo nº. 409747/2006-8)

COLABORADORES

K. S. Costa Participou da concepção e delineamento do estudo, análise e interpretação dos dados; redação e revisão crítica relevante do conteúdo intelectual do manuscrito e aprovação final da versão a ser publicada. M. B. A. Barros participou da concepção e

delineamento do estudo, análise e interpretação dos dados e aprovação final da versão a ser publicada . P. M. S. B. Francisco participou da análise e interpretação dos dados.

AGRADECIMENTOS

Ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq Processo no 409747/2006-8) pelo apoio financeiro ao trabalho de campo do ISACAMP. À Secretaria Municipal de Campinas e à Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde pelo apoio financeiro à realização do inquérito. À FAPESP pela bolsa de pós-doutorado de PMSB Francisco e ao CNPq pela bolsa de produtividade de MBA Barros.

Título corrido: *Programa Farmácia Popular do Brasil*

RESUMO

Objetivo: Analisar prevalências do conhecimento e utilização do Programa Farmácia Popular do Brasil – PFPB, segundo perfil socioeconômico e de saúde. Método: Estudo transversal de base populacional, com amostra por conglomerados, em dois estágios, em Campinas/SP, 2008. Resultados: Dos 2461 entrevistados, de 20 anos ou mais, 32,8% conheciam o PFPB; e destes, 33,6% haviam utilizado o Programa. Dentre os que conheciam maior prevalência nas mulheres, indivíduos acima de 30 anos, renda familiar acima de 5 salários mínimos, com 5 ou mais anos de estudo e naqueles que usavam 4 ou mais medicamentos. Entre os que utilizaram maior prevalência entre mulheres, indivíduos acima de 70 anos, e naqueles que não possuíam plano de saúde. Conclusão: O conhecimento sobre o PFPB revelou-se restrito no período do estudo e superior nos segmentos de maior escolaridade, mas a utilização dos medicamentos do PFPB, ainda em baixa proporção era maior no segmento sem plano de saúde

Palavras-chave: *Assistência Farmacêutica; Inquéritos Epidemiológicos; Política de Saúde, Estudos transversais*

ABSTRACT

Objective: To analyze the prevalence of knowledge and use of the Popular Pharmacy Program in Brazil - PFPB according to socioeconomic and health. Method: Cross-sectional study of population-based cluster sampling in two stages, in Campinas / SP, 2008. Results: Of the 2461 respondents, 20 years or older, 32.8% knew PFPB, and of these, 33.6% had used drugs Program. Among those who knew PFPB there was a higher prevalence in women, individuals over age 30 with family income above 5 minimum wages, those with 5 or more years of study, and who used four or more drugs. Among those who used the PFPB observed a higher prevalence among women, individuals over 70, and among those who did not have health insurance. Conclusion: Similar studies can be used to monitor the policies of Pharmaceutical and PFPB, aiming to promote better management of local actions.

Keywords: *Pharmaceutical Services, Health Survey, Health Policy, Cross Sectional Studies.*

INTRODUÇÃO

No Brasil, a Constituição Federal estabelece o acesso à saúde como direito dos cidadãos e dever do Estado. O Sistema Único de Saúde – SUS, instituído no contexto institucional por meio da Lei Orgânica da Saúde (1990), tem como objetivo assegurar o acesso da população aos serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde. O advento do sistema oficial de saúde do país deflagrou o processo de elaboração de um conjunto de políticas públicas relativas à saúde. Inserem-se nesse conjunto a Política Nacional de Medicamentos – PNM, de 1998¹, e a Política Nacional de Assistência Farmacêutica – PNAF, de 2004², promulgadas com o propósito de garantir o acesso a medicamentos aliado à promoção do seu uso racional.

Um dos programas de saúde que busca atender às diretrizes das políticas públicas de medicamentos do país se refere ao Programa Farmácia Popular do Brasil – PFPB. Promulgado em 2004 e regulamentado por decreto presidencial, o Programa foi criado com a perspectiva de enfrentar agravos de alto impacto na saúde pública e reduzir os gastos com medicamentos no orçamento familiar. O Programa preconiza a ampliação de ações voltadas à universalização do acesso da população aos medicamentos, por meio de atendimento igualitário de pessoas usuárias ou não de serviços públicos de saúde³.

As estratégias e modalidades de atendimento previstas no Programa Farmácia Popular do Brasil foram sucessivamente modificadas, desde o seu advento, mediante a adoção de diferentes iniciativas. Na sua primeira etapa, ainda em 2004, o Programa baseou-se na abertura de farmácias estatais, gerenciadas na esfera federal pela Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), em parceria com gestores estaduais de saúde e, principalmente, com

gestores municipais ^{4,5}. A lista de medicamentos oferecida nessa rede – “*Programa Farmácia Popular Rede Própria*” – era então priorizada por fármacos que atuam sobre o sistema cardiovascular, renal, sistema nervoso central e periférico e por anti-infectantes⁴.

Em 2006, por meio de parceria com o comércio varejista farmacêutico em âmbito nacional, a expansão do programa ocorreu por meio da modalidade conhecida como “*Aqui tem Farmácia Popular*”. Nessa modalidade, as farmácias da rede privada, que se credenciaram para aderir ao Programa, passaram a vender medicamentos aos usuários a um menor custo, devido ao subsídio do governo federal⁶. Essa etapa iniciou-se pela oferta de medicamentos para atender portadores de hipertensão e diabetes e, posteriormente, abrangeu a oferta de anticoncepcionais.

A introdução de ações, projetos e programas, no escopo das políticas públicas de saúde, requer que tais iniciativas sejam concebidas com base no perfil epidemiológico dos grupos populacionais atingidos pelo problema de saúde detectado, conforme preconiza a Lei Orgânica da Saúde. Torna-se necessário também que o alcance dos programas implantados seja mensurado, por meio de instrumentos de aferição cientificamente referendados, a fim de verificar se os benefícios propostos à sociedade estão sendo alcançados, e se estão sendo atingidos os segmentos populacionais para os quais as propostas foram formuladas. No campo da saúde, uma ferramenta científica internacionalmente utilizada para a identificação, com precisão, de segmentos populacionais demandatários, como também das necessidades de saúde mais expressivas da população, consiste nos inquéritos populacionais de saúde.

O presente estudo, realizado a partir de dados de um inquérito de saúde de base populacional, foi desenvolvido com o objetivo de descrever a prevalência e verificar os

fatores associados ao conhecimento e utilização do Programa Farmácia Popular do Brasil, segundo o perfil socioeconômico e de saúde de adultos residentes no município de Campinas, estado de São Paulo, Brasil.

MÉTODO

Trata-se de um estudo transversal de base populacional, desenvolvido em amostra de indivíduos não institucionalizados, residentes em área urbana no município de Campinas, estado de São Paulo. Os dados são provenientes do inquérito de saúde - ISACAMP, realizado no município de Campinas, no ano de 2008, pelo Centro Colaborador em Análise de Situação de Saúde – CCAS do Departamento de Saúde Coletiva da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas – UNICAMP.

Campinas é um município no estado de São Paulo, localizado no noroeste da capital do estado. Ocupa uma área de 794,433 quilômetros quadrados, sendo que 238,323 quilômetros quadrados estão em perímetro urbano e os 556,111 quilômetros quadrados restantes constituem a zona rural. Em 2013, sua população foi estimada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística em 1.144 862 habitantes, sendo que, nesse ano, era o terceiro município mais populoso de São Paulo e o 14º de todo o país (www.ibge.gov.br).

Os indivíduos foram selecionados por meio de amostragem probabilística, por conglomerados e em dois estágios, considerando-se os setores censitários como unidade primária. Assim, no primeiro estágio, 50 setores censitários foram sorteados com probabilidade proporcional ao tamanho, referente ao número de domicílios do setor. Os setores foram ordenados de acordo com a escolaridade do responsável pelo domicílio

(percentual de responsáveis com nível universitário). No segundo estágio, os domicílios foram selecionados por sorteio sistemático, aplicado às relações de domicílios com endereços atualizados que haviam sido elaboradas para cada um dos setores sorteados.

O número de pessoas para compor a amostra foi obtido considerando-se a situação correspondente à máxima variabilidade para a frequência dos eventos estudados ($P = 0,50$), coeficiente de confiança de 95% na determinação dos intervalos de confiança ($z = 1,96$), erro de amostragem entre 4 e 5 pontos percentuais e efeito de delineamento igual a 2, totalizando 1.000 indivíduos em cada domínio de idade, a saber: adolescentes (10 a 19 anos), adultos (20 a 59 anos) e idosos (60 anos e mais). Esperando-se uma taxa de 80% de resposta, o tamanho da amostra foi corrigido para 1.250 indivíduos por domínio. Para alcançar esse tamanho de amostra em cada domínio de idade, foram selecionados, de forma independente, 2.150, 700 e 3.900 domicílios para adolescentes, adultos e idosos, respectivamente. Em cada domicílio foram entrevistados todos os moradores da faixa etária selecionada para aquele domicílio ⁷. No presente estudo apenas os domínios de adultos e idosos foram analisados.

As informações foram obtidas por meio de entrevistas domiciliares, realizadas por entrevistadores treinados e supervisionados, e respondidas diretamente pelos moradores sorteados. O questionário foi estruturado e organizado em blocos temáticos: condições de vida, estilo de vida, percepção e qualidade de saúde, morbidade crônica referida, uso de serviços de saúde e consumo de medicamentos. Para garantir a qualidade dos dados coletados realizaram-se reentrevistas parciais que incluiu 39 questões, realizadas no domicílio ou por telefone em amostra aleatória de 5% dos participantes, sendo que. Os

dados das reentrevistas não apresentaram diferenças significativas em relação às informações originalmente coletadas.

As variáveis dependentes analisadas no presente estudo foram o conhecimento e a utilização do Programa Farmácia Popular do Brasil (sim ou não), obtidas a partir das seguintes perguntas “*Você conhece o Programa Farmácia Popular?*”. Para os indivíduos que referiram conhecer, era perguntado: “*Você utiliza os medicamentos desse Programa?*”.

Em relação às pessoas que referiram utilizar o PFPB, investigou-se a opinião do entrevistado sobre os medicamentos ofertados pelo Programa por meio da pergunta: “*O que você acha dos medicamentos do Programa Farmácia Popular?*”. As alternativas possíveis eram: 1. *Não existem vantagens*, 2. *Não são bons como os de marca*, 3. *São mais baratos*; 4. *Número de opções aumenta*; 5. *Outros, especificar*.

As variáveis independentes analisadas foram:

Demográficas: sexo (feminino e masculino); idade (20-29, 30-39, 40-49, 50-59, 60-69, 70 anos ou mais); situação conjugal (casado/unido, solteiro/separado e viúvo); cor da pele autorreferida (branca, não-branca).

Socioeconômicas: escolaridade (0 a 4 anos de estudo, 5 a 8 anos, 9 a 11 anos, 12 anos ou mais), filiação ou não a plano médico de saúde e renda familiar per capita (≤ 1 , >1 a ≤ 3 , >3 a ≤ 4 , >4 a ≤ 5 , >5 salários mínimos), com os seguintes valores para o salário mínimo vigente à época da pesquisa: janeiro a abril/2008 = R\$ 415,00; maio/2008 a abril/2009 = R\$ 450,00.

Condições de saúde e características relacionadas ao uso de serviços de saúde: morbidade referida nos 15 dias anteriores à aplicação do questionário, presença de doença crônica, número de doenças crônicas entre as listadas em check list (hipertensão, diabetes, doença

do coração, tumor/câncer, reumatismo/artrite/artrose, osteoporose, asma/bronquite/enfisema, tendinite/LER, DORT, problemas de circulação), hospitalização no último ano, procura por serviço de saúde nos últimos 15 dias e número de medicamentos usados nos últimos 3 dias.

A associação entre as variáveis dependentes e independentes selecionadas foi verificada pelo teste do qui-quadrado com nível de significância de 5%. Estimaram-se prevalências e razões de prevalência (RP) ajustadas por sexo e idade, e os respectivos intervalos de confiança de 95% (IC 95%), por meio de regressão de Poisson⁸.

As entrevistas foram digitadas em banco de dados desenvolvido com o uso do EpiData 3.1. Eram selecionados ao acaso 5% dos formulários digitados para checagem da correção da digitação. Para as análises dos dados empregou-se o programa Stata 11.0, com utilização dos comandos *svy* que permitem incorporar, na análise, as ponderações e a informação sobre as unidades primárias da amostragem, considerando todos os aspectos da amostragem complexa⁹.

O peso final atribuído a cada indivíduo entrevistado resultou da multiplicação do peso do delineamento, do peso da não-resposta e do peso da pós-estratificação, considerando-se a distribuição segundo sexo e faixas etárias (10-19, 20-39, 40-59, 60 anos e mais) da Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados (FSEADE - 2007).

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas, em adendo ao parecer nº 079/2007.

RESULTADOS

O estudo abrangeu 2.461 indivíduos, de 20 anos ou mais, dos quais 32,8% (IC 95%: 27,5 – 38,1) referiram conhecer o Programa Farmácia Popular do Brasil e destes, 33,6% (IC 95%: 26,1- 41,2) referiram haver utilizado medicamentos do Programa. Em relação ao total da população entrevistada, o percentual que referiu ter utilizado medicamentos do PFPB foi de 11,0% (IC 95%: 8,2 – 14,7).

Na Tabela 1, após o ajuste por idade e sexo, prevalências significativamente superiores de conhecimento do PFPB foram verificadas no sexo feminino, nas idades de 30 anos ou mais, nos segmentos com escolaridade igual ou superior a 5 anos de estudo e naqueles com renda familiar *per capita* maior que 4 salários mínimos.

Tabela 1. Prevalência e razão de prevalência do conhecimento do Programa Farmácia Popular do Brasil, segundo variáveis demográficas e socioeconômicas. Campinas, 2008. (n= 2461)

Variável	N	Prevalência de conhecer (%)	*Valor de p	RP _{ajustada} (IC _{95%})
Sexo	2461	32,8	0,0028	
Masculino	1055	28,5		1
Feminino	1406	36,8		1,27 (1,08 - 1,49)
Idade (anos)			<0,001	
20 a 29	305	25,5		1
30 a 59	648	34,7		1,34 (1,11 - 1,61)
60 a 69	817	43,2		1,66 (1,35 - 2,05)
70 ou mais	691	33,3		1,27 (1,00 - 1,60)
Situação Conjugal			0,027	
Solteiro/Separado	560	29,0		1
Casado/Unido	1436	34,1		1,10 (0,92 - 1,33)
Viúvo	465	41,2		1,00 (0,73 - 1,38)
Escolaridade (anos de estudo)			0,182	
0 a 4	1125	29,0		1
5 a 8	406	32,5		1,46 (1,17 - 1,81)
9 ou mais	929	34,5		1,63 (1,30 - 2,05)
Cor da pele			0,061	
Branca	1844	34,8		1
Não-branca	613	27,5		0,81 (0,63 - 1,04)
Renda mensal per capita (salários mínimos)			0,026	
≤ 1	1012	28,3		1
>1 a ≤3	990	33,0		1,18 (0,93 - 1,50)
>3 a ≤4	167	36,0		1,29 (0,88 - 1,88)
>4 a ≤5	106	42,2		1,48 (1,03 - 2,14)
>5	186	46,2		1,62 (1,25 - 2,10)
Plano de Saúde			0,217	
Não possui	1336	31,0		1
Possui	1122	35,1		1,11 (0,91 - 1,35)

n: Número de indivíduos na amostra não ponderada.

*Valor de p do teste qui-quadrado.

RP: Razão de prevalência ajustada por sexo e idade.

Quanto a condições de saúde e uso de serviços de saúde e de medicamentos, a prevalência de conhecimento do PFPB, após ajuste, mostrou-se significativamente maior nos casos em que os entrevistados haviam utilizado 4 ou mais medicamentos (Tabela 2).

Tabela 2. Prevalência e razão de prevalência do conhecimento do Programa Farmácia Popular do Brasil, segundo condições de saúde, uso de serviços de saúde e número de medicamentos. Campinas, 2008. (n= 2461)

Variável	n	Prevalência de conhecer (%)	*Valor de p	RP _{ajustada} (IC _{95%})
Doença Crônica			0,008	
0	875	31,7		1
1	581	28,3		0,82 (0,66 - 1,01)
≥2	973	40,6		1,02 (0,81 - 1,29)
Presença de morbidade nos últimos 15 dias			0,651	
Não	1.893	32,5		1
Sim	566	34,3		1,00 (0,80 - 1,24)
Procura de serviço de saúde nas últimas duas semanas			0,336	
Não	1.906	32,2		1
Sim	555	35,7		1,05 (0,85 - 1,29)
Hospitalização no último ano			0,153	
Não	2.157	32,3		1
Sim	304	37,5		1,10 (0,90 - 1,33)
Número de medicamentos utilizados nos últimos 3 dias anteriores à entrevista			0,001	
0	739	30,1		1
1	563	28,0		0,88 (0,70 - 1,11)
2	397	36,9		1,10 (0,85 - 1,43)
3	255	43,5		1,26 (0,97 - 1,65)
≥ 4	507	47,6		1,30 (1,02 - 1,67)

n: Número de indivíduos na amostra não ponderada.

* Valor de p do teste qui-quadrado.

RP: Razão de prevalência ajustada por sexo e idade.

Os dados da Tabela 3 apresentam a prevalência de indivíduos que referiram utilizar medicamentos do Programa Farmácia Popular do Brasil, dentre os que referiram conhecer o Programa, segundo variáveis demográficas e socioeconômicas. Observa-se prevalência de uso significativamente maior, após ajuste por idade e sexo, no segmento com idade igual ou superior a 70 anos e naqueles não filiados a plano médico de saúde.

Tabela 3. Prevalência e razão de prevalência do uso de medicamento do Programa Farmácia Popular do Brasil, entre os que referiram conhecer o programa, segundo variáveis demográficas e socioeconômicas. Campinas, 2008. (n= 887)

Variável	N	Prevalência de uso (%)	*Valor de p	RP _{ajustada} (IC _{95%})
Sexo				
Masculino	348	28,4	0,057	1
Feminino	539	37,4		1,32 (0,98 - 1,78)
Idade (anos)				
20 a 29	78	31,2	0,024	1
30 a 59	227	31,1		0,99 (0,67 - 1,47)
60 a 69	351	38,9		1,25 (0,86 - 1,81)
70 ou mais	231	53,4		1,68 (1,20 - 2,37)
Situação Conjugal				
Solteiro/Separado	176	23,4	0,047	1
Casado/Unido	533	37,3		1,56 (0,93 - 2,61)
Viúvo	178	42,9		1,41 (0,76 - 2,61)
Escolaridade (anos de estudo)				
0 a 4	388	46,7	0,024	1
5 a 8	151	32,2		0,78 (0,54 - 1,12)
9 a 11	157	34,4		0,86 (0,61 - 1,22)
12 ou mais	190	26,0		0,65 (0,40 - 1,07)
Cor da pele				
Branca	691	33,0	0,628	1
Não-Branca	195	36,0		1,13 (0,79 - 1,63)
Renda per capita (salários mínimos)				
≤ 1	318	35,4	0,352	1
>1 a ≤3	369	35,2		0,97 (0,65 - 1,44)
>3 a ≤4	70	29,7		0,85 (0,49 - 1,45)
>4 a ≤5	41	43,3		1,24 (0,73 - 2,10)
>5	89	20,3		0,58 (0,26 - 1,28)
Plano de Saúde				
Não possui	436	38,5	0,055	1
Possui	451	28,4		0,71 (0,53 - 0,96)

n: Número de indivíduos na amostra não ponderada que referiram conhecer o PFPB.

*Valor de p do teste qui-quadrado.

RP: Razão de prevalência ajustada por sexo e idade.

SM: Em salários-mínimos.

Na Tabela 4, após ajuste, não foi verificada associação estatisticamente significativa em relação às condições de saúde, uso de serviços de saúde e número de medicamentos do PFPB utilizados nos últimos 3 dias.

Tabela 4. Prevalência e razão de prevalência do uso de medicamentos do Programa Farmácia Popular do Brasil (PFPB), segundo condições de saúde, uso de serviços de saúde e número de medicamentos utilizados. Campinas, 2008. (n= 887)

Variável	n	Prevalência de uso (%)	*Valor de p	RP _{ajustada} (IC _{95%})
Doença crônica			0,271	
0	275	31,0		1
1	192	33,9		1,00 (0,66 - 1,51)
≥2	404	39,9		1,02 (0,69 - 1,50)
Presença de morbidade nos últimos 15 dias			0,241	
Não	667	32,3		1
Sim	220	38,9		1,13 (0,84 - 1,53)
Procura de serviço de saúde nas últimas duas semanas			0,648	
Não	654	34,3		1
Sim	233	31,2		0,83 (0,56 - 1,24)
Hospitalização no último ano			0,067	
Não	761	32,7		1
Sim	126	41,5		1,18 (0,92 - 1,50)
Número de medicamentos utilizados nos 3 dias anteriores à entrevista			0,581	
0	218	32,1		1
1	185	30,4		0,84 (0,55 - 1,30)
2	156	35,5		0,94 (0,59 - 1,50)
3	105	32,0		0,80 (0,44 - 1,43)
4	82	46,6		1,15 (0,67 - 1,96)
5 ou mais	141	42,1		0,94 (0,53- 1,68)

n: Número de indivíduos na amostra não ponderada que referiram conhecer o PFPB.

*Valor de p do teste qui-quadrado.

RP: Razão de prevalência ajustada por sexo e idade.

A população investigada também foi inquirida a respeito das modalidades do Programa Farmácia Popular do Brasil que conhecia à época da pesquisa. Assim, foi possível verificar que 47% conheciam a modalidade do programa *Aqui tem Farmácia Popular*, 27% conheciam o *Programa Farmácia Popular Rede Própria* e 26% afirmaram não conhecer a existência de mais de uma modalidade do Programa.

Em relação às pessoas que referiram utilizar o Programa, investigou-se sua opinião sobre os medicamentos ofertados, e a referência de que os medicamentos do PFPB “*não são bons como os de marca*” apresentou a maior frequência percentual observada.

DISCUSSÃO

Os resultados do presente estudo apontaram os segmentos populacionais que mais conheciam o Programa Farmácia Popular do Brasil, no município de Campinas, no ano de 2008: as mulheres; os indivíduos com 30 ou mais anos de idade e, em especial, com idades entre 60 a 69 anos; pessoas que referiram renda familiar *per capita* acima de 4 salários-mínimos; pessoas com escolaridade de 5 ou mais anos de estudo; e aqueles que usavam quatro ou mais medicamentos nos três dias anteriores à entrevista. Entre os que utilizaram os medicamentos do Programa, verificou-se maior prevalência nos indivíduos acima de 70 anos e entre os que não possuíam plano de saúde.

Desde a promulgação da Política Nacional de Assistência Farmacêutica, em 2004, o Estado brasileiro vem implantando várias estratégias relativas às políticas públicas de Assistência Farmacêutica, com o objetivo de promover o acesso de medicamentos à população. Resultados de estudos de abrangência nacional realizados a partir da

implementação do Programa em 2004 indicaram que uma parcela da população atendida no SUS tem adquirido medicamentos também por intermédio do Programa Farmácia Popular do Brasil^{10,11}, uma vez que o mesmo não representa barreiras de acesso à população demandatária, atendendo prescrições oriundas tanto do setor público quanto do setor privado¹⁰.

Um dos pressupostos do PFPB consiste na diminuição dos gastos com medicamentos, que podem representar, no orçamento familiar dos setores economicamente menos favorecidos da população, a maior parte dos gastos privados em saúde¹². No presente estudo, a maior prevalência em relação ao conhecimento do Programa, observada no segmento com maior poder aquisitivo e escolaridade, sugere que esses estratos sociais possuam condições mais favoráveis para acessar o PFPB, devido à possibilidade de pagar pelos medicamentos, além de usufruírem, eventualmente, de maior acesso à informação sobre o Programa ou ao estabelecimento fornecedor do medicamento. Estudos sobre o copagamento indicam que os usuários não se importam em pagar por um serviço ou por um medicamento, desde que garantam o acesso aos mesmos¹³.

Na identificação do perfil da população que detém conhecimento a respeito do PFPB, as mulheres se apresentaram como o segmento com maior proporção de conhecimento, conforme exposto. A literatura indica a existência, entre as mulheres, de maior prevalência de doenças crônicas e de maior percepção quanto a sintomas e sinais físicos das doenças, devido ao conhecimento adquirido no desempenho do papel social de cuidadora da família¹⁴. Esse perfil, que condiz com uso mais frequente de serviços de saúde, pode favorecer um maior conhecimento dos programas de saúde que são desenvolvidos, dentre os quais o PFPB.

Em relação à idade, verificou-se gradiente positivo com aumento da prevalência do conhecimento Programa até os 69 anos, com posterior diminuição, embora sem significância estatística nas idades mais avançadas. Com o aumento da idade e correspondente aumento da prevalência das doenças crônicas, a frequência aos serviços de saúde e o interesse pelas questões de saúde e de medicamentos apresentam tendências ao crescimento. Por outro lado, o declínio da prevalência do conhecimento, embora sem significância estatística, a respeito do Programa Farmácia Popular do Brasil, observado entre os mais idosos, poderia corresponder ao aumento do percentual de indivíduos que, com a progressão da idade, passam a ter, gradativamente, sua autonomia comprometida, sendo cuidados por outros familiares ou por cuidadores.

Os resultados relacionados ao conhecimento do Programa, tais como o maior conhecimento do programa entre os idosos e pessoas com escolaridade acima de 5 anos de estudo, indicam a pertinência em desenvolver amplas estratégias de informação em saúde para diferentes segmentos da sociedade; os resultados sugerem também que tais estratégias sejam fundamentais para capilarizar as políticas públicas de saúde e de medicamentos para o conjunto da sociedade. Essas estratégias devem levar em consideração o público-alvo das políticas, as dificuldades de acesso aos veículos de comunicação, a linguagem, o gênero, a idade e o nível de escolaridade, dentre outros aspectos.

Nas sociedades contemporâneas, o acesso aos medicamentos representa um atributo essencial da inclusão social, dos direitos sociais e do direito social à saúde. No campo da saúde, o acesso ao medicamento se insere como componente da busca da qualidade dos serviços e da consolidação do sistema de saúde¹⁵, uma vez que a utilização da terapêutica

medicamentosa pode ser decisiva para a recuperação da saúde e para o controle e prevenção de doenças.

No presente estudo, após ajuste por idade, não foi observada diferença na prevalência de utilização de medicamentos do Programa segundo o sexo. No entanto, diversos estudos de base populacional têm evidenciado um maior consumo de medicamentos entre as mulheres, e tem sido observado um consumo crescente com o aumento da idade e com o aumento do número de doenças crônicas^{16,17}.

Embora os resultados apontem para uma tendência de maior uso de medicamentos do PFPB nos segmentos de menor renda e escolaridade, as diferenças não se mostraram estatisticamente significantes: as prevalências são elevadas para todas as categorias consideradas neste estudo, apontando que o Programa Farmácia Popular do Brasil tende a cobrir os diferentes segmentos sociais da população.

Nesse aspecto, cabe retomar a reflexão a respeito do pressuposto inicial do Programa, no qual era previsto o atendimento de parcelas da população que apresentavam dificuldades financeiras em assumir o pagamento integral do medicamento. Porém para o município de Campinas, em 2008, observou-se tendência à utilização de medicamentos do Programa, prioritariamente, por parte dos grupos menos favorecidos economicamente. Esse resultado poderia ser atribuído a uma possível descontinuidade no suprimento de medicamentos nas farmácias da rede pública de saúde, ou a outros fatores intervenientes no processo de acesso ao medicamento pelos segmentos de menor renda.

Estudo sugere que a procura pelas farmácias do Programa deve-se à pronta disponibilidade dos medicamentos e ao baixo tempo de espera para o atendimento¹⁰. Nesse sentido, é preciso priorizar a qualificação da gestão da Assistência Farmacêutica na atenção

básica, de modo que a população usuária do SUS tenha acesso aos medicamentos no momento, quantidade e qualidade necessários, e disponha também da oferta de serviços clínicos que propiciem o uso racional de medicamento, por meio de um atendimento humanizado e integral.

Como esperado, os resultados do estudo apontaram que o conhecimento e a utilização do Programa foram significativamente maiores entre os indivíduos que utilizavam maior número de medicamentos.

O segmento que referiu não possuir filiação a nenhum plano de saúde privado apresentou maior prevalência de utilização dos medicamentos do Programa Farmácia Popular do Brasil, o que indica que o Programa esteja atingindo no municípios de Campinas especialmente os segmentos socialmente atendidos pelo SUS.

O Programa tem por diretriz o atendimento de pessoas usuárias ou não de serviços públicos de saúde, buscando proporcionar a diminuição do impacto dos gastos com medicamentos no orçamento familiar³. Segunda Trevisan e Junqueira¹⁸, o impacto da modalidade do Programa “*Aqui tem Farmácia Popular*” implicou avanço no consumo de medicamentos entre as classes C e D.

Na literatura nacional é relatado que problemas financeiros representam a principal dificuldade para adquirir medicamentos, sendo esses problemas menos frequentes entre indivíduos que possuem plano de saúde privado. No estudo de Lima-Costa e colaboradores (2002), foi observado que os indivíduos que possuem plano de saúde privado utilizaram maior número de medicamentos, por terem acesso a um maior número de prescritores, e também por apresentarem melhor condição econômica¹⁷.

A partir da implantação do Programa Farmácia Popular do Brasil, várias medidas e estratégias foram introduzidas no mesmo, conforme já exposto, e o elenco de medicamentos foi progressivamente ampliado, na perspectiva de adequar o Programa ao perfil de saúde da população brasileira¹⁹. Verificou-se que a população referiu maior conhecimento da modalidade do Programa Farmácia Popular do Brasil denominada “*Aqui tem Farmácia Popular*”, em comparação com o “*Programa Farmácia Popular Rede Própria*”, mesmo considerando que, na época da realização do estudo, aquela modalidade ainda era incipiente no país, contando com 10.790 farmácias credenciadas e 79 no município de Campinas²⁰.

Em outubro de 2013, o modelo “*Aqui tem Farmácia Popular*” estava presente em mais de 23.100 farmácias, segundo dados oficiais divulgados então pelo órgão federal de saúde. Alguns estudos apontam a expansão do Programa Farmácia Popular do Brasil, por meio do credenciamento de farmácias privadas, como uma inovação no campo da saúde²¹, medida que teria contribuído para o atendimento da população, em relação ao acesso aos medicamentos prescritos e para a redução dos gastos individuais e familiares com a saúde¹⁵.

No tocante à opinião quanto aos medicamentos ofertados pelo Programa Farmácia Popular do Brasil, os entrevistados referiram, em maior proporção, não considerar os medicamentos do Programa bons como os de marca. Nesse Programa, observa-se a maior frequência nas vendas de medicamentos genéricos, em relação aos demais tipos de medicamentos do mercado farmacêutico. Um estudo realizado na Região Norte brasileira apontou que a população investigada afirmava ser o medicamento genérico “mais fraco” que o produto de referência²². Outro estudo internacional, realizado na área central de Wisconsin, EUA, apontou que entre 14,0 a 53,0% dos pacientes relataram que os

medicamentos genéricos são mais arriscados do que os de marca, variando o percentual de acordo com a patologia²³. No entanto, estudo de base populacional, realizado no sul do país²⁴, revelou que 70,0% dos indivíduos consideraram a qualidade dos medicamentos genéricos equivalente aos de marca. Esses dados indicam a necessidade de redefinição das estratégias de disseminação das políticas de saúde e de maior esclarecimento de tais políticas para a população brasileira.

Em alguns estudos brasileiros, foi analisado o desempenho dos modelos do Programa Farmácia Popular do Brasil, quanto à disponibilidade, preço e custo dos medicamentos^{10,11}. Santos-Pinto (2010)²⁵ estima que o Programa venha atingindo seu objetivo de ampliação do acesso, sendo uma forma inovadora de provisão no que diz respeito ao objetivo de se constituir em alternativa de acesso aos medicamentos. Inocêncio (2011)¹⁵ afirma que o Programa pode ser considerado eficaz, dentro da sua abrangência. Pereira (2013)²⁶ avaliou o papel da Farmácia Popular e sua relação com o Complexo Econômico-Industrial da Saúde e os programas estratégicos do Governo Federal, apontando que a ampliação do PFPB está cobrindo regiões importantes do país, atendendo um maior número de pessoas em municípios com menor renda *per capita* e regiões com maior vulnerabilidade.

No presente estudo, as informações foram referidas pelos adultos e, podem ter sido influenciadas pelo recordatório em relação às questões investigadas. Os estudos transversais se caracterizam pelo levantamento de informações num único momento em uma área limitada e possibilitam a descrição de características para uma população específica em determinada época, como a realizada em Campinas em 2008, cujos dados foram considerados no presente estudo. Ressalta-se que não foi identificado, na literatura

nacional, estudo de base populacional a respeito do perfil da população que conhece e utiliza o Programa Farmácia Popular do Brasil.

Um dos aspectos que deve ser considerado na presente investigação consiste em que o inquérito ISACAMP foi aplicado no início da implantação do Programa, com o propósito de possibilitar futuros estudos de comparação em períodos distintos. Assim, à época da realização desse inquérito, o objeto estudado, o Programa Farmácia Popular do Brasil, encontrava-se em fase inicial de expansão da modalidade “*Aqui tem Farmácia Popular*”, sendo que na modalidade “*Programa Farmácia Popular Rede Própria*” existiam apenas 2 farmácias no município, ou seja, o conhecimento da população do município a respeito desse programa de saúde era recente e a utilização dos medicamentos, incipiente. Pelas razões expostas, não existiam parâmetros anteriores a essa pesquisa para balizar o conhecimento e a utilização dos medicamentos do PFPB, e as perguntas elaboradas pelos pesquisadores foram inéditas.

No campo da saúde, uma importante ferramenta para a definição precisa de segmentos populacionais demandatários, como também das necessidades de saúde mais expressivas da população, consiste nos inquéritos populacionais de saúde²⁷, amplamente utilizados na avaliação do padrão e utilização de serviços, na caracterização das iniquidades em saúde, no planejamento de políticas públicas e na avaliação de seus resultados^{27,28}. A possibilidade de compor séries históricas dos fenômenos observados, a partir da realização de estudos subsequentes, em caráter sistemático, apresenta-se como característica inerente às investigações desenvolvidas com o suporte metodológico dessa modalidade de pesquisa.

Nas políticas públicas de saúde e Assistência Farmacêutica implantadas, os inquéritos possibilitam avaliar o grau de sucesso alcançado pelas mesmas, por meio da

identificação de grupos sociais excluídos ou pouco atingidos, no sentido de subsidiar o processo de formulação e reformulação de políticas públicas da área farmacêutica. Por meio desses inquéritos, torna-se possível gerar um conjunto de informações não coletadas em registros contínuos, e obter indicadores para avaliação do desempenho do sistema de saúde, tais como o acesso, a utilização e o grau de satisfação do usuário dos serviços como também para nortear políticas de investimento público em saúde com base em redução de gastos e desperdícios de recursos^{27,28,29}.

O Estado brasileiro instituiu, na área farmacêutica do setor saúde do país, um inquérito nacional para avaliar o acesso, a utilização e a promoção do uso racional de medicamentos por parte da população brasileira, como também a efetivação das políticas públicas de medicamentos e de Assistência Farmacêutica na atenção básica, a Pesquisa Nacional sobre Acesso, Utilização e Promoção do Uso Racional de Medicamentos – PNAUM³⁰. Por meio dessa pesquisa, será possível identificar, em âmbito nacional, as prevalências de acesso a medicamentos por diferentes fontes de obtenção, entre as quais as farmácias credenciadas ao Programa Farmácia Popular do Brasil. A realização de inquéritos periódicos numa mesma população, como vem acontecendo em Campinas permitirá, à política pública de Assistência Farmacêutica vigente no município, análises das tendências e comparação dos dados locais com os nacionais, a exemplo da PNAUM, no que se refere ao Programa Farmácia Popular do Brasil, dentre outras dimensões da política municipal a serem investigadas.

A falta de outros inquéritos domiciliares, relativos ao conhecimento e utilização do Programa Farmácia Popular do Brasil, representou um elemento de dificuldade em termos de favorecer análises comparativas do presente estudo, realizado em âmbito municipal, com

outros municípios e regiões do país. No entanto, diante da importância do tema e da necessidade de melhorar a sua compreensão, estudos similares podem ser utilizados para o monitoramento das políticas de Assistência Farmacêutica vigentes no território brasileiro, visando favorecer um melhor direcionamento das ações na área, a ampliação e a qualificação do acesso a medicamentos, no sentido de contribuir para a melhoria das condições de saúde e qualidade de vida da população de usuários de medicamentos do país.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Medicamentos. Brasília: Ministério da Saúde; 2001. (Série C. Projetos, Programas e Relatórios, n. 25).
2. Brasil. Ministério da Saúde. Resolução nº. 338, de 2004, do Conselho Nacional de Saúde. Aprova a Política Nacional de Assistência Farmacêutica e estabelece seus princípios gerais e eixos estratégicos. Diário Oficial da União 2004; 20 mai.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Decreto nº. 5.090, de 2004. Regulamenta a Lei 10.858, de 20 de maio de 2004, e institui o programa “Farmácia Popular do Brasil”, e dá outras providências. Diário Oficial da União 2004; 21 mai.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. Programa Farmácia Popular do Brasil: manual básico. 1ª ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde; 2005. (Série A – Normas e Manuais Técnicos).
5. Brasil. Lei nº 10.858, de 13 de abril de 2004. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/lei%2010858farmaciapopular.pdf> (acessado 27/Mar/2013).

6. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº. 491, de 9 de março de 2006. Dispõe sobre a expansão do Programa “Farmácia Popular do Brasil”. Diário Oficial da União 2006; 10 mar.
7. Alves MCGP. ISA-Campinas 2008/09: plano de amostragem. Disponível em: http://www.fcm.unicamp.br/centros/ccas/arquivos/plano_de_amostragem.pdf. (acessado 17/Fev/2013).
8. Barros AJ, Hirakata VN. Alternatives for logistic regression in cross-sectional studies: an empirical comparison of models that directly estimate the prevalence ratio. BMC Med Res Methodol 2003; 3:21.
9. Kish L. Survey sampling. New York: John Wiley and Sons; 1965.
10. Santos-Pinto CDB, Costa NR, Osorio-de-Castro CGS. Quem acessa o Programa Farmácia Popular do Brasil? Aspectos do fornecimento público de medicamentos. Ciênc. saúde coletiva 2011; 16(6):2963-2973.
11. Machado CV, Baptista TWF, Nogueira CO. Políticas de saúde no Brasil nos anos 2000: a agenda federal de prioridades. Cad Saúde Pública 2011; 27(3):521-532.
12. Boing AC; Bertoldi AD; Peres KG. Desigualdades socioeconômicas nos gastos e comprometimento da renda com medicamentos no Sul do Brasil. Rev. Saúde Pública 2011; 45(5):897-905.
13. Knippenberg R, Alihonou E, Soucat A, Oyegbite K, Calivis M, Hopwood I, Niimi R, Diallo MP, Conde M, Ofosu-Amaah S. Implementation of the Bamako Initiative: strategies in Benin and Guinea. Int J Health Plann and Manag 1997; 12(Suppl.1):29-47.

14. Barros MBA, Francisco PMSB, Zanchetta LM, César CLG. Tendências das desigualdades sociais e demográficas na prevalência de doenças crônicas no Brasil, PNAD: 2003-2008. *Ciênc. saúde coletiva* 2011; 16(9):3755-3768.
15. Inocência M, Vivo B. Acesso a medicamentos: análise das estratégias do Estado para o desenvolvimento do Programa Farmácia Popular. *Cadernos Gestão Pública e Cidadania* 2011;16(59):1-21.
16. Costa KS, Barros MBA, Francisco PMSB, César CLG, Goldbaum M, Carandina L. Utilização de medicamentos e fatores associados: um estudo de base populacional no Município de Campinas, São Paulo, Brasil. *Cad Saúde Pública* 2011; 27(4):649-58.
17. Lima-Costa MFF, Guerra HL, Firmo JOA, Vidigal PG, Uchoa E, Barreto SM. The Bambuí Health and Aging Study (BHAS): private health plan and medical care utilization by older adults. *Cad Saúde Pública* 2002; 18(1):177-86.
18. Trevisan L, Junqueira LAP. Gestão em rede do SUS e a nova política de produção de medicamentos. *Saúde e sociedade* 2010; 19(3):638-652.
19. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº. 3.219, de 20 de outubro de 2010. Amplia a cobertura do Programa Farmácia Popular do Brasil – Aqui Tem Farmácia Popular. *Diário Oficial da União* 2010; 21 out.
20. Brasil. Ministério da Saúde. Portal da Saúde. Sala de Apoio à Gestão Estratégica. Disponível em: <http://189.28.128.178/sage/> (acessado 23/Set/2013).
21. Machado CV, Baptista TWF, Nogueira CO. Políticas de saúde no Brasil nos anos 2000: a agenda federal de prioridades. *Cad. Saúde Pública* 2011; 27(3):521-532.

22. Faria MAS, Tavares-Neto J. Conhecimento popular sobre medicamento genérico em um Distrito Docente-Assistencial do Município de Rio Branco, Estado do Acre, Brasil. *Epidemiol. Serv. Saúde* 2006; 15(3):37-45.
23. Ganther JM, Kreling DH. Consumer perceptions of risk and required cost savings for generic pre-scripted drugs. *J Am Pharm Assoc* 2000; 40:378-83.
24. Bertoldi AD, Barros AJD, Hallal PC. Generic drugs in Brazil: known by many, used by few. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 6, Dec. 2005.
25. Santos-Pinto CDB; Miranda ES; Emmerick ICM; Costa NR; Osório-de-Castro CGS. Preços e disponibilidade de medicamentos no Programa Farmácia Popular do Brasil. *Rev. Saúde Pública* 2010; 44(4):611-619.
26. Pereira, MA. Programa Farmácia Popular no Brasil: uma análise sobre sua relação com o Complexo Econômico-Industrial da Saúde e os programas estratégicos do Governo Federal [dissertação]. Rio de Janeiro (RJ): Escola Nacional de Saúde Pública – Fundação Oswaldo Cruz; 2013.
27. Viacava F. Informações em saúde: a importância dos inquéritos populacionais. *Ciênc. Saúde Coletiva* 2002; 7(4):607-21.
28. Barros MBA. Inquéritos domiciliares de saúde: potencialidades e desafios. *Rev Bras Epidemiol* 2008; 11 Suppl 1:6-19.
29. Szwarcwald CL, Mendonça MHM, Andrade CLT. Indicadores de atenção básica em quatro municípios do Estado do Rio de Janeiro, 2005: resultados de inquérito domiciliar de base populacional. *Ciênc. Saúde Coletiva* 2006; 11(3):643-55.
30. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.077, de 17 de setembro de 2012. Institui a Pesquisa Nacional sobre Acesso, Utilização e Promoção do Uso Racional de

Medicamentos no Brasil (PNAUM). Disponível em:

http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt2077_17_09_2012.html

(acessado 27/Set.2013).

4.3. 3º ARTIGO

**Acesso a medicamentos e fontes de obtenção: um estudo de base populacional
no município de Campinas, São Paulo, Brasil**

Access to medicines and sources of obtaining: a population-based study in Campinas, São
Paulo, Brazil

Karen Sarmiento Costa^{1,2}, Priscila Maria S. Bergamo Francisco¹, Marilisa Berti de Azevedo Barros¹

¹ Departamento de Saúde Coletiva. Faculdade de Ciências Médicas. Universidade Estadual de Campinas – UNICAMP.

² Coordenação-Geral de Assistência Farmacêutica Básica. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Ministério da Saúde. Brasília, DF, Brasil.

Financiamento: Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq; processo nº. 409747/2006-8)

COLABORADORES

K. S. Costa participou da concepção e delineamento do estudo, análise e interpretação dos dados, redação e revisão crítica relevante do conteúdo intelectual do manuscrito e aprovação final da versão a ser publicada. M. B. A. Barros participou da concepção e delineamento do estudo, análise e interpretação dos dados e aprovação final da versão a ser publicada. P. M. S. B. Francisco participou da análise e interpretação dos dados.

AGRADECIMENTOS

Ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq Processo no 409747/2006-8) pelo apoio financeiro ao trabalho de campo do ISACAMP. À Secretaria Municipal de Saúde de Campinas e à Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde pelo apoio financeiro à realização do inquérito. À FAPESP pela bolsa de pós-doutorado de PMSB Francisco e ao CNPq pelo financiamento do projeto de pesquisa (Processo nº 409747/2006-8) e pela bolsa de produtividade de MBA Barros.

Título corrido: *Acesso a medicamentos no SUS-Campinas.*

RESUMO

Objetivo: Analisar o acesso a medicamentos segundo a fonte de obtenção e estimar a prevalência de acesso no Sistema Único de Saúde – SUS pela população adulta e idosa de Campinas. **Método:** Estudo transversal de base populacional, com amostra por conglomerados, em dois estágios, em Campinas/SP, 2008. **-Resultados:** A prevalência de uso de ao menos um medicamento, nos 3 dias prévios foi de 57,2%; nesse grupo, a prevalência de acesso a todos os medicamentos no SUS foi de 30%. Cerca de 47,8% dos pacientes que não tinham plano de saúde precisaram desembolsar para adquirir os medicamentos e 10,9% dos que possuíam plano de saúde obtiveram os medicamentos que necessitavam no SUS. Utilizaram com maior frequência os medicamentos do SUS os indivíduos com mais idade, os viúvos, pretos/pardos, com menor escolaridade e renda e que não possuíam plano de saúde. Apenas 2,1% da população entrevistada referiu não ter conseguido obter medicamento que lhe havia sido prescrito e os principais motivos foram não ter no sistema público e não ter recurso. **Conclusão:** O estudo identifica os segmentos com maior acesso aos medicamentos do SUS e constata que mesmo esses subgrupos apresentam percentuais relativamente baixos de uso de medicamentos do sistema público.

Palavras-chave: *Assistência Farmacêutica, Uso de medicamentos. Inquéritos Epidemiológicos*

ABSTRACT

Objective: To analyze the access to drugs according to the source for obtaining them and to estimate the prevalence of access through the Brazilian Public Health System – SUS by the adult and elderly population of Campinas. **Method:** A population-based cross-sectional study, with cluster sampling, in two stages, in Campinas/SP, 2008. **Results:** The prevalence of use of at least one drug, during the 3 previous days was 57.2%; of this group, the prevalence of access to all SUS drugs was 30%. Around 47.8% of the individuals that did not have health insurance spent their own money to acquire drugs and 10.9% of those without insurance obtained their drugs at the SUS. Older individuals, widows, blacks/mulattos, people with a less education and salary, and those without health insurance used SUS drugs with a greater frequency. Only 2.1% reported not being able to obtain prescription drugs that were unavailable at the SUS or due to inadequate resources. **Conclusion:** Segments with a greater access to SUS drugs were identified and it was observed that these sub-groups showed relatively low percentages of drug use within the system.

Keywords: *Pharmaceutical Services. Access to medicines. Use of medication. Health Surveys.*

INTRODUÇÃO

O acesso aos medicamentos envolve uma complexa rede de atores públicos e privados e várias combinações de provisão de serviços e de financiamento estatal e privado. Os agentes e agências envolvidos no acesso ao medicamento desempenham diferentes papéis, relacionados ao contexto econômico, político e social e aos modelos e sistemas de saúde dos diferentes países nos quais são fomentadas condições para que tal acesso se efetive. Nesse contexto, o acesso aos medicamentos caracteriza-se como um componente do acesso aos cuidados de saúde e se constitui como prestação de um serviço de saúde, consumado no ato de sua realização¹.

Não existe na literatura um consenso sobre uma definição operacional de acesso a medicamentos, e tampouco sobre um modelo de avaliação conclusivo que permitisse a comparação do desempenho, nesse tema, entre os diferentes países². Segundo a Organização Mundial da Saúde, o acesso aos medicamentos é viabilizado mediante a disponibilidade dos fármacos, a capacidade aquisitiva das pessoas, a acessibilidade geográfica, a sua aceitabilidade e as condições de uso racional, sendo este acesso reconhecido pela Organização das Nações Unidas (ONU) como um dos cinco indicadores selecionados para avaliar os avanços na garantia do direito à saúde³.

Apesar do advento de políticas públicas voltadas a favorecer o acesso em diferentes países, como também da generalização de informações nas sociedades a respeito do tema, o acesso a medicamentos permanece problemático, em escala mundial, para populações pobres e vulneráveis⁴. Nos países periféricos, estima-se que a disponibilidade média de medicamentos seja de 35% em unidades públicas e 66% no setor privado. Em países que

apresentam numeroso contingente populacional com renda baixa e média, verifica-se também a inexistência de sistemas informatizados com capacidade de integrar os dados de saúde relacionados aos medicamentos⁵.

O Estado brasileiro incorporou, dentre seus princípios e diretrizes constitucionais, a garantia da assistência farmacêutica terapêutica integral, a ser concretizada por meio da implantação de políticas, programas e ações relativos ao campo farmacêutico, mediante pactuação com os diferentes gestores do Sistema Único de Saúde (SUS) em âmbito interfederativo. Dentre as políticas nacionais, mencionam-se os seguintes instrumentos do arcabouço institucional que refletem a organização do Estado, em busca de prover o acesso ao medicamento com uso racional: a Política Nacional de Medicamentos – PNM⁶, de 1998; a Lei de Genéricos⁷, de 1999; a Política Nacional de Assistência Farmacêutica – PNAF⁸, de 2004; o Programa Farmácia Popular⁸, de 2004 (Brasil, 2004); e mais recentemente, o Programa Nacional de Qualificação da Assistência Farmacêutica no SUS¹⁰.

Estudos brasileiros têm evidenciado, em geral, maior consumo de medicamentos pelas mulheres^{11,12,13,13}, pelos indivíduos mais idosos^{11,12,14} e com maior número de doenças crônicas^{12,13,15}. As pesquisas evidenciam também diferenças de consumo segundo o nível socioeconômico^{9,11,13} e segundo raça/cor de pele^{11,15}. As pesquisas epidemiológicas brasileiras que abordam o acesso e uso de medicamentos ainda são escassas e utilizam diferentes métodos e populações alvo o que dificulta a comparação de seus resultados e a avaliação de impactos dos novos direcionamentos dados para as políticas farmacêuticas do país^{13,14}.

Considerando que os inquéritos populacionais são instrumentos valiosos para a obtenção de informações relativas ao acesso e uso de medicamentos¹⁶, e a necessidade de

conhecer melhor o padrão de acesso e as modalidades de obtenção dos medicamentos pelos diferentes segmentos sociais da população, o presente estudo teve o propósito de analisar, com base em pesquisa domiciliar de saúde desenvolvida no município de Campinas/SP, os perfis da população adulta e idosa que utilizou medicamentos e do segmento que teve acesso aos medicamentos do SUS, segundo variáveis demográficas e de saúde.

MÉTODOS

Delineamento e População-Alvo

Trata-se de um estudo transversal de base populacional realizado a partir de 2.476 registros de adultos e idosos (20 anos e mais) não institucionalizados, residentes em área urbana no município de Campinas, com dados coletados no período de 2008 e início de 2009 pelo “Inquérito de Saúde no município de Campinas” (ISACamp), realizado pelo Centro Colaborador em Análise de Situação de Saúde (CCAS) do Departamento de Saúde Coletiva da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP).

Amostragem

A amostra foi obtida por meio de amostragem probabilística, por conglomerados e em dois estágios, considerando os setores censitários como unidade primária. No primeiro estágio, 50 setores censitários foram sorteados com probabilidade proporcional ao tamanho, dado pelo número de domicílios do setor. No segundo estágio, os domicílios foram

selecionados por sorteio sistemático aplicado às relações de domicílios que haviam sido elaboradas para cada um dos setores sorteados.

O número de pessoas para compor a amostra foi obtido considerando-se a situação correspondente à máxima variabilidade para a frequência dos eventos estudados ($P = 0,50$), coeficiente de confiança de 95% na determinação dos intervalos de confiança ($z = 1,96$), erro de amostragem entre 4 e 5 pontos percentuais e efeito de delineamento igual a 2, totalizando 1.000 indivíduos em cada domínio de idade, a saber: adolescentes (10 a 19 anos), adultos (20 a 59 anos) e idosos (60 anos e mais). Esperando-se uma taxa de 80% de resposta, o tamanho da amostra foi corrigido para 1.250 e, para obter esse tamanho de amostra em cada domínio, após atualização em campo dos mapas dos setores sorteados e elaboração da lista de endereços, foram selecionados de forma independente, 2.150, 700 e 3.900 domicílios para adolescentes, adultos e idosos, respectivamente.

Coleta de Dados

A coleta de dados ocorreu nos domicílios, com entrevistas face a face realizadas por entrevistadores treinados e supervisionados, a partir de questionário estruturado, previamente testado em estudo piloto. Em cada domicílio foram entrevistados todos os moradores da faixa etária selecionada para aquele domicílio. No presente estudo, a população analisada correspondeu aos indivíduos com 20 anos ou mais de idade ($n = 2.472$).

Variáveis analisadas no estudo

As variáveis dependentes analisadas no presente estudo foram: a prevalência de uso de ao menos um medicamento nos 3 dias que antecederam a entrevista; a fonte de obtenção dos medicamentos utilizados e a prevalência de obtenção no SUS de todos os medicamentos utilizados. A identificação dos indivíduos que referiram uso de ao menos um medicamento nos três dias, foi investigada pelas perguntas: (1) *Você utilizou algum medicamento nos últimos três dias?* (2) *Quantos medicamentos? Quais?*

A identificação das fontes de obtenção dos medicamentos, dos indivíduos que referiram uso de ao menos um medicamento nos três dias que antecederam a pesquisa (n = 1.732) foi investigada por meio das seguintes perguntas feitas em relação a cada um dos medicamentos consumidos: “*Você pagou pelo remédio?*” As possibilidades de resposta eram: não; sim, parcialmente; sim, integralmente; não sei/não quis responder (NS/NR). Com exceção dos que haviam respondido “sim, integralmente”, os demais respondiam a uma segunda pergunta: “*Quem cobriu os gastos?*” cujas respostas possíveis eram: SUS – centro de saúde; SUS – outro local; Programa Farmácia Popular; Plano individual de saúde; já tinha o medicamento; outro; NS/NR.

Com base nestas duas perguntas foi elaborada a variável *fonte de obtenção* dos medicamentos utilizados, com as categorias: medicamentos obtidos do SUS (não pagou por nenhum dos medicamentos que utilizou e todos foram obtidos no SUS ou no Programa Farmácia Popular); obteve em Farmácias e Drogarias (pagou integralmente por todos os medicamentos que utilizou); formas mistas: os medicamentos que utilizou foram obtidos de fontes diferentes; e demais: pagaram parcialmente pelo(s) medicamento(s), já tinham ou obtiveram de vizinhos, amigos ou instituições.

A variável fonte de obtenção possibilitou elaborar a variável: obteve do SUS todos os medicamentos que utilizou com alternativas: sim e não.

Como variáveis independentes foram consideradas:

Demográficas e socioeconômicas: sexo, faixa etária, situação conjugal, cor da pele/raça autorreferida, escolaridade (em anos de estudo), renda familiar per capita (em salários mínimos) e filiação a plano médico de saúde.

Indicadores de condições de saúde e de uso de serviços de saúde: número de doenças crônicas (considerando-se hipertensão arterial, diabetes, doença cardiovascular, tumor/câncer, reumatismo/artrite/artrose, osteoporose, asma/bronquite/enfisema, tendinite/LER/DORT, problemas circulatórios e outros), número de problemas de saúde (considerando-se dor de cabeça/enxaqueca, dores costas/problemas de coluna, alergia, problema emocional, tontura/vertigem, insônia, problema urinário), morbidade referida nas 2 semanas anteriores à pesquisa, procura por serviço ou profissional de saúde para problemas relacionados à saúde nas duas semanas anteriores à pesquisa e número de medicamentos utilizados nos 3 dias prévios à entrevista.

Na avaliação do não acesso, considerando-se todos os adultos e idosos com indicação médica para uso de algum medicamento nos 15 dias que antecederam a pesquisa, foram estimadas as frequências relativas para os principais motivos relatados e identificados os tipos de medicamentos. Dentre esses motivos, as respostas possíveis eram: Não tinha no sistema público; não tinha recurso; o plano não cobria; não encontrei nas farmácias; outro, especifique; NS/NR.

Análise de dados

Os testes qui-quadrado de Pearson e de tendência linear foram utilizados na análise bivariada, com nível de significância de 5%. A significância do modelo e dos parâmetros referentes às variáveis consideradas foi avaliada pelo teste de Wald. As variáveis que apresentaram valor de $p < 0,20$ foram incluídas na análise multivariada, realizada pela regressão de Poisson¹⁷ obedecendo ao seguinte modelo hierárquico: na primeira etapa foram incluídas as características sociodemográficas associadas ao acesso total aos medicamentos utilizados no SUS e, na segunda etapa, além das variáveis pertencentes ao primeiro bloco que mantiveram significância após ajuste pelas demais variáveis do mesmo nível hierárquico, foram acrescentadas as que se referiam às condições de saúde e uso de serviços de saúde. No modelo final restaram aquelas que apresentaram um valor de $p < 0,05$, quando ajustadas pelas variáveis do nível superior e do mesmo nível. Todas as análises foram realizadas com o programa Stata 11.0 Stata Corp., College Station, Estados Unidos), considerando-se o delineamento amostral complexo¹⁸.

Aspectos éticos

O projeto de pesquisa foi aprovado pela Comissão de Ética da Universidade Estadual de Campinas em adendo ao Parecer N° 079/2007.

RESULTADOS

A prevalência de uso de ao menos um medicamento, nos três dias que antecederam a pesquisa entre adultos e idosos residentes em Campinas, foi de 57,2% (IC_{95%}: 53,7 – 60,8).

As características sócio demográficas e de saúde da população estudada, bem como as prevalências de uso de medicamentos e as razões de prevalências, encontram-se na Tabela 1. A população estudada é composta predominantemente por mulheres, indivíduos entre 30 a 59 anos, casados/unidos e que referiram cor de pele branca; a distribuição da população segundo indicadores sociais e posse de plano de saúde, assim como as prevalências de morbidades estão apresentadas na referida Tabela.

A prevalência do uso de medicamentos, após ajuste por idade e sexo, revelou-se crescente com o aumento da idade e com o aumento do número de doenças crônicas, e apresentou-se significativamente superior nas mulheres, nos indivíduos que referiram morbidade nas duas últimas semanas e nos que procuraram serviços de saúde também nas duas últimas semanas (Tabela 1). Observou-se para todas as doenças/condições crônicas e problemas de saúde, prevalência de uso de medicamentos superior a 63%, apresentando os pacientes com diabetes, hipertensão arterial, reumatismo/artrite/artrose e osteoporose uso superior a 90%.

Tabela 1. Distribuição da amostra e prevalência de uso de medicamentos segundo variáveis sociodemográficas e de saúde. Campinas, 2008.

Variáveis	Amostra		Prevalência de uso	*Valor de p	RP _{ajustada} (IC _{95%})
	n	%	%		
Sexo				<0,001	
Masculino	1.064	47,8	45,4		1
Feminino	1.412	52,3	68		1,45 (1,31 – 1,61)
Total	2.476	100,0	57,2		
Idade				<0,001	
20 a 29	305	27,2	44,2		1
30 a 59	652	56,7	57		1,26 (1,07 – 1,47)
60 a 69	820	8,7	75,5		1,66 (1,44 – 1,90)
70 ou mais	699	7,4	86,1		1,85 (1,61 – 2,14)
Situação Conjugal				<0,001	
Casado/Unido	568	61,0	59,2		1
Solteiro/Separado	1.441	33,1	49,3		0,93 (0,81 – 1,04)
Viúvo	467	5,9	81,9		0,88 (0,76 – 1,00)
Cor				0,158	
Branca	1.854	73,9	58,6		1
Não-branca	618	26,1	53,5		0,95 (0,83 – 1,08)
Escolaridade				<0,001	
0 a 4	1.135	22,7	71,5		1
5 a 8	408	22,0	54,9		0,98 (0,85 – 1,12)
9 a 11	436	26,8	53		1,02 (0,86 – 1,21)
12 e mais	496	28,6	51,8		0,96 (0,83 – 1,10)
Renda mensal per capita (SM)				0,300	
≤ 1	1.020	40,5	55		1
>1 a ≤3	997	39,7	59,8		1,10 (0,99 – 1,23)
>3	459	19,7	56,8		1,03 (0,91 – 1,16)
Plano de Saúde				0,084	
Não possui	1.347	44,7	60,2		1
Possui	1.126	55,3	54,8		0,93 (0,84 – 1,04)
Nº de doenças crônicas				<0,001	
Nenhuma	883	56,3	38,9		1
Uma	582	24,0	69,7		1,70 (1,47 – 1,97)
Duas ou mais	979	19,7	92,4		2,06 (1,80 – 2,36)
Relato das seguintes doenças/ condições crônicas¹					
Hipertensão arterial	957	20,4	92,8	<0,001	1,63 (1,50 – 1,78)

Diabetes	370	6,7	97	<0,001	1,41 (1,31 – 1,51)
Doença cardiovascular	303	5,8	84,8	<0,001	1,20 (1,10 – 1,32)
Reumatismo/artrite/artrose	435	7,2	93	<0,001	1,22 (1,13 – 1,31)
Osteoporose	241	3,2	92,57	<0,001	1,07 (0,97 – 1,18)
Asma/bronquite/enfisema	126	3,8	76,2	<0,001	1,20 (1,04 – 1,37)
Problemas circulatórios	492	11,7	82,52	<0,001	1,18 (1,00 – 1,28)
Problemas de saúde (queixas)					
Dor de cabeça frequente/enxaqueca	563	26,8	69,7	<0,001	1,30 (1,19 – 1,43)
Dor nas costas/problemas de coluna	970	33,2	70,3	<0,001	1,23 (1,12 – 1,36)
Alergia	587	26,8	63	0,008	1,13 (1,02 – 1,26)
Problema emocional	527	19,3	81,3	<0,001	1,39 (1,26 – 1,55)
Tontura/vertigem	383	10,7	82,7	<0,001	1,29 (1,17 – 1,42)
Insônia	494	16,1	80,6	<0,001	1,30 (1,17 – 1,45)
Problema urinário	190	4,2	84,9	0,003	1,20 (1,01 – 1,41)
Morbidade nos últimos 15 dias				<0,001	
Não	77,08	80,4	51,5		1
Sim	22,92	19,6	81,1		1,45 (1,32 – 1,59)
Procura de serviço de saúde nas últimas duas semanas				<0,001	
Não	77,54	80,6	51,7		1
Sim	22,46	19,4	80,3		1,42 (1,29 – 1,57)

RP: Razão de prevalência ajustada por sexo e idade.

Na população estudada, foi constatado que, entre os indivíduos que haviam consumido medicamentos nos 3 dias prévios a entrevista, 30,0% haviam obtido todos os medicamentos que utilizaram em serviços do SUS, enquanto 63% obtiveram em farmácias e drogarias e 7,0% tiveram fontes diferentes entre os medicamentos de que fizeram uso. A fonte de obtenção do medicamento revelou-se associada com as variáveis: idade, situação conjugal, cor de pele, renda, escolaridade e posse de plano de saúde. Cerca de 47,8% dos pacientes que não tinham plano de saúde precisaram adquirir o medicamento em farmácias e drogarias, arcando com o desembolso; quanto aos pacientes que possuíam planos privados de saúde, 10,9% dos mesmos obtiveram no SUS o medicamento de que necessitavam.

Entre as variáveis relativas às condições de saúde e uso de serviços de saúde observa-se uma elevação da proporção de indivíduos que acessam o SUS para obtenção de medicamentos com o aumento do número de doenças crônicas e de medicamentos utilizados ($p < 0,05$) (Tabela 2). Na avaliação das doenças/condições crônicas referidas específicas, a obtenção dos medicamentos no SUS foi significativamente maior entre hipertensos, diabéticos, indivíduos com doença cardiovascular, osteoporose, reumatismo/artrite/artrose, problemas circulatórios e com problemas emocionais comparativamente aos que não tinham esses problemas.

Tabela 2. Prevalência de acesso aos medicamentos a diferentes fontes de obtenção, segundo variáveis sociodemográficas e de saúde na amostra estudada. Campinas, 2008.

Variável	SUS		D&F/Outros		Mista		*Valor de p
	n	%	n	%	n	%	
Sexo							0,542
Masculino	234	28,0	343	64,4	50	7,5	
Feminino	391	31,2	598	62,2	116	6,6	
Total	625	30,0	941	63,0	166	7,0	
Idade							<0,001
20 a 29	27	19,1	108	79,5	2	1,4	
30 a 59	119	30,8	227	61,8	27	7,4	
60 a 69	243	38,1	313	51,5	66	10,4	
70 ou mais	236	38,5	293	49,9	71	11,6	
Situação Conjugal							0,031
Separado/Solteiro	122	29,9	193	65,0	97	7,4	
Casado/Unido	339	28,4	561	64,1	22	5,1	
Viúvo	164	41,9	187	48,2	47	9,8	
Cor							0,002
Branca	410	26,6	783	66,8	131	6,6	
Não-branca	215	40,8	156	51,1	35	8,1	
Escolaridade							<0,001
0 a 4	448	52,6	356	38,2	101	9,2	
5 a 8	97	36,7	142	58,6	12	4,7	
9 a 11	51	21,0	192	74,4	25	4,6	

Resultados

12 e mais	29	8,4	250	82,8	28	8,8	
Renda mensal per capita (SM)							<0,001
≤ 1	331	40,2	310	53,7	67	6,2	
>1 a ≤3	259	30,4	374	63,4	67	6,1	
> 3	35	8,8	257	80,7	32	10,4	
Plano de Saúde							<0,001
Possui	123	10,9	624	80,2	92	8,9	
Não possui	502	46,9	316	47,8	74	5,3	
Nº de doenças crônicas							<0,001
Nenhuma	61	18,4	255	76,8	16	4,8	
Uma	164	31,3	250	63,0	31	5,8	
Duas ou mais	387	41,4	425	48,7	113	9,9	
Relato das seguintes doenças/ condições crônicas¹							
Hipertensão arterial	435	46,2	378	42,8	111	11,0	<0,001
Diabetes	191	56,7	109	29,3	58	14,0	<0,001
Doença cardiovascular	92	34,9	143	50,0	51	15,1	0,019
Reumatismo/artrite/artrose	130	33,1	203	51,8	69	15,1	0,014
Osteoporose	70	29,3	117	46,1	54	24,7	<0,001
Asma/bronquite/enfisema	37	32,4	53	55,9	17	11,6	0,276
Problemas circulatórios	179	35,9	209	37,5	104	26,6	<0,001
Problemas de saúde (queixas)							
Dor de cabeça frequente/enxaqueca	191	34,7	205	59,8	40	5,6	0,094
Dor nas costas/problemas de coluna	292	33,0	396	58,5	95	8,5	0,094
Alergia	137	28,0	255	63,9	44	8,1	0,536
Problema emocional	153	37,3	250	53,3	64	9,5	0,002
Tontura/vertigem	130	34,8	156	53,6	50	11,6	0,032
Insônia	155	33,2	217	57,8	56	9,0	0,227
Problema urinário	52	57,7	89	57,7	27	12,2	0,324
Morbidade nos últimos 15 dias							0,540
Não	427	29,7	696	63,9	116	6,4	
Sim	198	30,8	244	60,7	50	8,4	
Procura de serviço de saúde nas últimas duas semanas							0,120
Não	439	29,1	705	64,8	105	6,1	
Sim	186	32,4	236	58,2	61	9,4	
Nº de medicamentos utilizados							<0,001
1	141	20,7	397	75,3	27	4,1	
2	164	31,7	221	62,3	15	6,0	
3	130	47,6	112	47,1	15	5,3	
4 ou mais	190	43,8	211	36,6	109	19,6	

¹ Percentual dos que disseram sim (classe de referência: resposta negativa para doença/condição crônica).

A Tabela 3 apresenta a razão de prevalência do acesso a medicamentos do SUS, considerando os indivíduos que obtiveram dos serviços do SUS todos os medicamentos que utilizaram nos 3 dias que antecederam a entrevista. Verifica-se nessa tabela o aumento da prevalência com a idade, maiores prevalências entre os viúvos, nos que referiram cor de pele não-branca e entre que não possuíam plano de saúde e gradiente positivo de aumento da prevalência com a redução da escolaridade e da renda. Também foi observada maior prevalência com o aumento do número de doenças crônicas, entre os hipertensos e diabéticos e nos que referiram uso de 2 ou mais medicamentos.

Tabela 3. Razão de prevalência do acesso aos medicamentos do SUS (todos os utilizados nos 3 dias prévios à entrevista) segundo variáveis sociodemográficas e de saúde. Campinas, 2008.

Variável	RP_{bruta}	Valor de p[*]
Sexo		
Masculino	1	0,271
Feminino	1,11 (0,92 – 1,35)	
Idade		
20 a 29	1	
30 a 59	1,61 (1,13 – 2,31)	0,010
60 a 69	2,00 (1,40 – 2,85)	<0,001
70 ou mais	2,02 (1,35 – 3,02)	0,001
Situação Conjugal		
Separado/Solteiro	1,05 (0,82 – 1,34)	0,674
Casado/Unido	1	
Viúvo	1,47 (1,20 – 1,81)	<0,001
Cor		
Branca	1	
Não-branca	1,54 (1,19 – 1,98)	0,001
Escolaridade		

12 e mais	1	
9 a 11	2,50 (1,56 – 4,00)	<0,001
5 a 8	4,36 (2,50 – 7,61)	<0,001
0 a 4	6,26 (3,98 – 9,82)	<0,001
Renda mensal <i>per capita</i> (SM)		
> 3	1	
>1 a ≤3	3,44 (2,17– 5,46)	<0,001
≤ 1	4,54 (2,90 – 7,11)	<0,001
Plano de Saúde		
Possui	1	
Não possui	4,30 (3,17 – 5,84)	<0,001
Nº de doenças crônicas		
Nenhuma	1	
Uma	1,70 (1,24 – 2,33)	0,001
Duas ou mais	2,25 (1,72 – 2,96)	<0,001
Hipertensão arterial		
	2,10 (1,70 – 2,60)	<0,001
Diabetes		
	2,16 (1,78 – 2,61)	<0,001
Morbidade nos últimos 15 dias		
Não	1	
Sim	1,04 (0,80 – 1,35)	0,776
Procura de serviço de saúde nas últimas duas semanas		
Não	1	0,411
Sim	1,11 (0,86 – 1,45)	
Nº de medicamentos utilizados		
1	1	
2	1,53 (1,19 – 1,99)	0,002
3	2,30 (1,69 – 3,14)	<0,001
4 ou mais	2,12 (1,60 – 2,81)	<0,001

* Teste de Wald.

No modelo de regressão múltipla hierárquica, entre as variáveis sociodemográficas, faixa etária, escolaridade, renda familiar *per capita* e plano de saúde mantiveram-se estatisticamente associadas ao acesso a medicamentos do SUS. No bloco relativo às

condições de saúde, número de doenças crônicas e de medicamentos utilizados estiveram positivamente associados ao acesso a medicamentos pelo SUS quando ajustadas entre si e para as variáveis que persistiram no bloco anterior (Tabela 4).

Tabela 4. Modelo de regressão múltipla do acesso aos medicamentos no Sistema Único de Saúde, segundo variáveis sócio demográficas e de saúde. Campinas, 2008.

Variável	Primeira Etapa			Segunda etapa		
	RP	IC _{95%}	Valor de p	RP	IC _{95%}	Valor de p
Idade						
20 a 29	1			1		
30 a 59	1,36	1,00 – 1,87	0,051	1,11	0,76 – 1,61	0,580
60 a 69	1,42	1,05 – 1,95	0,025	0,95	0,64 – 1,41	0,802
70 ou mais	1,44	1,02 – 2,05	0,040	0,92	0,60 – 1,42	0,707
Não-branca						
Escolaridade						
12 e mais	1			1		
9 a 11	1,71	1,03 – 2,84	0,037	1,64	1,01 – 2,65	0,046
5 a 8	2,24	1,24 – 4,07	0,009	2,12	1,21 – 3,70	0,009
0 a 4	3,01	1,84 – 4,93	< 0,001	2,65	1,61 – 4,36	< 0,001
Renda mensal per capita (SM)						
> 3	1			1		
> 1 a ≤ 3	1,47	0,96 – 2,24	0,073	1,63	1,02 – 2,59	0,041
≤ 1	1,55	1,06 – 2,28	0,024	1,67	1,08 – 2,59	0,022
Plano de Saúde						
Possui	1			1		
Não possui	2,95	2,18 – 3,98	< 0,001	2,95	2,16 – 4,02	0,001
Nº de doenças crônicas						
Nenhuma				1		
Uma				1,39	1,02 – 1,91	0,040
Duas ou mais				1,49	1,08 – 2,05	0,016
Nº de medicamentos utilizados						
1				1		

2	1,43	1,15 – 1,78	0,002
3	1,73	1,33 – 2,24	< 0,001
4 ou mais	1,77	1,32 – 2,37	< 0,001

Na população adulta e idosa pesquisada em Campinas apenas 2,1% (IC_{95%}: 1,3 – 3,0) referiu não ter conseguido obter algum medicamento prescrito por médico, nos 15 dias anteriores à pesquisa. Os principais motivos relatados para a falta de acesso foram: “não tinha no sistema público” (42,5%) e “não tinha recurso” (35,9%). Dentre os tipos de medicamentos não acessados foram observadas maiores frequências nos grupo de medicamentos para o sistema cardiovascular (15 medicamentos) e do trato alimentar (3 medicamentos).

DISCUSSÃO

A prevalência de uso de medicamentos pela população de 20 anos ou mais, nos 3 dias prévios à realização do estudo no município de Campinas, foi de 57,2%. Outro estudo, realizado no município de Campinas em 2001/2002, havia encontrado uma prevalência de 48,5% na população com 18 anos ou mais¹⁴. A ampliação de consumo verificada entre as duas pesquisas, questão que não é objeto do presente estudo, poderia decorrer de aumento de necessidades percebidas ou de ampliação do acesso a atenção médica, a métodos diagnóstico e a assistência farmacêutica básica.

A etapa brasileira da Pesquisa Mundial de Saúde (PMS)¹⁹, realizada em 2003, na qual observou-se, na população acima de 18 anos, que referiram uso de algum medicamentos nas duas semanas prévias à entrevista e que mantiveram medicamentos em casa, quase metade dessa população referiu o uso (49%).

No entanto, outros estudos apresentaram prevalências de acesso superiores ao encontrado no município de Campinas, a exemplo de estudo realizado na cidade de Florianópolis, entre agosto de 2009 a janeiro de 2010, no qual foi verificado uma prevalência de acesso a medicamentos, por parte da população acima de 20 anos de idade em 30 dias prévios à entrevista, de 76,5%²⁰. Em estudos internacionais têm sido observadas prevalências de uso de medicamentos que variam entre 36,8% a 67,4%²¹. A variabilidade de resultados pode decorrer do segmento etário estudado, do tipo de medicamento investigado, de diferenças metodológicas, dos períodos recordatórios e das políticas farmacêuticas vigentes²².

Os fatores significativamente associados ao maior uso de medicamentos, verificados no presente estudo, apresentaram similaridades com outros estudos realizados no país:

maior frequência de uso de medicamentos entre mulheres^{11,12,13,14} entre indivíduos mais idosos^{11,12,14,20,21} em pessoas com maior número de doenças crônicas^{12,15,19,22} em indivíduos que referiram morbidade e que procuraram serviços de saúde nas duas últimas semanas^{12,13}. As mulheres demonstram maior preocupação com a saúde e procuram com maior frequência os serviços de saúde, sendo que esses possuem programas de saúde voltados, prioritariamente, à saúde da mulher. As outras associações observadas são resultados esperados, uma vez que indivíduos acometidos por maior número de doenças crônicas, e também com o avanço da idade, procuram mais frequentemente os serviços de saúde, condição que tende a exercer influência no uso de medicamentos.

Observou-se que a significativa maior utilização de medicamentos entre indivíduos menos escolarizados, comparados aos de maior escolaridade não é comum na literatura. Em geral, os estudos farmacoepidemiológicos apontam maior prevalência de uso de medicamentos entre pessoas mais escolarizadas^{11,23}. No entanto, o estudo da PNAD-2008²² apontou maior utilização de medicamentos entre indivíduos com até 4 anos de escolaridade, com uma frequência de 46,7%, inferior à frequência encontrada no presente estudo que foi de 71,5%.

As prevalências de uso de medicamentos apresentaram patamares elevados nos indivíduos que relataram a presença de doenças crônicas. Considerando que, para o conjunto dessas condições, a utilização de medicamentos é fundamental para o alcance dos resultados terapêuticos, torna-se imprescindível garantir o acesso aos medicamentos e às orientações para o uso adequado por meio de serviços clínicos integrados.

Dentre os entrevistados no município de Campinas que referiram utilizar medicamentos nos 3 dias prévios à entrevista, 30% obteve todos os medicamentos que

utilizou por meio do Sistema Único de Saúde, frequência inferior ao dado nacional encontrado por meio da PNAD-2008, que foi de 45,3% ²² considerando o uso nas duas semanas anteriores à entrevista. Mesmo no contingente da população de Campinas que não tem plano de saúde, o percentual de medicamentos obtido no SUS atingiu apenas 46,5%. Esse dado aponta que a maior parte da população de Campinas teve que arcar com os custos dos medicamentos que utilizou, mesmo num contexto em que políticas e programas implementados pelo Estado buscam garantir o acesso universal aos medicamentos incorporados na Relação Nacional de Medicamentos Essenciais.

Dentre as dimensões específicas do acesso, a saber: a disponibilidade física do produto, a acessibilidade, a acessibilidade geográfica e a aceitabilidade ou satisfação¹, considera-se a disponibilidade física do produto como fundamental para garantir o direito constitucional a saúde e ao acesso ao medicamento.

No presente estudo foi identificado que, dentre os indivíduos que referiram utilizar medicamentos nos 3 dias prévios à entrevista e que o obtiveram por meio do SUS (30%), a maior frequência foi observada entre aqueles com mais idade, os viúvos, entre os não brancos, naqueles com menor escolaridade e menor renda familiar *per capita* e entre os que não possuíam plano médico de saúde. Dados semelhantes foram verificados em estudo em âmbito nacional, realizado com dados provenientes da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios – PNAD 2008, no qual pouco menos da metade da população que teve os medicamentos prescritos nas últimas duas semanas obteve os mesmos no Sistema Público de Saúde, tendo ocorrido as maiores frequências entre os indivíduos de cor de pele preta, com menor escolaridade e menor renda, e entre aqueles que referiram residir em domicílios cadastrados na Estratégia Saúde da Família²².

Um aspecto a ser ressaltado consiste em que para parcela expressiva de segmentos da população de menor renda, a obtenção gratuita de medicamentos nos serviços públicos de saúde apresenta-se, frequentemente, como a única opção de acesso aos medicamentos¹³. Dessa maneira, a gestão e estruturação da assistência farmacêutica na atenção básica necessita ser constante e sistematicamente revista na agenda dos gestores de saúde, de forma a evitar ocorrências de ausência dos medicamentos nos pontos de atenção da rede de saúde.

O percentual elevado do segmento de baixa escolaridade e sem plano de saúde que precisa comprar o medicamento que utiliza é relevante, uma vez que os gastos com medicamentos contribuem de forma decisiva para o gasto total com saúde das unidades familiares do país, e ademais, apresentam tendência ao aumento, no decorrer do tempo²⁴. Entre os setores mais pobres da população, o gasto com medicamentos representa a maior parcela dos gastos privados em saúde, e o peso dos medicamentos, no total dos gastos em saúde, se dá de maneira inversamente proporcional à renda, conforme revisão de literatura em 54 países de baixa renda^{22,25}.

Verificou-se que o percentual da população estudada em Campinas em 2008-2009 que não conseguiu obter os medicamentos prescritos foi bastante reduzido (2,1%), em comparação com os dados da Pesquisa Mundial de Saúde de 2003 (13%), o que poderia sugerir que a população adulta e idosa de Campinas teria encontrado condições favoráveis no sentido de garantir o acesso ao conjunto dos medicamentos prescritos, no período estudado, mesmo sem obtê-los junto ao SUS.

O presente estudo possibilitou identificar que, entre os motivos relatados para a não obtenção dos medicamentos prescritos nos últimos 15 dias, foi observado um percentual

elevado no tocante à ausência do medicamento no sistema público (42,5%). Nesse aspecto, pode-se presumir a ocorrência de distanciamento entre as diretrizes estabelecidas para a assistência farmacêutica na atenção básica e a realidade de municípios brasileiros²⁶, uma vez que a disponibilidade de medicamentos na atenção básica encontra-se estabelecida nos marcos regulatórios de tal política, sendo a provisão dos medicamentos imprescindível à continuidade dos tratamentos terapêuticos dos pacientes.

A Organização Mundial de Saúde estabelece que a disponibilidade de medicamentos essenciais nos serviços de saúde deve ser superior a 80% ²⁷(OMS, 2012). Em estudos realizados em cidades do Sul do Brasil, nos quais foi analisada a disponibilidade dos medicamentos nos serviços públicos de saúde, foram encontrados padrões de disponibilidade de medicamentos superiores ao estabelecido pela OMS²⁴. Em estudo realizado em cinco estados brasileiros²⁸ foi encontrada a disponibilidade de 74% de medicamentos essenciais nos serviços de saúde. A análise da disponibilidade de medicamentos essenciais nas unidades públicas de saúde, em municípios mineiros com baixo índice de desenvolvimento humano, foi objeto de outro estudo, no qual foi identificada a disponibilidade de 46,9% ²⁹.

Uma das limitações do presente trabalho é que por ser um estudo transversal não permite a identificação da relação causa e efeito. Além disso, não existe consenso na literatura, a respeito do período recordatório ideal para investigar o uso de medicamentos por uma população, pois a seleção do período depende dos aspectos que o investigador pretende pesquisar e da capacidade dos indivíduos em se lembrar. Alguns fatores podem influenciar a maior ou menor retenção das informações, com precisão, tais como o aumento da idade, a presença de doenças e o número de medicamentos utilizados no período^{14,30}.

Em que pese a implementação de políticas públicas farmacêuticas no país e a ampliação dos gastos federais com a assistência farmacêutica à população, apontados em diferentes pesquisas³¹, como também o estabelecimento da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (Rename), sistematicamente atualizada, a qual deve nortear os processos de seleção, prescrição e utilização de medicamentos, o resultado do presente estudo alerta para dificuldades encontradas na obtenção gratuita de medicamentos, por parte da população de usuários adultos e idosos, residentes no município de Campinas no período estudado.

Nesse sentido, o presente estudo identificou os segmentos com maior acesso aos medicamentos do SUS e constata que mesmo esses subgrupos apresentam percentuais relativamente baixos de uso de medicamentos do sistema público no município. A partir da realização periódica de inquéritos domiciliares realizados em Campinas, assim como, a investigação em outras localidades do país, os resultados permitirão a identificação e comparação de questões relevantes na área, e podem fornecer uma base adequada para a intervenção nessa política pública de saúde.

REFERÊNCIAS

1. Luiza VL, Bermudez JAZ. Acesso a medicamentos: conceitos e polêmicas. In: Bermudez JAZ; Oliveira MA; Escher A. (Org.). Acesso a medicamentos: derecho fundamental, papel del Estado. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, 2004. p. 45-67.

2. Center for Pharmaceutical Management. Defining and Measuring Access to Essential Drugs, Vaccines, and Health Commodities: Report of the WHO-MSH Consultative Meeting, Ferney-Voltaire, France, December 11–13, 2000. Prepared for the Strategies for Enhancing Access to Medicines Program. Arlington, VA: Management Sciences for Health, 2003. [Acesso em 28 de abr. de 2014.] Disponível em: <http://projects.msh.org/seam/reports/measuring_access_Dec2000.pdf>.
3. Hogerzeil HV, Samons M, Casano JV et al. 2006. Is access to essential medicines as part of the fulfilment of the right to health enforceable through the courts? *Lancet* 368: 305–11.
4. Maryam B; Bart J, Goran T, Richard L, et al. Access to medicines from a health system perspective, *Health Policy Plan.* (2013) 28 (7): 692-704.
5. Cameron A, et al. Medicine prices, availability and affordability in 36 developing and middle-income countries: a secondary analysis. *The Lancet*, v. 373, n. 9659. p. 240-9. 2009.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Medicamentos. Brasília: Ministério da Saúde; 2001. (Série C. Projetos, Programas e Relatórios, n. 25).
7. Brasil. Presidência da República. Lei 9.787, de 10 de fevereiro de 1999. Altera a Lei no 6.360, de 23 de setembro de 1976, que dispõe sobre a vigilância sanitária, estabelece o medicamento genérico, dispõe sobre a utilização de nomes genéricos em produtos farmacêuticos e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, 11 de fevereiro de 1999. [Acesso em 27 de abr. de 2014]. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/19787.htm>.

8. Brasil. Ministério da Saúde. Resolução nº. 338, de 2004, do Conselho Nacional de Saúde. Aprova a Política Nacional de Assistência Farmacêutica e estabelece seus princípios gerais e eixos estratégicos. Diário Oficial da União 2004; 20 mai.
9. Brasil. Presidência da República. Decreto nº. 5.090, de 20 de maio de 2004. Regulamenta a Lei 10.858, de 13 de abril de 2004, e institui o programa “Farmácia Popular do Brasil”, e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 21 de maio de 2004. [Acesso em 27 de abr. de 2014]. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2004/decreto/d5090.htm>.
10. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria 1.214 de 13 de junho de 2012. Institui o Programa Nacional de Qualificação da Assistência Farmacêutica no âmbito do SUS. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF 14 junho 2012.
11. Bertoldi AD, Barros AJD, Hallal PC, Lima RC. Utilização de medicamentos em adultos: prevalência e determinantes individuais. Rev Saúde Pública 2004; 38:228-38.
12. Arrais PSD, Brito LL, Barreto ML, Coelho HLL. Prevalência e fatores determinantes do consumo de medicamentos no Município de Fortaleza, Ceará, Brasil. Cad Saúde Pública 2005; 21(6):1737-46.
13. 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 Saúde Pública 2008; 24:267-80.
14. Costa KS, Barros MBA, Francisco PMSB, César CLG, Goldbaum M, Carandina L. Utilização de medicamentos e fatores associados: um estudo de base populacional

- no Município de Campinas, São Paulo, Brasil. *Cad Saúde Pública* 2011; 27(4):649-58.
15. Aziz MM, Calvo MC, Schneider IJC, Xavier AJ, d'Orsi E. Prevalência e fatores associados ao acesso a medicamentos pela população idosa em uma capital do sul do Brasil: um estudo de base populacional. *Cad Saúde Pública* 2011; 27:1939-50.
 16. Rozenfeld S, Valente J. Estudos de utilização de medicamentos – considerações técnicas sobre coleta e análise de dados. *Epidemiol Serv Saúde* 2004;13:115-23.
 17. Barros AJ, Hirakata VN. Alternatives for logistic regression in cross-sectional studies: an empirical comparison of models that directly estimate the prevalence ratio. *BMC Med Res Methodol* 2003; 3:21.
 18. Kish L. Survey sampling. New York: John Wiley and Sons; 1965.
 19. Carvalho MF, Pascom ARP, Souza-Júnior PRB, Damacena GN, Szwarcwald CL. Utilization of medicines by the Brazilian population, 2003. *Cad Saúde Pública* 2005; 21 Suppl 1:S100-8.
 20. Boing AC; Bertoldi AD; Peres KG. Desigualdades socioeconômicas nos gastos e comprometimento da renda com medicamentos no Sul do Brasil. *Rev. Saúde Pública* 2011; 45(5):897-905.
 21. Hovstadius B, Astrand B, Petersson G. Dispensed drugs and multiple medications in the Swedish population: an individual-based register study. *BMC Clin Pharmacol.* 2009;9:11.
 22. Boing, AC et al. Acesso a medicamentos no setor público: análise de usuários do Sistema Único de Saúde no Brasil. *Cad Saúde Pública* 2013; 29(4):691-701.

23. Ribeiro AQ, Rozenfeld S, Klein CH, César CC, Acurcio FA. Inquérito sobre o uso de medicamentos por idosos aposentados, Belo Horizonte, MG. Rev Saúde Pública 2008; 42:724-32
24. Helfer AP, Camargo AL, Tavares NUL, Kanavos P, Bertoldi AD. Capacidade aquisitiva e disponibilidade de medicamentos para doenças crônicas no setor público. Rev Panam Salud Publica 2012;31(3):225-232.
25. Vialle-Valentin CE, Ross-Degnan D, Ntaganira J, Wagner AK. Medicines coverage an community-based health insurance in low-income countries. Health Res Policy Syst.2008;6:11.
26. Oliveira LCF, Assis MMA, Barboni AR. Assistência Farmacêutica no Sistema Único de Saúde: da Política Nacional de Medicamentos à Atenção Básica à Saúde. Cienc Saude Coletiva. 2010;15(Supl 3):3561-7.
27. World Health Organization – WHO. WHO Policies Strategies on Medicines. Continuity and Change. Implementing the third WHO Medicines Strategy 2008-2013. April 2010. [Acesso em 28 de abr. de 2014]. Disponível em: <<http://apps.who.int/medicinedocs/documents/s16880e/s16880e.pdf>>.
28. Organização Pan-Americana da Saúde. Avaliação da assistência farmacêutica no Brasil: estrutura, processo e resultados. Brasília, DF, 2005. 260 p. [Acesso em 28 de abr. de 2014]. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/avaliacao_assistencia_farmaceutica_estrutura_resultados.pdf>.

29. Guerra Jr. AA, Acúrcio FA, Gomes CAP, Miralles M, Girardi SN, Werneck GAF. Disponibilidade de medicamentos essenciais em duas regiões de Minas Gerais, Brasil. *Rev Panam Salud Pública* 2004; 15:168-75.
30. Bertoldi AD, Barros AJD, Wagner A, Rooss-Degnan D, Hallal PC. A descriptive review of the methodologies used in household surveys on medicine utilization. *BMC Health Serv Res* 2008; 8:222
31. Aures AP, Magalhães LCG, Garcia LP, Santos CF, Almeida RF. Programas de assistência farmacêutica do governo federal: estrutura atual, evolução dos gastos com medicamentos e primeiras evidências de sua eficiência, 2005-2008. Brasília: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada – IPEA; 2011. [Textos para Discussão 1658, agosto de 2011].

5. DISCUSSÃO GERAL

O objetivo da tese consistiu em analisar, por meio de inquéritos de saúde realizados nas capitais do Brasil e no município de Campinas (estado de São Paulo), o acesso aos medicamentos e seu uso pela população brasileira, buscando entendê-los no contexto das políticas públicas de Assistência Farmacêutica no país. Foram realizadas três investigações, descritas a seguir.

O primeiro estudo, realizado com base nos dados do inquérito telefônico (VIGITEL-2011) conduzido nas 27 capitais do país e no Distrito Federal, contemplou o uso de medicamentos por indivíduos hipertensos e diabéticos, com idades de 20 anos ou mais, segundo as fontes de obtenção dos medicamentos: Unidades de Saúde da rede pública (US); farmácias credenciadas ao Programa Farmácia Popular do Brasil – PFPB; drogarias/farmácias do setor privado (D&F) e em outros locais. Os resultados do estudo indicaram que estavam em tratamento medicamentoso 71,8% dos 15.027 hipertensos entrevistados e 78,2% dos 4083 diabéticos. As maiores prevalências de obtenção dos medicamentos, nas Unidades de Saúde, foram observadas nos segmentos com menor escolaridade, nos entrevistados que referiram cor de pele preta ou parda e naqueles que não possuíam plano privado de saúde. Os maiores percentuais de hipertensos e diabéticos que precisaram comprar o medicamento em farmácias e drogarias concentraram-se na região Nordeste, e os menores percentuais foram observados na região Sudeste.

No segundo estudo, desenvolvido com dados do inquérito domiciliar de saúde de Campinas (ISACamp 2008), foram analisadas as prevalências e os fatores associados ao conhecimento e utilização do Programa Farmácia Popular do Brasil – PFPB, segundo o perfil socioeconômico e de saúde de adultos residentes no município de Campinas, SP. O estudo apontou que aproximadamente 1/3 dos entrevistados conhecia o PFPB, sendo que

este conhecimento era significativamente maior entre mulheres, indivíduos acima de 30 anos, com maiores níveis de renda e escolaridade e nos que usavam 4 ou mais medicamentos. Entre os que conheciam o programa, 33,62% haviam utilizado os medicamentos ofertados, com maior prevalência de uso entre mulheres, indivíduos acima de 70 anos e naqueles que não possuíam plano de saúde. O conhecimento do programa, no momento em que a pesquisa foi realizada, não era muito difundido e os próximos inquéritos possibilitarão monitorar os avanços no conhecimento e no uso dos medicamentos PFPB.

No terceiro estudo, realizado junto à população adulta e idosa do município de Campinas, SP, por meio de dados do ISACamp 2008, foi analisada a prevalência de uso de medicamentos e de acesso a diferentes fontes de obtenção, segundo características sociodemográficas, de condições de saúde e de uso de serviços de saúde, além das ocorrências e motivos para o não acesso a medicamentos prescritos nos 15 dias prévios à entrevista. A prevalência de uso de, ao menos um medicamento, nos três dias que antecederam a pesquisa, foi de 57,2%, sendo que destes, 30% havia obtido do Sistema Único de Saúde todos os medicamentos que consumira. Cerca de 47,8% dos pacientes que não tinham plano de saúde precisaram desembolsar para adquirir os medicamentos que utilizaram, e 10,9% dos indivíduos que possuíam plano de saúde obtiveram os medicamentos que necessitavam no SUS. Apenas 2,1% da população entrevistada referiu não ter utilizado medicamento indicado pelo médico, nos 15 dias anteriores à pesquisa, e os principais motivos relatados foram: “não tinha no sistema público” (42,5%) e “não tinha recurso” (35,9%).

Destacaram-se, nas três investigações, os inquéritos populacionais – inquéritos domiciliares (face a face) e inquéritos telefônicos – e sua contribuição significativa na

elaboração de estudos e análises sobre saúde e Assistência Farmacêutica, junto a grupos populacionais e regiões do país, com ênfase na temática do acesso, uso e fontes de obtenção de medicamentos por parte da população. A potencialidade e a relevância de inquéritos populacionais para o monitoramento da influência e impacto da política pública de Assistência Farmacêutica no país também ficam constatadas.

Ficaram evidentes, nos três estudos, as relações potenciais entre os inúmeros usos da epidemiologia e os processos de formulação, implantação, consolidação e avaliação de políticas públicas, como também a perspectiva da epidemiologia como potencialmente geradora de conhecimentos a serem incorporados nas políticas de promoção e proteção da saúde, de modo a contribuir para a efetivação do Sistema Único de Saúde, ainda que seja considerado o aspecto determinante representado pela característica da intersetorialidade, inerente à concepção e ao advento do modelo SUS. Ou seja, o conjunto das políticas públicas e sociais em desenvolvimento no país repercutem, de modo direto, no processo de efetivação das políticas e programas de saúde, como também de Assistência Farmacêutica, sendo que estes últimos não se resolvem por si só, e prescindem de políticas públicas de emprego, renda, educação, alimentação e nutrição, qualidade do ambiente e outras. Apenas políticas intersetoriais, de cunho abrangente, terão possibilidade de produzir impactar efetivos na qualidade de vida dos cidadãos, e por conseguinte, na sua saúde (Escorel, 2013). Por outro lado, a construção desse conjunto de políticas públicas se vincula à perspectiva da sociedade brasileira inserir a saúde acima de outras racionalidades (Campos, 2007), de aprofundar e democratizar o modelo de gestão pública, de reconstruir alianças democráticas na sociedade e no Estado (Fleury, 2007), de conjugar pluralidades de vozes e ações em uma

sociedade democrática (Paim, 2013), conforme demonstram vários autores em análises sobre o SUS, na literatura consultada.

Como a abordagem dos estudos epidemiológicos em políticas públicas constitui tema bastante vasto e com interações variadas, diversos autores destacam a pertinência de captar a contribuição de aspectos mais focalizados da conjugação entre estudos epidemiológicos e políticas públicas de saúde, de modo a enfocar a melhoria das condições de saúde de grupos populacionais no país.

Na discussão dos três estudos contidos nesta tese, foram observadas algumas dificuldades em termos da possível identificação de maior número de pesquisas, com abrangência nacional, os quais apontassem em direção a padrões de métodos, favoráveis ao desenvolvimento de análises comparativas e cotejos diversificados, em termos das temáticas abordadas, seja quanto aos diferentes grupos populacionais, faixas etárias, períodos recordatórios seja no tocante às regiões brasileiras. A identificação de maior número de investigações, com esse perfil, poderia representar subsídios à avaliação de tendências e dimensões a respeito do acesso e uso de medicamentos, por parte de diferentes grupos populacionais e regiões do território brasileiro, como também em termos das dimensões das políticas de Assistência Farmacêutica voltadas ao atendimento de tais demandas.

Destacou-se ainda a demanda, por meio do Estado, de um inquérito amplo, de porte nacional, com abrangência às cinco regiões brasileiras, a respeito da temática das políticas públicas relativas à Assistência Farmacêutica e seus vários desdobramentos, com o propósito de possibilitar avaliações nacionais e cotejos com estudos regionais e mais localizados. Nesse aspecto, os inquéritos locais realizados em diferentes regiões do país,

alguns dos quais foram debatidos na presente tese, subsidiaram o processo de formulação de uma pesquisa nacional – Pesquisa Nacional sobre Acesso, Utilização e Promoção do Uso Racional de Medicamentos (PNAUM), instituída pelo Ministério da Saúde por meio da Portaria nº 2077 de 17 de setembro de 2012 com coleta de dados iniciada em setembro de 2013.

Os resultados dos estudos desenvolvidos nesta tese sinalizam a importância da realização de inquéritos periódicos que possibilitem monitorar tendências dos padrões de acesso aos medicamentos pela população brasileira. Este monitoramento pode trazer subsídios imprescindíveis para favorecer a promoção do uso racional de medicamentos e de maior equidade no acesso.

6. CONCLUSÃO GERAL

Nas sociedades contemporâneas, o acesso aos medicamentos representa um atributo essencial da inclusão social, dos direitos sociais e do direito social à saúde. A utilização da terapêutica medicamentosa pode ser decisiva para a recuperação da saúde e para o controle e prevenção de doenças, razão pela qual, no campo da saúde, o acesso ao medicamento se insere como componente da busca da qualidade dos serviços e da consolidação do sistema de saúde.

Entretanto, em termos do acesso a diferentes fontes de obtenção de medicamentos, alguns resultados evidenciaram a existência de disparidades entre as capitais e regiões do país e entre segmentos sociais da população, sendo que, em regiões de menor desenvolvimento econômico e com maiores parcelas de população socialmente vulnerável, pacientes portadores de hipertensão e diabetes precisaram arcar com os custos dos medicamentos para o controle desses agravos.

Os resultados dos três estudos sinalizaram a pertinência em desenvolver pesquisas e análises, com triplo objetivo: compreender as disparidades existentes no acesso ao medicamento, seja entre regiões do país, seja entre diferentes segmentos da população brasileira; identificar barreiras que se interpõem no acesso da população ao medicamento, em especial para os grupos de maior vulnerabilidade social; e conhecer questões relevantes de saúde no campo da Assistência Farmacêutica, tais como avaliar o conhecimento e o uso de novos programas que vêm sendo implantados, como o Programa Farmácia Popular no Brasil.

Os estudos apontaram ainda necessidade de desenvolver pesquisas no tocante à organização de serviços públicos de saúde e Assistência Farmacêutica, nas várias regiões do país.

A partir dos resultados das três pesquisas, e conforme demonstrado também na literatura consultada sobre o tema, tornou-se evidente que os estudos epidemiológicos contêm potencial no sentido de contribuir às políticas de saúde e Assistência Farmacêutica e à efetivação do Sistema Único de Saúde no país, e, portanto, à melhoria do perfil epidemiológico da população brasileira e das suas condições de saúde e qualidade de vida.

O desenvolvimento de pesquisas e análises, como também o monitoramento dos padrões e tendências observados no acesso, uso e fontes de obtenção de medicamentos, nas diferentes regiões brasileiras e nos diversos segmentos da população, poderão contribuir ao redirecionamento das políticas públicas, de modo a favorecer a promoção de ações de saúde e de Assistência Farmacêutica mais equânimes no país.

7.REFERÊNCIAS

1. Acurcio FA. Medicamentos e assistência farmacêutica. Belo Horizonte: Editora Médica; 2003. p. 113-115.
2. Alves MCGP. ISA-Campinas 2008/09:plano de amostragem.[Acesso em 17 de fev.de2013].Disponívelem:<http://www.fcm.unicamp.br/centros/ccas/arquivos/plano_de_amostragem.pdf>.
3. Arrais PSD, Brito LL, Barreto ML, Coelho HLL. Prevalência e fatores determinantes do consumo de medicamentos no Município de Fortaleza, Ceará, Brasil. Cad Saude Pública. 2005; 21(6):1737-46.
4. Aurea AP, Magalhães LCG, Garcia LP, Santos CF, Almeida RF. Programas de assistência farmacêutica do governo federal: estrutura atual, evolução dos gastos com medicamentos e primeiras evidências de sua eficiência, 2005-2008. Brasília: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada – IPEA; 2011. [Textos para Discussão 1658, agosto de 2011].
5. Aziz MM, Calvo MC, Schneider IJC, Xavier AJ, d’Orsi E. Prevalência e fatores associados ao acesso a medicamentos pela população idosa em uma capital do sul do Brasil: um estudo de base populacional. Cad Saude Publica. 2011;27(10):1939-50.
6. Barata, RB. Epidemiologia e políticas públicas. Rev Bras Epidemiol. 2013;16(1):3-17.
7. Barreto ML. Papel da epidemiologia no desenvolvimento do Sistema Único de Saúde no Brasil: histórico, fundamentos e perspectivas. Rev Bras Epidemiol. 2002;5(Supl.1):4-17.

8. Barros AJ, Hirakata VN. Alternatives for logistic regression in cross-sectional studies: an empirical comparison of models that directly estimate the prevalence ratio. *BMC Med Res Methodol.* 2003;3:21. [Acesso em 27 de abr. de 2014]. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC521200/>>.
9. Barros MBA. Inquéritos domiciliares de saúde: potencialidades e desafios. *Rev Bras Epidemiol.* 2008;11(Suppl 1):6-19.
10. Barros MBA, Francisco PMSB, Zanchetta LM, César CLG. Tendências das desigualdades sociais e demográficas na prevalência de doenças crônicas no Brasil, PNAD: 2003-2008. *Cien Saude Colet.* 2011;16(9):3755-3768.
11. Ben AJ, Neumann CR, Mengue SS. Teste de Morisky-Green e Brief Medication Questionnaire para avaliar adesão a medicamentos. *Rev Saude Publica.* 2012;46(2):279-289.
12. Bermudez JAZ, Bonfim JRA (Org.). Medicamentos e a reforma do setor saúde. São Paulo: Hucitec/Sobravime, 1999. 238 p.
13. Bermudez JAZ, Oliveira MA, Escher A. (Org.). Acceso a medicamentos: derecho fundamental, papel del Estado. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, 2004. p. 45-67.
14. Bertoldi AD, Barros AJD, Hallal PC. Generic drugs in Brazil: known by many, used by few. *Cad Saude Publica.* 2005. 21(6):1808-1815.
15. Bertoldi AD, Barros AJD, Hallal PC, Lima RC. Utilização de medicamentos em adultos: prevalência e determinantes individuais. *Rev Saude Publica.* 2004; 38(2):228-38.

16. Bertoldi AD, Barros AJD, Wagner A, Rooss-Degnan D, Hallal PC. A descriptive review of the methodologies used in household surveys on medicine utilization. BMC Health Serv Res. 2008;8:222. [Acesso em 27 de abr. de 2014]. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2584639/?tool=pubmed>>.
17. Bobbio, N. Liberalismo e democracia. 6.^a ed. São Paulo: Brasiliense, 2005.
18. 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.
19. Boing AC, Bertoldi AD, Peres KG. Desigualdades socioeconômicas nos gastos e comprometimento da renda com medicamentos no Sul do Brasil. Rev Saúde Publica. 2011;45(5):897-905.
20. Brasil. Constituição 1988. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília (DF): Senado Federal; 1988.
21. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Medicamentos. Brasília: Ministério da Saúde; 2001. (Série C. Projetos, Programas e Relatórios, n. 25). 40 p.
22. Brasil. Ministério da Saúde. Resolução nº. 338, de 6 de maio de 2004, do Conselho Nacional de Saúde. Aprova a Política Nacional de Assistência Farmacêutica e estabelece seus princípios gerais e eixos estratégicos. Diário Oficial da União, Brasília (DF), 20 de maio de 2004. [Acesso em 27 de abr. de 2014.] Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2004/res0338_06_05_2004.html>.

23. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Da excepcionalidade às linhas de cuidado: o componente especializado da assistência farmacêutica. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. 262 p.
24. Brasil. Presidência da República. Decreto nº. 5.090, de 20 de maio de 2004. Regulamenta a Lei 10.858, de 13 de abril de 2004, e institui o programa “Farmácia Popular do Brasil”, e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 21 de maio de 2004. [Acesso em 27 de abr. de 2014]. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2004/decreto/d5090.htm>.
25. Brasil. Ministério da Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. Programa Farmácia Popular do Brasil: manual básico. 1ª ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde; 2005. (Série A – Normas e Manuais Técnicos). 100 p.
26. Brasil. Presidência da República. Lei nº 10.858, de 13 de abril de 2004. Autoriza a Fundação Oswaldo Cruz – Fiocruz a disponibilizar medicamentos, mediante ressarcimento, e dá outras providências. [Acesso em 27 de abr. de 2014]. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2004/lei/l10.858.htm>.
27. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº. 491, de 9 de março de 2006. Dispõe sobre a expansão do Programa “Farmácia Popular do Brasil”. Diário Oficial da União, Brasília, 20 de março de 2006. [Acesso em 27 de abr. de 2014]. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2006/GM/GM-491.htm>>.
28. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº. 947, de 26 de abril de 2010. Amplia a cobertura do Programa Farmácia Popular do Brasil – Aqui Tem Farmácia Popular.

- Diário Oficial da União, 27 de abril de 2010. [Acesso em 27 de abr. de 2014].
Disponível em:
<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt0947_26_04_2010.html>.
29. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº. 3.219, de 20 de outubro de 2010. Amplia a cobertura do Programa Farmácia Popular do Brasil – Aqui Tem Farmácia Popular. Diário Oficial da União, 21 de outubro de 2010. [Acesso em 27 de abr. de 2014].
Disponível em:
<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt3219_20_10_2010.html>.
30. Brasil. Ministério da Saúde. Extrato de Termo de Acordo Nº 1/2011(*) Espécie: Termo de Acordo nº 01/2011, que entre si celebram a União, por intermédio do Ministério da Saúde, a Fundação Oswaldo Cruz – FIOCRUZ, e as Associações representantes dos Setores Produtivo e Varejista de Medicamentos. Diário Oficial da União 2011, Brasília, DF, 8 de fevereiro de 2011, Seção 3, p. 78.
31. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.554, de 30 de julho de 2013. Dispõe sobre as regras de financiamento e execução do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União, Brasília, DF, 31 de julho de 2013. [Acesso em 27 abr. de 2014].
Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1554_30_07_2013.html
32. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 1.555 de 30 de julho de 2013. Aprova as Normas de Financiamento e Execução do Componente Básico da Assistência Farmacêutica. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 31 de julho de

2013. [Acesso em 27 de abr. de 2014]. Disponível em:
<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1555_30_07_2013.html>.
33. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Plano de ações estratégicas para enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2011. (Série b. Textos Básicos de Saúde). 148 p.
34. Brasil. Presidência da República. Lei 9.787, de 10 de fevereiro de 1999. Altera a Lei no 6.360, de 23 de setembro de 1976, que dispõe sobre a vigilância sanitária, estabelece o medicamento genérico, dispõe sobre a utilização de nomes genéricos em produtos farmacêuticos e dá outras providências. Diário Oficial da União, 11 de fevereiro de 1999. [Acesso em 27 de abr. de 2014]. Disponível em:
<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l9787.htm>.
35. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria 1.214, de 13 de junho de 2012. Institui o Programa Nacional de Qualificação da Assistência Farmacêutica no âmbito do Sistema Único de Saúde (QUALIFAR-SUS). Diário Oficial da União, N.º 114, Seção 1, p. 19, de 14 de junho de 2012. Brasília: 2012. [Acesso em 27 de abr. de 2014].Disponível em:
<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt1214_13_06_2012.html>.
36. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.077, de 17 de setembro de 2012. Institui a Pesquisa Nacional sobre Acesso, Utilização e Promoção do Uso Racional de Medicamentos no Brasil (PNAUM). Diário Oficial da União, N.º 182, Seção I, p. 36, de 19 de setembro de 2012. Brasília: 2012.

37. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Vigitel Brasil 2011: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Brasília: Ministério da Saúde; 2012. (Série G. Estatística e Informação em Saúde). 132 p.
38. Brasil. Ministério da Saúde. Pesquisa Nacional sobre Acesso, Utilização e Promoção do Uso Racional de Medicamentos. Projeto de pesquisa apresentado à Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP. Setembro de 2013.
39. Brasil. Ministério da Saúde. Portal da Saúde. Sala de Apoio à Gestão Estratégica. [Acesso em 23 de set. 2013]. Disponível em: <<http://189.28.128.178/sage/>>.
40. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 4279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). [Acesso em 27 de abr. de 2014]. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html>.
41. Cameron A, Ewen M, Ross-Degnan D, Ball D, Laing R. Medicine prices, availability and affordability in 36 developing and middle-income countries: a secondary analysis. The Lancet. 2009;373(9659):240-9.
42. Campos GSS. Reforma política e sanitária: a sustentabilidade do sus em questão? Cienc Saude Colet. 2007;12(2):301-306.
43. Carvalho MF, Pascom ARP, Souza-Júnior PRB, Damacena GN, Szwarcwald CL. Utilization of medicines by the Brazilian population, 2003. Cad Saude Publica. 2005;21(Suppl.1):S100-8

44. Carvalhaes MABL, Moura EC, Monteiro CA. Prevalência de fatores de risco para doenças crônicas: inquérito populacional mediante entrevistas telefônicas em Botucatu, São Paulo, 2004. *Rev Bras Epidemiol.* 2008;11(1):14-23.
45. Center for Pharmaceutical Management. Defining and Measuring Access to Essential Drugs, Vaccines, and Health Commodities: Report of the WHO-MSH Consultative Meeting, Ferney-Voltaire, France, December 11–13, 2000. Prepared for the Strategies for Enhancing Access to Medicines Program. Arlington, VA: Management Sciences for Health, 2003. [Acesso em 28 de abr. de 2014.] Disponível em: <http://projects.msh.org/seam/reports/measuring_access_Dec2000.pdf>.
46. Centers for Disease Control and Prevention – CDC. BRFSS 2006 – Behavioral Risk Factor Surveillance System Questionnaire – January, 23, 2006. Atlanta, Georgia: U.S. Department of Health and Human Services. Centers for Disease Control and Prevention, 2006. [Acesso em 28 de abr. de 2014]. Disponível em: <http://www.cdc.gov/brfss/annual_data/pdf-ques/2006brfss.pdf>.
47. Cesar CLG, Tanaka OY. Inquérito domiciliar como instrumento de avaliação de serviços de saúde: um estudo de caso na região sudoeste da área metropolitana de São Paulo, 1989-1990. *Cad Saude Publica.* 1996;12(Supl.2):59-70.
48. Cohn A. O estudo das políticas de saúde: implicações e fatos. In: Campos GWS, Minayo MCS, Akerman M, Drummond Júnior M, Carvalho YM (Orgs.). *Tratado de Saúde Coletiva*. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006. p. 219-246.
49. Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde – CNDSS. Relatório Final: As causas sociais das iniquidades em saúde no Brasil. 2008. [Acesso em 20

de out. de 2013]. Disponível em:

<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/causas_sociais_iniquidades.pdf>.

50. Costa KS, Barros MBA, Francisco PMSB, César CLG, Goldbaum M, Carandina L. Utilização de medicamentos e fatores associados: um estudo de base populacional no Município de Campinas, São Paulo, Brasil. *Cad Saude Publica*. 2011;27(4):649-58.
51. Costa KS, Nascimento Jr. JM. HÓRUS: inovação tecnológica na assistência farmacêutica no sistema único de saúde. *Rev Saude Publica*. 2012;46(Supl.1):91-99.
52. Duncan BB, Chor D, Aquino EML, Bensenor IM, Mill JG, Schmidt MI et al. Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: prioridade para enfrentamento e investigação. *Rev Saude Publica*. 2012;46(Supl.1):126-134.
53. Escorel S. Efetivar a reforma sanitária por meio da participação social. *Cad Saude Publica*. 2013;29(10):1938-1940.
54. Faria MAS, Tavares-Neto J. Conhecimento popular sobre medicamento genérico em um Distrito Docente-Assistencial do Município de Rio Branco, Estado do Acre, Brasil. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*. 2006;15(3):37-45.
55. Fleury S. A reforma sanitária e o SUS: questões de sustentabilidade. *Cienc Saude Colet*. 2007;12(2):307-309.
56. Fleury S, Ouverney A. O sistema único de saúde brasileiro: desafios da gestão em rede. *Rev Portuguesa e Brasileira de Gestão*. 2012;11(2-3):74-83.
57. Ganther JM, Kreling DH. Consumer perceptions of risk and required cost savings for generic pre-scripted drugs. *J Am Pharm Assoc*. 2000;40:378-83.

58. Gontijo MF, Ribeiro AQ, Klein CH, Rozenfeld S, Acurcio FA. Uso de anti-hipertensivos e antidiabéticos por idosos: inquérito em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. *Cad Saude Publica*. 2012; 28(7):1337-1346.
59. Goulart, FAA. Doenças crônicas não transmissíveis: estratégias de controle e desafios para o sistema de saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde/Ministério da Saúde; 2011. p. 7.
60. Guerra Jr. AA, Acúrcio FA, Gomes CAP, Miralles M, Girardi SN, Werneck GAF. Disponibilidade de medicamentos essenciais em duas regiões de Minas Gerais, Brasil. *Rev Panam Salud Publica*. 2004;15(3):168-75.
61. Helfer AP, Camargo AL, Tavares NUL, Kanavos P, Bertoldi AD. Capacidade aquisitiva e disponibilidade de medicamentos para doenças crônicas no setor público. *Rev Panam Salud Publica*. 2012;31(3):225-232.
62. Hogerzeil HV, Samson M, Casanovas JV, Rahmani-Ocora. 2006. Is access to essential medicines as part of the fulfilment of the right to health enforceable through the courts? *The Lancet* 2006. 368;9532:305-11.
63. Hovstadius B, Astrand B, Petersson G. Dispensed drugs and multiple medications in the Swedish opulation: an individual-based register study. *BMC Clin Pharmacol*. 2009;9:11. DOI:10.1186/1472-6904-9-11 2009
64. Inocência M, Vivo B. Acesso a medicamentos: análise das estratégias do Estado para o desenvolvimento do Programa Farmácia Popular. *Cadernos Gestão Pública e Cidadania*. 2011;16(59):1-21. [Acesso em 23 de mar. de 2013]. Disponível em: <<http://www.spell.org.br/documentos/ver/2797/acesso-a-medicamentos--analise-das-estrategias>>.

65. Kish L. Survey sampling. New York: John Wiley and Sons; 1965.
66. Knippenberg R, Alihonou E, Soucat A, Oyegbite K, Calivis M, Hopwood I, Nilmi R, Diallo MP, Conde M, Ofosu-Amaah S. Implementation of the Bamako Initiative: strategies in Benin and Guinea. *Int J Health Plann and Manag.* 1997;12(Issue S1):S29-S47.
67. Laporte JR, Tognoni G, Rozenfeld S. Epidemiologia dos medicamentos: Princípios Gerais. São Paulo: Hucitec-Abrasco, 1989. 264p.
68. Leite SN, Vieira M, Veber AP. Estudos de utilização de medicamentos: uma síntese de artigos publicados no Brasil e América Latina. *Cien Sau Colet.* 2008;13(supl.1):793-802.
69. Levy PS, Lemeshow S. Sampling of populations: methods and applications. 4^a ed. New York: Willey, 2008.
70. Lima-Costa MFF, Guerra HL, Firmo JOA, Vidigal PG, Uchoa E, Barreto SM. The Bambuí Health and Aging Study (BHAS): private health plan and medical care utilization by older adults. *Cad Saude Publica* 2002; 18(1):177-86.
71. Lunde, P. K. M. et. al. The Methodology of Drug Utilization Studies. In: *Studies in Drug Utilization*. Edited by Bergman U, Grimson A & Westerholm B. WHO. Regional Publications, European Series, Copenhagen, 1979. No. 8, 17-28.
72. Luiza VL, Bermudez JAZ. Acesso a medicamentos: conceitos e polêmicas. In: Bermudez JAZ; Oliveira MA; Escher A. (Org.). *Acesso a medicamentos: derecho fundamental, papel del Estado*. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, 2004. p. 45-67.

73. Luz MD. Cultura contemporânea e medicinas alternativas: novos paradigmas em saúde no fim do século XX. *Physis*. 2005;15(supl.0):145-176
74. Machado CV, Baptista TWF, Nogueira CO. Políticas de saúde no Brasil nos anos 2000: a agenda federal de prioridades. *Cad Saude Publica*. 2011;27(3):521-532.
75. Malta DC, Silva Junior JB. Brazilian Strategic Action Plan to combat Chronic Non-Communicable Diseases and the global targets set to confront these diseases by 2025: a review. *Epidemiol Serv. Saude*. 2013;22(1):151-164.
76. Marin N, Luiza VL, Osorio-de-Castro CS, Machado-dos-Santos O. (Orgs.). *Assistência Farmacêutica para gerentes municipais*. Rio de Janeiro: OPAS/OMS; 2003. 373 pág.
77. Maryam B, Bart J, Goran T, Richard L, et al. Access to medicines from a health system perspective,1. *Health Policy Plan*. 2013;28(7):692-704.
78. Mendes, EV. As redes de atenção à saúde. *Cien Saude Coletiva*. 2010;15(5):2297-2305.
79. Monteiro CA, Moura EC, Jaime PC, Lucca A, Florindo AA, Figueiredo ICR et al. Monitoramento de fatores de risco para as doenças crônicas por entrevistas telefônicas. *Rev Saude Publica*. 2005;39(1);47-57.
80. Monteiro CA et al. SIMTEL – Cinco cidades: implantação, avaliação e resultados de um sistema municipal de monitoramento de fatores de risco nutricionais para doenças crônicas não transmissíveis a partir de entrevistas telefônicas em cinco municípios brasileiros. São Paulo: Nupens/USP, 2007. [Relatório técnico]. 41 p.

81. Moura EC, Silva SA, Malta DC, Moraes Neto OL. Fatores de risco e proteção para doenças crônicas: vigilância por meio de inquérito telefônico, VIGITEL, Brasil, 2007. *Cad Saude Publica*. 2011;27(3):486-96.
82. Minayo, MCS. O envelhecimento da população brasileira e os desafios para o setor saúde. *Cad Saude Publica*. 2012;28(2):208-210.
83. Noronha JC, Lima LD, Machado CV. O Sistema Único de Saúde – SUS. In: Giovanella L, Escorel S, Lobato LVC, Noronha JC, Carvalho AI. Políticas e sistema de saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ; 2011. p. 435-72.
84. Oliveira LCF, Assis MMA, Barboni AR. Assistência farmacêutica no Sistema Único de Saúde: da Política Nacional de Medicamentos à Atenção Básica à Saúde. *Cien Saude Coletiva*. 2010;15(Supl. 3):3561-7.
85. Organização Pan-Americana da Saúde. Avaliação da Assistência Farmacêutica no Brasil: estrutura, processo e resultados. Brasília, DF, 2005. 260 p.
86. Paim JS. A Constituição Cidadã e os 25 anos do Sistema Único de Saúde (SUS). *Cad Saude Publica*. 2013;29(10):1927-1936.
87. Paim JS, Teixeira CF. Política, planejamento e gestão em saúde: balanço do estado da arte. *Rev Saude Publica*. 2006;40(n.spe):73-78.
88. Paiva CHA, Teixeira LA. Reforma sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde: notas sobre contextos e autores. *Hist. Cienc. Saúde-Manguinhos*. 2014;21(1):15-35.
89. 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; 24:267-80.

90. Pereira, MA. Programa Farmácia Popular no Brasil: uma análise sobre sua relação com o Complexo Econômico-Industrial da Saúde e os programas estratégicos do Governo Federal [dissertação]. Rio de Janeiro (RJ): Escola Nacional de Saúde Pública – Fundação Oswaldo Cruz; 2013.
91. Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento – PNUD. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada – IPEA. Fundação João Pinheiro. Atlas do Desenvolvimento humano no Brasil 2013. [Acesso em 20 out. de 2013] Disponível em: <<http://www.atlasbrasil.org.br/2013>>.
92. Remington PL, Smith MY, Williamson DF, Anda RF, Gentry EM, Hogelin GC. Design, characteristics and usefulness of state-based behavioral risk factor surveillance: 1981-87. Public Health Rep. 1988;103(4):366-375. [Acesso em 30 de abr. de 2014]. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1478092/pdf/pubhealthrep00169-0032.pdf>>.
93. Ribeiro AQ, Rozenfeld S, Klein CH, César CC, Acurcio FA. Inquérito sobre o uso de medicamentos por idosos aposentados, Belo Horizonte, MG. Rev Saude Publica. 2008; 42(4):724-32.
94. Rothman KJ, Greenland S, Lash TL. Epidemiologia Moderna. Porto Alegre: ArtMed, 2011. 3ª ed. 888 pág.
95. Rozenfeld S, Valente J. Estudos de utilização de medicamentos – considerações técnicas sobre coleta e análise de dados. Epidemiol. Serv. Saúde. 2004;13(2):115-23.

96. Santos-Pinto CDB, Costa NR, Osorio-de-Castro CGS. Quem acessa o Programa Farmácia Popular do Brasil? Aspectos do fornecimento público de medicamentos. *Cien Sau Colet.* 2011; 16(6):2963-2973.
97. Sawyer DO, Leite IC, Alexandrino R. Perfis de utilização dos serviços de saúde no Brasil. *Cien Saude Colet.* 2002;7(4):757-776.
98. Szwarcwald CL, Mendonca MHM, Andrade CLT. Indicadores de atenção básica em quatro municípios do Estado do Rio de Janeiro, 2005: resultados de inquérito domiciliar de base populacional. . *Cien Saude Colet.* 2006;11(3):643-55.
99. Trevisan L, Junqueira LAP. Gestão em rede do SUS e a nova política de produção de medicamentos. *Saúde e sociedade.* 2010; 19(3):638-652.
100. Viacava F. Informações em saúde: a importância dos inquéritos populacionais. *Cien Saude Colet.* 2002; 7(4):607-21.
101. Vialle-Valentin CE, Ross-Degnan D, Ntaganira J, Wagner AK. Medicines coverage an community-based health insurance in low-income countries. *Health Res Policy Syst.* 2008 Oct 30;6:11.
102. Vieira FS. Assistência Farmacêutica no sistema público de saúde no Brasil. *Rev Panam Salud Publica.* 2010;27(2):149–56.18.
103. Vieira, F. S. Gasto do Ministério da Saúde com medicamentos: tendência dos programas de 2002 a 2007. *Rev Saude Publica.* 2009;43(4):674.
104. Vosgerau MZS, Soares DA, Souza RKT, Matsuo T, Carvalho GS. Consumo de medicamentos entre adultos na área de abrangência de uma Unidade de Saúde da Família. *Cien Saude Colet.* 2011;16(Supl.1):1629-1638.

105. Wang YR, Alexander GC, Stafford RS. Outpatient hypertension treatment, treatment intensification, and control in Western Europe and the United States. *Arch Intern Med.* 2007;167(2):141-7.
106. Weber, M. Economia e sociedade: fundamentos da sociologia compreensiva. Vol. I. 4.^a ed. Brasília: Universidade de Brasília, 2009.
107. World Health Organization. Summary: surveillance of risk factors for non-communicable diseases. The WHO STEPwise approach. Geneva: World Health Organization; 2001. 11p.
108. World Health Organization. Non communicable diseases country profiles 2011. Geneva: WHO, 2011.
109. World Health Organization – WHO. WHO Policies Strategies on Medicines. Continuity and Change. Implementing the third WHO Medicines Strategy 2008-2013. April 2010. [Acesso em 28 de abr. de 2014]. Disponível em: <<http://apps.who.int/medicinedocs/documents/s16880e/s16880e.pdf>>.

8. *ANEXOS*

7.1. APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA



CEP, 22/10/13.
(PARECER CEP: N° 079/2007)

PARECER

I – IDENTIFICAÇÃO:

PROJETO: “**DETERMINANTES SOCIAIS DO PADRÃO DE MORBIDADE, USO DE SERVIÇOS E COMPORTAMENTOS RELACIONADOS À SAÚDE**”.

PESQUISADOR RESPONSÁVEL: Marilisa Berti de Azevedo Barros

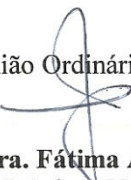
II – PARECER DO CEP

O Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP tomou ciência e aprova o adendo que inclui o subprojeto “**ACESSO E USO DE MEDICAMENTOS: INQUÉRITO DE SAÚDE COMO ESTRATÉGIA PARA AVALIAÇÃO**”, com finalidade de doutorado da aluna Karen sarmento Costa, referente ao protocolo de pesquisa supracitado.

O conteúdo e as conclusões aqui apresentados são de responsabilidade exclusiva do CEP/FCM/UNICAMP e não representam a opinião da Universidade Estadual de Campinas nem a comprometem.

III – DATA DA REUNIÃO.

Homologado na X Reunião Ordinária do CEP/FCM, em 22 de outubro de 2013.

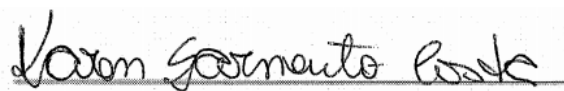

Prof. Dra. Fátima Aparecida Böttcher Luiz
COORDENADORA do COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA
FCM / UNICAMP

7.2. DECLARAÇÃO

DECLARAÇÃO

As cópias de artigos de minha autoria ou de minha co-autoria, já publicados ou submetidos para publicação em revistas científicas ou anais de congressos sujeitos a arbitragem, que constam da minha tese de Doutorado intitulada como: Acesso e uso de medicamentos: inquéritos de saúde como estratégia de avaliação”, não infringem os dispositivos da Lei nº 9.610/98, nem o direito autoral de qualquer editora.

Campinas, 22 de abril de 2014



Autor: Karen Sarmento Costa

RG nº 43. 482. 222-X



Orientador: Prof.^a Dr.^a Marilisa Berti De Azevedo Barros

RG nº 4. 187. 473

7.3. QUESTIONÁRIO DO VIGITEL 2011

QUESTIONÁRIO 2011

MINISTÉRIO DA SAÚDE – SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE

VIGILÂNCIA DE FATORES DE RISCO E PROTEÇÃO PARA DOENÇAS CRÔNICAS
NÃO-TRANSMISSÍVEIS POR ENTREVISTAS TELEFÔNICAS – VIGITEL – 2011

Disque-Saúde = 0800-61-1997

Operador: XX

Réplica: XX

Cidade: XX, confirma a cidade: ☐ sim ☐ não (agradeça e encerre; excluir do banco amostral e do agenda)

1. Réplica XX número de moradores XX número de adultos XX

2. Bom dia/tarde/noite. Meu nome é XXXX. Estou falando do Ministério da Saúde, o número do seu telefone é XXXX?

☐ sim ☐ não – Desculpe, liguei no número errado.

3. Sr(a) gostaria de falar com o(a) sr(a) NOME DO SORTEADO. Ele(a) está?

☐ sim

☐ não – Qual o melhor dia da semana e período para conversarmos com o(a) sr(a) NOME DO SORTEADO?

☐ residência a retornar. Obrigado(a), retornaremos a ligação. Encerre.

3.a Posso falar com ele agora?

☐ sim

☐ não – Qual o melhor dia da semana e período para conversarmos com o(a) sr(a) NOME DO SORTEADO?

☐ residência a retornar. Obrigado(a), retornaremos a ligação. Encerre.

4. O(a) sr(a) foi informado sobre a avaliação que o Ministério da Saúde está fazendo?

☐ sim (pule para q5)

☐ não – O Ministério da Saúde está avaliando as condições de saúde da população brasileira e o seu número de telefone e o(a) sr(a) foram selecionados para participar de uma entrevista. A entrevista deverá durar cerca de 7 minutos. Suas respostas serão mantidas em total sigilo e serão utilizadas, junto com as respostas dos demais entrevistados, para fornecer um retrato das condições atuais de saúde da população brasileira. Para sua segurança, esta entrevista poderá ser gravada. Caso tenha alguma dúvida sobre a pesquisa, poderá esclarecê-la diretamente no Disque-Saúde do Ministério da Saúde, no telefone: 0800-61-1997. O(a) sr(a) gostaria de anotar o telefone agora ou no final da entrevista?

5. Podemos iniciar a entrevista?

- ☐ sim (pule para q6)
☐ não – Qual o melhor dia da semana e período para conversarmos?
☐ residência a retornar. Obrigado(a), retornaremos a ligação. Encerre.

Q6. Qual sua idade? (só aceita ≥ 18 anos e < 150) ____ anos (se < 21 anos, pule q12 a q13)

Q7. Sexo:

- ☐ masculino (pule a q14)
☐ feminino (se > 50 anos, pule a q14)

CIVIL. Qual seu estado conjugal atual?

- 1 ☐ solteiro
 2 ☐ casado legalmente
 3 ☐ têm união estável há mais de seis meses
 4 ☐ viúvo
 5 ☐ separado ou divorciado
 888 ☐ não quis informar

Q8. Até que série e grau o(a) sr(a) estudou?

- 8A 8B
 1 ☐ curso primário ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4
 2 ☐ admissão ☐ 4
 3 ☐ curso ginásial ou ginásio ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4
 4 ☐ 1º grau ou fundamental ou supletivo de 1º grau ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8
 5 ☐ 2º grau ou colégio ou técnico ou normal ou científico ou ensino médio ou supletivo de 2º grau ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3
 6 ☐ 3º grau ou curso superior ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ou +
 7 ☐ pós-graduação (especialização, mestrado, doutorado) ☐ 1 ou +
 8 ☐ nunca estudou
 777 ☐ não sabe (só aceita q6 > 60)
 888 ☐ não quis responder

Q9. O(a) sr(a) sabe seu peso (mesmo que seja valor aproximado)? (só aceita ≥ 30 Kg e < 300 kg)

____ , ____ kg 777 ☐ não sabe 888 ☐ não quis informar

Q10. Quanto tempo faz que se pesou pela última vez?

- 1 ☐ menos de 1 semana
- 2 ☐ entre 1 semana e 1 mês
- 3 ☐ entre 1 mês e 3 meses
- 4 ☐ entre 3 e 6 meses
- 5 ☐ 6 ou mais meses
- 6 ☐ nunca se pesou
- 777 ☐ não lembra

Q11. O(a) sr(a) sabe sua altura? (só aceita $\geq 1,20$ m e $< 2,20$ m)

__ m ____ cm 777 ☐ não sabe 888 ☐ não quis informar

Q12. O(a) sr(a) lembra qual seu peso aproximado por volta dos 20 anos de idade?
(apenas para q6 > 20 anos)

- 1 ☐ sim
- 2 ☐ não (pule para q14)

Q13. Qual era? (só aceita ≥ 30 Kg e < 300 kg) ____ , ____ kg

888 ☐ não quis informar

Q14. A sra. está grávida no momento?

- 1 ☐ sim
- 2 ☐ não
- 777 ☐ não sabe

Agora eu vou fazer algumas perguntas sobre sua alimentação:

Q15. Em quantos dias da semana o(a) sr(a) costuma comer feijão?

- 1 ☐ 1 a 2 dias por semana
- 2 ☐ 3 a 4 dias por semana
- 3 ☐ 5 a 6 dias por semana
- 4 ☐ todos os dias (inclusive sábado e domingo)
- 5 ☐ quase nunca
- 6 ☐ nunca

Q16. Em quantos dias da semana o(a) sr(a) costuma comer pelo menos um tipo de verdura ou legume (alface, tomate, couve, cenoura, chuchu, berinjela, abobrinha – não vale batata, mandioca ou inhame)?

- 1 ☐ 1 a 2 dias por semana
- 2 ☐ 3 a 4 dias por semana
- 3 ☐ 5 a 6 dias por semana
- 4 ☐ todos os dias (inclusive sábado e domingo)
- 5 ☐ quase nunca (pule para q21)
- 6 ☐ nunca (pule para q21)

Q17. Em quantos dias da semana o(a) sr(a) costuma comer salada de alface e tomate ou salada de qualquer outra verdura ou legume cru?

- 1 ☐ 1 a 2 dias por semana
- 2 ☐ 3 a 4 dias por semana
- 3 ☐ 5 a 6 dias por semana
- 4 ☐ todos os dias (inclusive sábado e domingo)
- 5 ☐ quase nunca (pule para q19)
- 6 ☐ nunca (pule para q19)

Q18. Num dia comum, o(a) sr(a) come este tipo de salada:

- 1 ☐ no almoço (1 vez ao dia)
- 2 ☐ no jantar ou
- 3 ☐ no almoço e no jantar (2 vezes ao dia)

Q19. Em quantos dias da semana o(a) sr(a) costuma comer verdura ou legume cozido junto com a comida ou na sopa, como, por exemplo, couve, cenoura, chuchu, berinjela, abobrinha, sem contar batata, mandioca ou inhame?

- 1 ☐ 1 a 2 dias por semana
- 2 ☐ 3 a 4 dias por semana
- 3 ☐ 5 a 6 dias por semana
- 4 ☐ todos os dias (inclusive sábado e domingo)
- 5 ☐ quase nunca (pule para q21)
- 6 ☐ nunca (pule para q21)

Q20. Num dia comum, o(a) sr(a) come verdura ou legume cozido:

- 1 ☐ no almoço (1 vez ao dia)
- 2 ☐ no jantar ou
- 3 ☐ no almoço e no jantar (2 vezes ao dia)

Q21. Em quantos dias da semana o (a) sr(a) costuma comer carne vermelha (boi, porco, cabrito)?

- 1 ☐ 1 a 2 dias por semana
- 2 ☐ 3 a 4 dias por semana
- 3 ☐ 5 a 6 dias por semana
- 4 ☐ todos os dias (inclusive sábado e domingo)
- 5 ☐ quase nunca (pule para q23)
- 6 ☐ nunca (pule para q23)

Q22. Quando o(a) sr(a) come carne vermelha com gordura, o(a) sr(a) costuma:

- 1 ☐ tirar sempre o excesso de gordura
- 2 ☐ comer com a gordura
- 3 ☐ não come carne vermelha com muita gordura

Q23. Em quantos dias da semana o (a) sr(a) costuma comer frango/galinha?

- 1 ☐ 1 a 2 dias por semana
- 2 ☐ 3 a 4 dias por semana
- 3 ☐ 5 a 6 dias por semana
- 4 ☐ todos os dias (inclusive sábado e domingo)
- 5 ☐ quase nunca (pule para q25)
- 6 ☐ nunca (pule para q25)

Q24. Quando o(a) sr(a) come frango/galinha com pele, o(a) sr(a) costuma:

- 1 ☐ tirar sempre a pele
- 2 ☐ comer com a pele
- 3 ☐ não come pedaços de frango com pele

Q25. Em quantos dias da semana o(a) sr(a) costuma tomar suco de frutas natural?

- 1 ☐ 1 a 2 dias por semana
- 2 ☐ 3 a 4 dias por semana
- 3 ☐ 5 a 6 dias por semana
- 4 ☐ todos os dias (inclusive sábado e domingo)
- 5 ☐ quase nunca (pule para q27)
- 6 ☐ nunca (pule para q27)

Q26. Num dia comum, quantas copos o(a) sr(a) toma de suco de frutas natural?

- 1 ☐ 1
- 2 ☐ 2
- 3 ☐ 3 ou mais

Q27. Em quantos dias da semana o(a) sr(a) costuma comer frutas?

- 1 ☐ 1 a 2 dias por semana
- 2 ☐ 3 a 4 dias por semana
- 3 ☐ 5 a 6 dias por semana
- 4 ☐ todos os dias (inclusive sábado e domingo)
- 5 ☐ quase nunca (pule para q29)
- 6 ☐ nunca (pule para q29)

Q28. Num dia comum, quantas vezes o(a) sr(a) come frutas?

- 1 ☐ 1 vez ao dia
- 2 ☐ 2 vezes ao dia
- 3 ☐ 3 ou mais vezes ao dia

Q29. Em quantos dias da semana o(a) sr(a) costuma tomar refrigerante ou suco artificial?

- 1 ☐ 1 a 2 dias por semana
- 2 ☐ 3 a 4 dias por semana
- 3 ☐ 5 a 6 dias por semana
- 4 ☐ todos os dias (inclusive sábado e domingo)
- 5 ☐ quase nunca (pule para q32)
- 6 ☐ nunca (pule para q32)

Q30. Que tipo?

- 1 ☐ normal
- 2 ☐ diet/light/zero
- 3 ☐ ambos
- 777 ☐ não sabe

Q31. Quantos copos/latinhas costuma tomar por dia?

- 1 ☐ 1
- 2 ☐ 2
- 3 ☐ 3
- 4 ☐ 4
- 5 ☐ 5
- 6 ☐ 6 ou +
- 777 ☐ não sabe

Q32. Em quantos dias da semana o(a) sr(a) costuma tomar leite? (não considerar soja)

- 1 ☐ 1 a 2 dias por semana
 2 ☐ 3 a 4 dias por semana
 3 ☐ 5 a 6 dias por semana
 4 ☐ todos os dias (inclusive sábado e domingo)
 5 ☐ quase nunca (pule para R128)
 6 ☐ nunca (pule para R128)

Q33. Quando o sr(a) toma leite, que tipo de leite costuma tomar?

- 1 ☐ integral
 2 ☐ desnatado ou semidesnatado
 3 ☐ os dois tipos
 777 ☐ não sabe

R128. O(a) sr(a) dirige?

- 1 ☐ sim 2 ☐ não (não perguntar a q40, q40b, R135) 888 ☐ não quis informar

Q35. O(a) sr(a) costuma consumir bebida alcoólica?

- 1 ☐ sim 2 ☐ não (pula para q42) 888 ☐ não quis informar (pula para q42)

Q36. Com que frequência o(a) sr(a) costuma consumir alguma bebida alcoólica?

- 1 ☐ 1 a 2 dias por semana
 2 ☐ 3 a 4 dias por semana
 3 ☐ 5 a 6 dias por semana
 4 ☐ todos os dias (inclusive sábado e domingo)
 5 ☐ menos de 1 dia por semana
 6 ☐ menos de 1 dia por mês (pule para q40b)

Q37. Nos últimos 30 dias, o sr. chegou a consumir 5 ou mais doses de bebida alcoólica em uma única ocasião? (5 doses de bebida alcoólica seriam 5 latas de cerveja, 5 taças de vinho ou 5 doses de cachaça, whisky ou qualquer outra bebida alcoólica destilada) (só para homens)

- 1 ☐ sim (pule para q39) 2 ☐ não (pule para q40b)

Q38. Nos últimos 30 dias, a sra. chegou a consumir 4 ou mais doses de bebida alcoólica em uma única ocasião? (4 doses de bebida alcoólica seriam 4 latas de cerveja, 4 taças de vinho ou 4 doses de cachaça, whisky ou qualquer outra bebida alcoólica destilada) (só para mulheres)

- 1 ☐ sim 2 ☐ não (pule para q40b)

Q39. Em quantos dias do mês isto ocorreu?

- 1 ☐ em um único dia no mês 2 ☐ em 2 dias 3 ☐ em 3 dias 4 ☐ em 4 dias
 5 ☐ em 5 dias 6 ☐ em 6 dias 7 ☐ em 7 ou mais dias 777 ☐ Não sabe

Q40. Neste dia (ou em algum destes dias), o(a) sr(a) dirigiu logo depois de beber?

- 1 ☐ sim (pule para q42) 2 ☐ não 888 ☐ não quis informar

Q40b. Independentemente da quantidade, o(a) sr(a) costuma dirigir depois de consumir bebida alcoólica?

- 1 ☐ sempre 2 ☐ algumas vezes 3 ☐ quase nunca
4 ☐ nunca 888 ☐ não quis informar

Nas próximas questões, vamos perguntar sobre suas atividades físicas do dia-a-dia:

Q42. Nos últimos três meses, o(a) sr(a) praticou algum tipo de exercício físico ou esporte?

- 1 ☐ sim 2 ☐ não (pule para q47) (não vale fisioterapia)

Q43. Qual o tipo principal de exercício físico ou esporte que o(a) sr(a) praticou? [APE-NAS O PRIMEIRO CITADO](#)

- 1 ☐ caminhada (não vale deslocamento para trabalho)
2 ☐ caminhada em esteira
3 ☐ corrida
4 ☐ corrida em esteira
5 ☐ musculação
6 ☐ ginástica aeróbica (*spinning, step, jump*)
7 ☐ hidroginástica
8 ☐ ginástica em geral (alongamento, pilates, ioga)
9 ☐ natação
10 ☐ artes marciais e luta (*jiu-jitsu, caratê, judô*)
11 ☐ bicicleta
12 ☐ futebol
13 ☐ basquetebol
14 ☐ voleibol
15 ☐ tênis
16 ☐ outros Qual: _____

Q44. O(a) sr(a) pratica o exercício pelo menos uma vez por semana?

- 1 ☐ sim 2 ☐ não – (pule para q47)

Q45. Quantos dias por semana o(a) sr(a) costuma praticar exercício físico ou esporte?

- 1 ☐ 1 a 2 dias por semana
2 ☐ 3 a 4 dias por semana
3 ☐ 5 a 6 dias por semana
4 ☐ todos os dias (*inclusive sábado e domingo*)

Q46. No dia que o(a) sr(a) pratica exercício ou esporte, quanto tempo dura esta atividade?

- 1 ☐ menos que 10 minutos
2 ☐ entre 10 e 19 minutos
3 ☐ entre 20 e 29 minutos
4 ☐ entre 30 e 39 minutos
5 ☐ entre 40 e 49 minutos
6 ☐ entre 50 e 59 minutos
7 ☐ 60 minutos ou mais

Q47. Nos últimos três meses, o(a) sr(a) trabalhou?

- 1 ☐ sim 2 ☐ não – (pule para q52)

Q48. No seu trabalho, o(a) sr(a) anda bastante a pé?

- 1 ☐ sim 2 ☐ não 777 ☐ não sabe

Q49. No seu trabalho, o(a) sr(a) carrega peso ou faz outra atividade pesada?

- 1 ☐ sim 2 ☐ não 777 ☐ não sabe

Q50. Para ir ou voltar ao seu trabalho, faz algum trajeto a pé ou de bicicleta?

- 1 ☐ sim, todo o trajeto
2 ☐ sim, parte do trajeto
3 ☐ não (pule para q52)

Q51. Quanto tempo o(a) sr(a) gasta para ir e voltar neste trajeto (a pé ou de bicicleta)?

- 1 ☐ menos que 10 minutos
2 ☐ entre 10 e 19 minutos
3 ☐ entre 20 e 29 minutos
4 ☐ entre 30 e 39 minutos
5 ☐ entre 40 e 49 minutos
6 ☐ entre 50 e 59 minutos
7 ☐ 60 minutos ou mais

Q52. Atualmente, o(a) sr(a) está frequentando algum curso/escola ou leva alguém em algum curso/escola?

- 1 ☐ sim 2 ☐ não (pule para q55) 888 ☐ não quis informar (pule para q55)

Q53. Para ir ou voltar a este curso ou escola, faz algum trajeto a pé ou de bicicleta?

- 1 ☐ sim, todo o trajeto 2 ☐ sim, parte do trajeto 3 ☐ não (pule para q55)

Q54. Quanto tempo o(a) sr(a) gasta para ir e voltar neste trajeto (a pé ou de bicicleta)?

- 1 ☐ menos que 10 minutos
2 ☐ entre 10 e 19 minutos
3 ☐ entre 20 e 29 minutos
4 ☐ entre 30 e 39 minutos
5 ☐ entre 40 e 49 minutos
6 ☐ entre 50 e 59 minutos
7 ☐ 60 minutos ou mais

Q55. Quem costuma fazer a faxina da sua casa?

- 1 ☐ eu sozinho (pule para q59a) 2 ☐ eu com outra pessoa
3 ☐ outra pessoa (pule para q59a)

Q56. A parte mais pesada da faxina fica com:

- 1 ☐ o(a) sr(a) ou 2 ☐ outra pessoa 3 ☐ ambos

Q59a. Em média, quantas horas por dia o(a) sr(a) costuma ficar assistindo televisão?

- 1 ☐ menos de 1 hora
- 2 ☐ entre 1 e 2 horas
- 3 ☐ entre 2 e 3 horas
- 4 ☐ entre 3 e 4 horas
- 5 ☐ entre 4 e 5 horas
- 6 ☐ entre 5 e 6 horas
- 7 ☐ mais de 6 horas
- 8 ☐ não assiste televisão

Q60. Atualmente, o(a) sr(a) fuma?

- 1 ☐ sim, diariamente
- 2 ☐ sim, mas não diariamente
- 3 ☐ não – (pule para q64)

Q61. Quantos cigarros o(a) sr(a) fuma por dia?

- 1 ☐ 1-4 2 ☐ 5-9 3 ☐ 10-14 4 ☐ 15-19 5 ☐ 20-29
- 6 ☐ 30-39 7 ☐ 40 ou +

Q62. Que idade o(a) sr(a) tinha quando começou a fumar regularmente? (só aceita ≥ 5 anos e $\leq$ q6)

_____ anos 777 ☐ não lembra

Q63. O(a) sr(a) já tentou parar de fumar?

- 1 ☐ sim (pule para q69)
- 2 ☐ não (pule para q69)

Q64. No passado, o(a) sr(a) já fumou?

- 1 ☐ sim, diariamente
 - 2 ☐ sim, mas não diariamente
 - 3 ☐ não (pule para q67) *(vá para q69 se mora sozinha e não trabalha)
- (vá para q68 se mora sozinha e trabalha)

Q65. Que idade o(a) sr(a) tinha quando começou a fumar regularmente? (só aceita ≥ 5 anos e $\leq$ q6)

_____ anos 777 ☐ não lembra

Q66. Que idade o(a) sr(a) tinha quando parou de fumar? (só aceita ≥ 62 e $\leq$ q6)

_____ anos 777 ☐ não lembra

Q67. Alguma das pessoas que moram com o(a) sr(a) costuma fumar dentro de casa?

- 1 ☐ sim 2 ☐ não 888 ☐ não quis informar

Q68. Algum colega do trabalho costuma fumar no mesmo ambiente onde o(a) sr(a) trabalha? (somente para q47=1)

- 1 ☐ sim 2 ☐ não 888 ☐ não quis informar

Para finalizar, nós precisamos saber:

Q69. A sua cor ou raça é:

- 1 ☐ branca
 2 ☐ preta
 3 ☐ amarela
 4 ☐ parda
 5 ☐ indígena
 777 ☐ não sabe
 888 ☐ não quis informar

Q70. Além deste número de telefone, tem outro número de telefone fixo em sua casa?
 (não considerar extensão)

- 1 ☐ sim 2 ☐ não – (pule para q72)

Q71. Se sim, quantos no total? ____ números ou linhas telefônicas

Q72. Há quanto tempo tem telefone fixo em sua residência?

- 1 ☐ menos de 1 ano 2 ☐ entre 1 e 2 anos 3 ☐ entre 2 e 3 anos
 4 ☐ entre 3 e 4 anos 5 ☐ entre 4 e 5 anos 6 ☐ mais de 5 anos
 777 ☐ não lembra

Agora estamos chegando ao final do questionário e gostaríamos de saber sobre seu estado de saúde:

Q74. O(a) sr(a) classificaria seu estado de saúde como:

- 1 ☐ muito bom
 2 ☐ bom
 3 ☐ regular
 4 ☐ ruim
 5 ☐ muito ruim
 777 ☐ não sabe
 888 ☐ não quis informar

Q75. Algum MÉDICO já lhe disse que o(a) sr(a) tem pressão alta?

- 1 ☐ sim 2 ☐ não 777 ☐ não lembra

R120. Quando foi a última consulta médica em que sua pressão foi medida?

- 1 ☐ há menos de 1 ano
 2 ☐ de 1 até 2 anos (inclui o 2)
 3 ☐ de 2 até 5 anos (inclui o 5)
 4 ☐ há mais de 5 anos
 5 ☐ nunca mediu pressão em uma consulta médica
 6 ☐ nunca realizou consulta médica

Se q75 = 2 ou 777, pule para a q76

R129. Atualmente, o(a) sr(a) está tomando algum medicamento para controlar a pressão alta?

- 1 ☐ sim 2 ☐ não (pule para q76)
777 ☐ não sabe (pule para q76) 888 ☐ não quis responder (pule para q76)

R130. Onde o(a) sr(a) consegue a medicação para controlar a pressão alta?

- 1 ☐ unidade de saúde do SUS 2 ☐ farmácia popular 3 ☐ outro lugar
777 ☐ não sabe 888 ☐ não quis responder

Q76. Algum MÉDICO já lhe disse que o(a) sr(a) tem diabetes?

- 1 ☐ sim 2 ☐ não (pule para R121) 777 ☐ não lembra (pule para R121)

R131. Que idade o(a) sr(a) tinha quando o médico disse que o(a) sr(a) tem diabetes?

_____ anos 777 ☐ não sabe/não lembra

R121. O(a) sr(a) já fez algum exame para medir açúcar no sangue (glicemia)?

- 1 ☐ sim 2 ☐ não (pule para q79, se mulher, ou para q85a, se homem)
3 ☐ não sabe/não lembra (pule para q79, se mulher, ou para q85a, se homem)

Se q76=1 e R121 =2 ou 3, pule para a R132

R122. Quando foi a última vez que o(a) sr(a) fez o exame?

- 1 ☐ há menos de 1 ano
2 ☐ de 1 até 2 anos (inclui o 2)
3 ☐ de 2 até 5 anos (inclui o 5)
4 ☐ há mais de 5 anos
777 ☐ não lembra

Se q76=2 ou 777 pule para q79, se mulher, e q85a, se homem

R132. Atualmente, o(a) sr(a) está fazendo dieta/atividade física para diminuir ou controlar a diabetes?

- 1 ☐ sim 2 ☐ não 777 ☐ não sabe 888 ☐ não quis responder

R133. Atualmente, o(a) sr(a) está tomando algum comprimido ou usando insulina para controlar a diabetes?

- 1 ☐ sim
2 ☐ não (pule para q79, se mulher, ou para q85a, se homem)
777 ☐ não sabe (pule para q79, se mulher, ou para q85a, se homem)
888 ☐ não quis responder (pule para q79, se mulher, ou para q85a, se homem)

R134. Onde o(a) sr(a) consegue a medicação para diabetes?

- 1 ☐ unidade de saúde do SUS 2 ☐ farmácia popular
3 ☐ outro lugar 777 ☐ não sabe 888 ☐ não quis responder

Se homem, pule para q85a

Q79. A sra. já fez, alguma vez, exame de Papanicolau, exame do colo do útero? (apenas para sexo feminino)

1 ☐ sim 2 ☐ não (pule para q81) 777 ☐ não sabe (pule para q81)

Q80. Quanto tempo faz que a sra. fez exame de Papanicolau?

1 ☐ menos de 1 ano
 2 ☐ entre 1 e 2 anos
 3 ☐ entre 2 e 3 anos
 4 ☐ entre 3 e 5 anos
 5 ☐ 5 ou mais anos
 777 ☐ não lembra

Q81. A sra. já fez, alguma vez, mamografia, raio-x das mamas? (apenas para sexo feminino)

1 ☐ sim 2 ☐ não (pule para q85a) 777 ☐ não sabe (pule para q85a)

Q82. Quanto tempo faz que a sra. fez mamografia?

1 ☐ menos de 1 ano
 2 ☐ entre 1 e 2 anos
 3 ☐ entre 2 e 3 anos
 4 ☐ entre 3 e 5 anos
 5 ☐ 5 ou mais anos
 777 ☐ não lembra

Q85a. Existe, perto de sua casa, algum LUGAR PÚBLICO (praça, parque, rua fechada) para fazer caminhada, realizar exercício ou praticar esporte?

1 ☐ sim 2 ☐ não 777 ☐ não sabe

Q88. O(a) sr(a) tem plano de saúde ou convênio médico?

1 ☐ sim, apenas 1 2 ☐ sim, mais de um 3 ☐ não 888 ☐ não quis informar

R124. Nos últimos 30 dias, o (a) sr(a) apresentou algum sinal de gripe, como coriza, febre, mal estar geral, tosse ou dor de garganta?

1 ☐ sim 2 ☐ não (pule para R135 ou agradeça e encerre)
 777 ☐ não lembra (agradeça e encerre ou pule para R135)

R125. E o(a) sr(a) procurou o serviço de saúde? (pode ser público ou privado)

1 ☐ sim 2 ☐ não (agradeça e encerre) 777 ☐ não lembra (agradeça e encerre)

Observação: apenas para as capitais Teresina, Palmas, Campo Grande, Belo Horizonte, Curitiba, Florianópolis, São Luís, Vitória, Cuiabá e Porto Velho.

R135. Nos últimos 12 meses, o sr(a) foi multado(a) por dirigir com excesso de velocidade na via?

1 ☐ sim 2 ☐ não 777 ☐ não lembra 888 ☐ não quis responder

R136. Qual o local que o(a) sr(a) foi multado?

- 1 ☐ dentro da cidade (via urbana) 2 ☐ rodovia 3 ☐ ambos
777 ☐ não lembra 888 ☐ não quis informar

R 137. Nos últimos 12 meses o sr(a) foi parado(a) em alguma blitz de trânsito na sua cidade, seja como motorista ou passageiro?

- 1 ☐ sim
2 ☐ não
777 ☐ não lembra
888 ☐ não quis responder

Sr(a) **XX**, agradecemos pela sua colaboração. Se tivermos alguma dúvida voltaremos a lhe telefonar. Se não anotou o telefone no início da entrevista, gostaria de anotar o número de telefone do Disque-Saúde?
Se sim: O número é [0800-61-1997](tel:0800-61-1997).

Observações (entrevistador):

Nota: Mencionar para o entrevistado as alternativas de resposta apenas quando estas se iniciarem por parêntesis

7.4. QUESTIONÁRIO DO ISACAMP 2008



**Inquérito de Saúde do
Município de Campinas
ISACAMP 2008**

MANUAL DO QUESTIONÁRIO



INSTRUÇÕES PARA O ENTREVISTADOR

Introdução:

Este é um projeto desenvolvido pelo Centro Colaborador em Análise de Situação em Saúde – DMPS, FCM - UNICAMP, e conta com financiamento do CNPq (processo no. 409747/2006-8). Tem suas origens no Projeto ISA-SP, do qual fez parte o município de Campinas, e que foi realizado em 2001-2002. O Inquérito de Saúde do Município de Campinas de 2008 (ISACAMP-2008) tem como objetivos principais: analisar e monitorar o estado de saúde da população, o uso de serviços de saúde e a prevalência de comportamentos relacionados à saúde, avaliando essas dimensões da saúde segundo condições de vida dos diversos segmentos sociais da população.

As informações que podem ser geradas em um inquérito de base populacional, não disponíveis nas outras fontes de dados de saúde, podem possibilitar uma avaliação da atuação dos serviços de saúde, verificando se cobrem e se correspondem às necessidades da população. Conhecer os principais problemas de saúde da população, a frequência com que eles ocorrem, a sua gravidade, as limitações que provocam, as dificuldades em encontrar atendimento e apoio nos serviços, a prevalência de comportamentos nocivos à saúde, que são determinantes fundamentais do atual perfil de morbi-mortalidade, são informações essenciais, obtidas por meio de inquéritos, para a elaboração e avaliação de programas e planos de saúde.

As informações deste inquérito serão coletadas por meio de entrevistas domiciliares e os temas a serem estudados incluem: condições de vida, estado de saúde, morbidade referida, qualidade de vida, comportamentos relacionados à saúde (tabagismo, álcool, atividades física e dieta), uso de serviços de saúde (consultas, hospitalização, cirurgias, imunização e práticas preventivas) e consumo de medicamentos.

Serão realizadas de 2400 a 3000 entrevistas domiciliares (a depender de financiamentos adicionais). Uma amostra "representativa" da população de Campinas foi selecionada por amostragem em dois estágios. No primeiro estágio, foram sorteados 50 setores censitários da área urbana de Campinas. O mapa de cada setor sorteado foi atualizado e foi feito o endereçamento de todos os domicílios pertencentes ao setor. De cada setor foram sorteados domicílios de forma a garantir um número mínimo de pessoas entrevistadas em cada domínio de idade (adolescentes, adultos e idosos).

Para aplicarmos as entrevistas domiciliares de maneira padronizada, seguiremos as instruções deste manual.

Instruções gerais:

Estas instruções visam orientar os entrevistadores no trabalho de campo, auxiliando-os na correta aplicação do questionário, de maneira a garantir a fidelidade e a precisão dos dados coletados.

O êxito desta pesquisa depende fundamentalmente do trabalho do entrevistador, da sua consciência do alcance social deste projeto, de sua seriedade na execução da tarefa que lhe foi atribuída, de seu desempenho junto aos entrevistados, para que cooperem e forneçam as informações solicitadas e da sua plena compreensão do questionário, que é o meio de coleta das informações.

É de fundamental importância que os entrevistadores tenham pleno entendimento dos objetivos deste trabalho, bem como das repercussões dos resultados na saúde da população. Este entendimento garantirá a motivação necessária a todos os participantes do trabalho de campo permitindo:

- por meio do seu desempenho pessoal, convencer as famílias da importância de prestarem as informações necessárias, para evitar casos de recusa parcial ou total;
- fazer as perguntas como formuladas no questionário, esforçando-se para obter respostas precisas.

Algumas recomendações são necessárias ao entrevistador:

- a. apresentar-se de forma adequada, a fim de não provocar constrangimentos ou recusas. Lembrar-se que irá entrevistar famílias de diferentes níveis sócio-econômicos e culturais com valores e padrões diferentes;
- b. procurar estabelecer um clima de cordialidade durante a entrevista. Evitar qualquer assunto controvertido e alheio ao questionário;
- c. deixar o entrevistado expressar as respostas em sua própria linguagem, sem corrigi-lo, mas evitar que a entrevista se desvie do roteiro;
- d. evitar que o entrevistado tenha contato direto com o questionário para não sugestioná-lo. Realizar a entrevista no domicílio, não deixando, em hipótese alguma, o questionário para que o entrevistado o preencha. Da mesma forma, não utilizar o telefone para complementar ou corrigir questões de questionário já aplicados; o telefone somente deverá ser utilizado para agendar as entrevistas.
- e. abster-se de fazer comentários quanto à situação do entrevistado ou quanto às respostas dadas por ele, e não intimidá-lo para fornecer as respostas;
- f. realizar as entrevistas pessoalmente, não lhe sendo permitido delegar suas tarefas, procurar ajuda ou estar acompanhado em seu trabalho por pessoas não autorizadas pela supervisão geral.

Realização da entrevista: contato inicial com os moradores do domicílio sorteado

É recomendável verificar o mapa do setor, visitar o setor, localizar os locais onde folhetos de divulgação da pesquisa podem ser afixados e procurar a unidade básica de saúde que cobre a área daquele setor.

O entrevistador deve, antes de sair para o trabalho de campo, verificar se está com todo o material necessário à correta aplicação dos questionários:

- a. caneta,
- b. blocos A e questionários em quantidade suficiente, já checados e corrigidos.
- c. cartas de consentimento, folders em quantidade suficiente
- d. mapa do setor censitário a ser visitado,
- e. manual de instruções do questionário,
- f. credencial e/ou crachá de identificação,
- g. carteira de identidade,
- h. carta de apresentação
- i. usando a roupa padronizada

Ao ser atendido no domicílio, o entrevistador deve identificar-se mostrando a credencial e/ou crachá. Em seguida, deve apresentar-se dizendo, por exemplo: "Sou (nome e algum dado) e sou entrevistador da pesquisa de saúde organizada pela Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP que é sobre a ocorrência de doenças, o uso de serviços de saúde e a respeito de comportamentos relacionados à saúde. Gostaria de obter inicialmente algumas informações sobre as pessoas que moram aqui". Apresente sua carteira de identidade e a carta de apresentação.

Antes de fazer propriamente a entrevista, o entrevistador precisará obter as informações de um morador para preencher o bloco A e, então, saber se deverá entrevistar algum morador daquele domicílio ou não.

Para obter as informações iniciais (bloco A) desse morador, o entrevistador deve explicar, de forma clara e breve, os objetivos da pesquisa. Deve procurar despertar no entrevistado o interesse em fornecer os dados

requeridos, esclarecendo a importância das informações para a avaliação da saúde dos moradores de Campinas. Naturalmente, o pesquisador deve adaptar seu discurso de apresentação ao nível cultural do entrevistado; Se tiver que fazer entrevista nesse domicílio deve procurar obter informações sobre a pessoa a ser entrevistada para melhor poder contatá-la e entrevistá-la (horário disponível, números de telefone fixo e celular, email, etc).

Realização da entrevista com a pessoa sorteada: explicações necessárias

Após a sua identificação, que deverá ser novamente feita à pessoa sorteada, o entrevistador deve fornecer ao entrevistado as seguintes informações:

- a. explicar de novo, para a pessoa sorteada, de forma clara e breve, os objetivos da pesquisa. Deve procurar despertar no entrevistado o interesse em fornecer os dados requeridos, esclarecendo a importância das informações para a avaliação da saúde dos moradores de Campinas. Naturalmente, o pesquisador deve adaptar seu discurso de apresentação ao nível cultural do entrevistado;
- b. deixar bem claro, durante a apresentação, que a entrevista é de caráter sigiloso e que as suas informações são absolutamente confidenciais. Isto é, em nenhum caso as informações serão individualizadas. Isto significa que nomes e endereços não serão identificados na análise e divulgação dos resultados e não serão digitados nos bancos de dados. Para reforçar a confiabilidade de sua atitude, o pesquisador deve, portanto, evitar fazer qualquer comentário a respeito de outras entrevistas já realizadas. Este procedimento deve ser evitado em qualquer lugar público, mesmo com um colega da pesquisa. Os comentários, desde que se refiram às dúvidas e problemas surgidos durante a aplicação do questionário, devem ser feitos apenas no escritório, com o supervisor;
- c. esclarecer ao entrevistado que algumas perguntas da entrevista podem parecer inadequadas para ele, especificamente. Mas que, para o bom êxito da pesquisa, os questionários devem ser aplicados integralmente a todas as pessoas selecionadas;
- d. no caso do informante ficar preocupado com o fato de estar sendo entrevistado e seu vizinho não, explique que o domicílio foi sorteado, ou seja, selecionado ao acaso;
- e. podem acontecer casos de recusa por várias razões. O entrevistador deve manter a atitude cortês e conciliadora, procurando conquistar a confiança do entrevistado. Deve tentar convencer a pessoa da importância de sua colaboração e dos prejuízos que sua recusa poderá causar à pesquisa. Deve se dispor a fazer a entrevista no horário e local mais apropriado para o entrevistado.
- f. deve dizer que o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética da FCM e que, portanto, por norma do comitê, solicitará a ele que assine uma carta de consentimento para confirmar que aceitou dar a entrevista. E que ele poderá interromper a entrevista se quiser ou precisar.

Aplicação do questionário:

Quanto à aplicação do questionário, o entrevistador deve observar as seguintes instruções:

- a. estar preparado para responder a quaisquer perguntas relativas aos objetivos da pesquisa e ao questionário;
- b. demonstrar segurança no manuseio do questionário e dos assuntos que dele constam, o que implica estudo prévio e detalhado do mesmo, eliminando, a princípio, quaisquer dúvidas;
- c. não confiar na memória, deixando informações para anotações posteriores; efetuar todos os registros diretamente no questionário, no ato da entrevista;
- d. evitar omissões, improvisações e alterações das perguntas, pois o êxito de uma pesquisa depende em grande parte da forma como elas são formuladas. Se o entrevistado não entender a pergunta, o entrevistador deve tentar esclarecê-la sem, no entanto, mudar o sentido da mesma;
- e. não alterar em hipótese alguma a ordem das questões. Esta deverá ser sempre respeitada para evitar distorções, uma vez que esta ordem foi exaustivamente estudada e planejada para se obter os resultados desejados;

- f. não sugerir jamais respostas a qualquer questão, induzi-las ou antecipá-las, por mais tempo que o entrevistado requeira para entender e/ou responder à pergunta. A sugestão, indução ou antecipação de respostas constitui uma das causas mais freqüentes de erro;
- g. não fazer nenhum comentário sobre o significado das questões, isto é, sobre o que se pretende obter através das respostas;
- h. seguir as instruções recebidas durante o treinamento e contidas neste manual, sempre que tiver alguma dúvida a respeito das perguntas;
- i. tentar conduzir a entrevista alguns metros longe de outras pessoas, possibilitando que o entrevistado possa responder às questões livremente. O entrevistador e o entrevistado devem estar se possível sentados e relaxados.

Término da entrevista:

Quando terminar a aplicação de cada questionário, o entrevistador deve fazer uma revisão para verificar se houve alguma omissão, falha ou inconsistência. Este procedimento poderá evitar sua volta para alguma correção. E checar se o termo de consentimento está assinado.

Solicitações dos entrevistados sobre problemas sociais e de saúde deverão ser encaminhados à unidade básica de saúde daquela área de residência.

Composição do questionário do ISACampinas-2008

BLOCO A – Relação dos moradores do domicílio sorteado

BLOCO B – Folha de controle

BLOCO C – Morbidade

BLOCO C1 Hipertensão

BLOCO C2 Diabetes

BLOCO C3 Problemas Emocionais

BLOCO D – Acidentes/violências

BLOCO E – Saúde emocional

BLOCO F – Qualidade de vida

BLOCO G – Uso de Serviços

BLOCO H – Práticas preventivas

BLOCO I – Imunização

BLOCO J – Uso de medicamentos

BLOCO K – Comportamentos Relacionados à Saúde

(Atividade física, Fumo, Álcool)

BLOCO L – Hábito alimentar

BLOCO M – Características socioeconômicas

BLOCO N – Características da família e domicílio

BLOCO O - CEASER

INSTRUÇÕES PARA O PREENCHIMENTO DO QUESTIONÁRIO: ISACampinas-2008

Este questionário é composto por três tipos de questões:

- questões abertas: deve-se ouvir com atenção a resposta do entrevistado e anotar o que for relatado, com as mesmas palavras que ele usar;
- questões fechadas: deve-se fazer um círculo na alternativa que corresponde à resposta dada pelo entrevistado. A maioria das questões fechadas possui uma alternativa 9, que corresponde a não sabe/não respondeu – NS/NR. Assinale esta alternativa sempre que o entrevistado não souber dar uma resposta à pergunta formulada ou quando ele não quiser responder àquela questão.

Usualmente, para a maioria das questões, deve ser assinalada **apenas uma resposta** e as **alternativas não devem ser lidas**.

Mas, em alguns casos, pode ser assinalada mais de uma alternativa, e isto estará marcado no questionário com **(*)**

Em outros casos, as alternativas devem ser lidas e neste caso também estará marcado no questionário com **(L)**. Questões cujas alternativas devem ser lidas: **F01 a F11, G39, K46, K48, K49, M01**.

- quadros: deve-se fazer um círculo na célula correspondente à resposta do entrevistado. Tome cuidado para não se confundir com as linhas.

Outros detalhes devem ser notados:

1. Em quaisquer questões, havendo dúvidas quanto ao preenchimento ou ao encaixe da resposta dada pelo entrevistado nesta ou naquela alternativa, anotar o mais cuidadosa e detalhadamente possível tudo o que foi dito, e, após, levar a dúvida para a supervisão;
2. Quando o entrevistado der uma resposta que não seja exatamente igual a uma das alternativas, mas parecida, o entrevistador deve repetir a alternativa como está escrita no questionário, e aguardar pela confirmação do entrevistado. Em algumas questões, o entrevistador precisará fazer alguma pergunta adicional para chegar a uma das alternativas definidas. No geral, deve-se confirmar a resposta do entrevistado, evitando ao máximo fazer suposições ou aproximações por conta própria;
3. Em todas as questões abertas onde existirem campos para codificação, o entrevistador deve procurar obter a resposta o mais completa possível do entrevistado, e sem invadir o espaço reservado para a codificação que será feita posteriormente;
4. O entrevistador deve apresentar os temas que irá tratar antes de iniciar as perguntas. Por exemplo: "Agora vou lhe fazer algumas perguntas sobre acidentes". Esta introdução inicial visa preparar o entrevistado para as perguntas que se seguirão, e deixá-lo a par dos assuntos que serão abordados.

RELAÇÃO DOS MORADORES SORTEADOS NO DOMICÍLIO - BLOCO A

Preencher apenas um Bloco A para cada domicílio, mesmo que nele residam duas ou mais famílias.

Número do questionário: será preenchido pela supervisão.

Identificação do domicílio: será feita pela coordenação do campo, através de uma etiqueta. Constará dessa etiqueta o n.º do domicílio sorteado, o endereço e o setor censitário a que este pertence. Abaixo destes dados haverá uma indicação sobre os critérios de escolha dos indivíduos a serem entrevistados. Estará definida qual a faixa etária dos indivíduos que deverão ser entrevistados naquele domicílio. Somente serão entrevistados os moradores que se encaixarem neste pré-requisito.

Quadro resultado das visitas: anotar a data, o horário e o resultado de cada visita feita para conseguir preencher o bloco A. O resultado da visita é preenchido com um dos códigos explicados abaixo:

1. realizado o arrolamento da família: obteve-se todas as informações do bloco A e existe morador no domínio que deve ser entrevistado.
2. realizado o arrolamento da família: obteve-se todas as informações do bloco A mas nenhum morador é da faixa etária definida na etiqueta.
3. número inexistente: não existe na rua a numeração indicada na etiqueta (levar o caso para a supervisão que definirá o que fazer).
4. domicílio fechado/vago: residência para alugar, vender, não tem morador
5. tem moradores no domicílio mas o entrevistador não conseguiu localizar e falar com algum morador. Neste caso de não encontrar nunca os moradores, procure verificar com algum vizinho quem são os moradores e se tem o domínio indicado.
6. recusa: quando o entrevistado se negar a prestar as informações necessárias. O entrevistador deve evitar ao máximo este resultado procurando voltar em dia e horário mais adequado para o morador. Voltar em outro dia (2ª visita) ou procurar conversar com outro morador. A supervisão analisará cada caso de recusa, ponderando a respeito de uma outra visita.
7. outros: qualquer caso não descrito acima. Especifique detalhadamente a situação ocorrida.

A04. Anotar os números de telefones e emails: esta informação é útil para facilitar a realização da entrevista ou um futuro contato para outros projetos. Mas, evitar solicitar essa informação no início da entrevista. Deve-se solicitá-la apenas quando o entrevistado já está tranquilo e tendo compreendido o objetivo da pesquisa.

A05. Deve ser preenchido o número de visitas realizadas para conseguir preencher o bloco A.

A06. Anote o resultado da visita quando o arrolamento da família foi realizado ou quando a situação tiver sido fechada com o supervisor.

A07. Anote o seu número de entrevistador, de acordo com o seu crachá de identificação.

A08. Aqui deve constar a data (dia e mês) em que o entrevistador conseguiu preencher o Bloco A, ou da visita após a qual o caso foi definido com o supervisor.

Usar o espaço reservado às observações para anotações como a melhor data/horário para encontrar moradores, endereço do serviço do residente, etc.

A09. Tipo de domicílio: domicílio é a moradia estruturalmente independente, constituída por um ou mais cômodos. Por extensão, edifícios em construção, barracos e outros locais que no período da pesquisa estavam servindo de moradia, também podem ter sido arrolados e sorteados como domicílios.

1. **domicílio particular:** é o que serve de moradia a uma, duas ou, no máximo, três famílias, mesmo que esteja localizado em estabelecimento industrial, comercial, etc.

Prédio em construção onde residem até cinco pessoas, embora sem laço de parentesco ou dependência doméstica, também será considerado domicílio particular.

As casas de cômodos (cabecas de porco, cortiços, etc.) e os edifícios de apartamentos, constituirão um conjunto de domicílios particulares.

2. **domicílio coletivo:** é o domicílio ocupado por grupo convivente e/ou família, no qual a relação entre os moradores se restringe à subordinação de ordem administrativa e ao cumprimento de normas de convivência.

São exemplos de domicílio coletivo: **pensões, hotéis, quartéis, postos militares, alojamento de trabalhadores**, etc. Mas, estes só foram sorteados se havia algum morador permanente.

Os domicílios que estiverem servindo de moradia a um grupo de **seis ou mais pessoas sem relação de parentesco** ou subordinação doméstica (grupo convivente) e aqueles em que residirem **quatro ou mais famílias conviventes serão considerados como domicílios coletivos**.

Os prédios em construção onde residem seis ou mais operários, com ou sem relação de parentesco, serão considerados domicílios coletivos.

Observação: Checar, com as observações a seguir se é mesmo um domicílio só, ou se são dois ou mais domicílios que foram arrolados e sorteados como se fossem apenas um. Se forem 2 domicílios preencha um bloco A para cada domicílio.

As condições básicas para caracterização de um domicílio particular são a separação e a independência. Por independência se entende a possibilidade de acesso direto ao local de habitação sem passar por locais de moradia de outras pessoas.

Se as pessoas residirem em local que tenha acesso independente e prepararem sua própria alimentação (fonte de alimentação própria) (separação), serão consideradas como residindo em domicílios diferentes. Exemplo: o caseiro que mora na propriedade do patrão, mas em residência separada.

Ao empregar-se os critérios de separação e independência para determinação do número de domicílios particulares existentes em uma determinada habitação, deve-se verificar inicialmente, se a pessoa ou grupo de pessoas **vive e se alimenta separadamente** das demais e se a pessoa ou grupo de pessoas **têm acesso direto** ao seu local de habitação. Se ocorrerem as duas situações conjuntamente considera-se que existem dois domicílios.

A10. Número de famílias do domicílio: definem-se como indivíduos pertencentes a uma mesma família, aqueles que têm entre si, uma relação de parentesco ou que assim o considerem, formando um núcleo familiar, comumente sob a responsabilidade de um chefe (chefe de família: homem ou mulher).

- um domicílio onde existe um núcleo familiar residindo e cujos empregados domésticos também residem no local, formando outro núcleo familiar, tendo em comum uma área de convivência (dependência doméstica), é considerado como um domicílio abrigando duas famílias;
- um domicílio que abriga uma família e onde reside um empregado, sem, porém, constituir uma outra família à parte, deve ser considerado como um domicílio que abriga uma família.
- um domicílio abriga mais de uma família, quando os dois grupos familiares tiverem em comum somente algum cômodo (ex: banheiro), mas as famílias preparam separadamente sua alimentação, e tem responsáveis diferentes.
- um domicílio que abriga x pessoas que não tenham nenhum vínculo de parentesco entre si e habitam o mesmo teto, deve ser considerado um domicílio que abriga uma família.(ex: estudantes que residem juntos).

A11. Quadro de moradores do domicílio: é do interesse desta pesquisa entrevistar apenas os indivíduos residentes no município. A população residente é composta pelos moradores presentes e ausentes, ou seja, pelas pessoas que tem a unidade domiciliar (domicílio particular) como local de residência habitual e, na data da entrevista, estão presentes ou ausentes, temporariamente, por período não superior a 12 meses em relação àquela data.

Algumas observações:

1. Em caso de pensão, apart-hotel ou outros domicílios coletivos, serão entrevistados os moradores habituais (ou permanentes). Ex: o dono da pensão e sua família, ou um morador que resida há 12 meses ou mais naquele domicílio;

2. Ao preencher o quadro de moradores, poderá haver algum morador que não fique durante alguns dias no município, devido às suas atividades (ex: estuda em outro município). Preencher seus dados no quadro e, caso seja selecionado, agendar entrevista para um dos dias em que estiver no município. O preenchimento do quadro familiar deve ser feito arrolando família por família, começando sempre pelo responsável de cada uma delas, seguido do cônjuge, filhos ou enteado, outro parente, agregado, pensionista, empregado doméstico, outro. Na coluna correspondente ao nome, deve ser registrado o primeiro nome do indivíduo. Em caso de nomes semelhantes (Rosálva, Rosaura) ou iguais, deve ser colocado na frente, (entre parênteses), o apelido, quando houver. Na coluna "relação com o chefe da família", anotar o número que corresponde à condição do indivíduo em relação ao chefe. Ex.: se o indivíduo que estamos relacionando for a esposa ou esposo do chefe, coloque 2; se for um amigo do filho que mora com a família, coloque 5; se não se encaixar em nenhuma das alternativas dadas, coloque 9. Na coluna "sexo" anote M para os homens e F para as mulheres. Certifique-se do sexo, perguntando explicitamente caso o nome cause dúvida. Ex.: Darcí, Valdez e outros. Na coluna "idade", deve-se colocar a idade completa do morador. Em caso de menores de um ano, anotar o número de meses seguido da letra "m".

3. Após preencher a coluna "idade", voltar à etiqueta para verificar se no domicílio existem moradores do domínio solicitado (idade);

4. Caso não existam, preencher a questão A06, agradecer a atenção, explicar o motivo pelo qual não serão entrevistados e encerrar a pesquisa neste domicílio. Se existirem pessoas do domínio solicitado, fazer um "X" na coluna sorteio, na linha referente a cada um dos indivíduos que serão entrevistados. A seguir, passar para a coluna "nº de ordem" e numerar os indivíduos que serão entrevistados, em ordem crescente, na sequência em que aparecem no quadro. Se o chefe da família for selecionado, receberá o nº de ordem 01, vindo a seguir os demais moradores. Caso isso não ocorra, o nº de ordem 01 pertencerá ao primeiro nome selecionado da lista. Em domicílios onde residirem duas ou mais famílias, realizar os procedimentos acima descritos para cada uma das famílias, colocando todas no mesmo quadro (A09). Reiniciar com o nº de ordem 01 para cada família arrolada (seja ele o chefe ou o primeiro selecionado da lista); e também dos sorteados. Na coluna Trabalha preencha com S para sim e N para Não;

5. Para cada um dos indivíduos sorteados, assinalados na lista de moradores, deverá ser preenchido um questionário, iniciando pelo Bloco B – Folha de Controle;

6. Se existir mais de um morador que se inclui no(s) domínio(s) indicado(s) na etiqueta (ex: três indivíduos adultos de 20 a 59 anos), considerar e entrevistar todos eles.

BLOCO B - FOLHA DE CONTROLE

Este é um bloco para identificação do domicílio e do entrevistado e de controle da realização da entrevista.

Na verdade, nesta página, apenas a questão sobre a data do nascimento (**B 06**) será feita ao entrevistado.

A data e o horário das visitas feitas para realizar a entrevista com a pessoa sorteada são anotadas neste bloco (As visitas feitas para obter a listagem dos moradores foram registradas no bloco A).

B 01. O número do questionário que é formado pelo número do setor na amostra (01 a 50) seguido pelo número do domicílio sorteado, seguido pelo número da família (1,2,3...), seguido pelo número do sorteado naquela família (1,2,3...) será preenchido pela supervisão.

B 02. O número do setor corresponde ao número do setor do IBGE (com no máximo 4 dígitos).

B 03. O número do domicílio corresponde ao número do setor na amostra (01 a 50) seguido pelo número do domicílio sorteado naquele setor.

B 04. Preencha conforme o número de famílias no domicílio

B 05. Preencher segundo o número de ordem do **quadro A11**. Se, naquela família, cinco pessoas serão entrevistadas, a que recebeu o nº de ordem 1 será 1/5, a próxima será 2/5, e assim por diante.

B 06. Perguntar a data correta de nascimento do entrevistado.

B 07. Anotar o sexo.

Preencher o quadro de visitas com as informações solicitadas (data, hora, nome do entrevistador e observação se necessário). Anotar o resultado de cada visita conforme os códigos listados abaixo do quadro.

B 08. Anotar o número de visitas que foram necessárias para conseguir realizar a entrevista ou ter uma recusa definitiva.

B 09. O resultado final da visita é anotado com um dos códigos apresentados abaixo do quadro.

LEMBRETE: Todo empenho é necessário para evitar a recusa. (Recusas podem enviesar resultados de pesquisas).

B 10. Neste campo, preencher o horário de início e de término da entrevista. Caso a entrevista tenha sido interrompida por qualquer motivo e realizada em dois momentos diferentes, anotar ao lado essa situação.

B 11. Anotar em minutos a duração da entrevista.

B 12. Será anotado o seu código

B 13. Anotar a data em que a entrevista foi realizada.

B 14. A finalidade desta questão é conhecer quem forneceu as informações do questionário. Estas informações devem ser prestadas pelo próprio indivíduo sorteado, caso ele tenha 12 anos ou mais. Se não, o informante deve ser a mãe ou quem for o responsável por ele. No caso de 12 a 18 anos um dos pais é que deverá assinar o termo de consentimento. Caso a mãe esteja ausente grande parte do tempo, as informações poderão ser colhidas através da pessoa que fica responsável pela criança nesse tempo, por exemplo, tia, avó, ou outro familiar. *A babá ou empregada doméstica da casa não poderá responder como responsável pela criança.* A alternativa "OUTRO" se refere a casos de pessoas maiores de 12 anos de idade, impossibilitadas de responder o questionário. Por exemplo: deficientes mentais, surdos-mudos, seqüelados de acidente vascular cerebral, entre outros. Neste caso, o entrevistador deverá perguntar à pessoa que forneceu as informações do **Bloco A** quem é a pessoa da família que poderá responder pelo sorteado incapacitado.

MORBIDADE - BLOCO C

C01. O objetivo desta questão é verificar se o entrevistado teve morbidade/ problemas de saúde em um período limitado de 2 semanas, que é um período considerado adequado no que diz respeito à memória do informante para episódios agudos de morbidade.

Estamos considerando episódios agudos de morbidade os afastamentos do bem estar físico que estejam contidos nesse período de 2 semanas.

Deve-se estar atento para o fato de que haverá episódios de morbidade que se iniciaram antes das 2 últimas semanas e que ainda continuam acontecendo no período estudado. Devem ser considerados os episódios que se iniciaram dentro das últimas 2 semanas e os que começaram antes e que permanecem nesse período. Ex: João refere ter tido vômito e diarreia há uma semana (tudo aconteceu dentro dos últimos 15 dias). Rosemeire refere ter começado a apresentar "dor nas juntas" há dois meses e continua até hoje.

Embora as pessoas tendam a referir os problemas que começaram nas últimas 2 semanas, ou os que mais as perturbaram nesse período, podem ser referidos nesta questão os problemas crônicos ou a reagudização de problemas crônicos. Por ex.: uma pessoa refere que teve uma crise asmática há três dias. A crise asmática será anotada nesta questão (C 02) embora no conjunto das doenças crônicas se perguntará ativamente acerca deste problema novamente.

Muitas vezes as pessoas pronunciam o nome da doença de maneira incorreta como "bronco pulmomau", para broncopneumonia, ou se referem a um sintoma de uma maneira mais coloquial, como "não conseguiu dormir à noite", para insônia, ou "moleza no corpo", para cansaço. Deve ser escrito como a pessoa falou.

Se o entrevistado afirma que não teve nenhum problema de saúde nas últimas 2 semanas, insista um pouco, fazendo a seguinte pergunta: "Mas nada mesmo, nenhuma dor, mal-estar, nem se machucou?". Se a resposta for "não", passe para a **questão C07**.

C02. O principal problema de saúde pode ser relatado sob a forma de diagnóstico (nome da doença) ex.: sarampo, pneumonia, gripe, anemia, ou de sinais ou sintomas. ex.: tontura, insônia, febre, cansaço e dor de cabeça, quando o entrevistado não sabe o diagnóstico.

C03. Se sim, pergunte em **C04** Quantos dias; Se não, passe para **C07**.

C05. Para os que responderem que ficaram acamados durante algum período nas duas últimas semanas, pergunte (**C06**) durante quantos dias.

C07 a C17. O objetivo deste quadro é verificar quais doenças, já **diagnosticadas por médico**, a pessoa apresenta. Nestas questões ir perguntando pelas doenças, uma a uma, para que o entrevistado responda SIM ou NÃO. Em seguida, caso ele porte alguma doença, pergunte se essa doença interfere ou não em suas atividades do dia-a-dia.

C07. Se o entrevistado referir hipertensão deverá ser preenchido o bloco C1.

C08. Se o entrevistado referir diabetes preencha o bloco C2.

C9, C10, C15 e C16. Especificar o nome da doença para posterior codificação.

C10. Não considerar os cânceres já completamente curados, ocorrido em período anterior da vida da pessoa. Considerar apenas a doença presente ou em acompanhamento.

C18 a C27. Perguntar se o entrevistado apresenta algum desses problemas, indagando um a um; o entrevistado não precisa ter tido um diagnóstico médico. Se ele referir que tem algum destes problemas de saúde, pergunte se o problema limita ou não as atividades do dia-a-dia.

C19, C23, C24 e C27. Especificar qual a doença ou problema.

C20. Se respondeu sim, preencher o bloco C3.

C23. No caso de entrevista com **idoso** na questão sobre **problema urinário**, perguntar se ele tem problema de **perder urina** quando faz esforço, ou algum outro problema urinário.

C24, C25 e C26: não utilizar a expressão: deficiência.

C24: perguntar se o entrevistado tem alguma paralisia ou perda de partes de membros.

C25: perguntar se o entrevistado tem algum problema auditivo, alguma dificuldade de ouvir.

C26. Perguntar se a pessoa tem problema visual ou dificuldade para enxergar mesmo usando óculos ou lentes;

C28 a C32. Perguntar ao entrevistado se ele usa lente de contato, óculos ou aparelho auditivo. As demais questões perguntar se o entrevistado for idoso ou apresentar algum problema. (Não posso perguntar se usa cadeira de rodas ou bengala a uma pessoa que estou vendo que caminha muito bem!)

HIPERTENSÃO - BLOCO C1

Utilizar "hipertensão" ou "pressão alta" conforme a preferência do entrevistado.

C1 01. A resposta "menos de um ano" deve ser preenchida com "00".

C1 03. Considerar como resposta afirmativa mesmo que a consulta médica seja realizada também pela presença de outro problema de saúde crônico (ex: insuficiência cardíaca, insuficiência renal), no qual são realizados paralelamente o acompanhamento da situação da pressão arterial, atualização do tratamento, etc.

C1 02, C1 04, C1 08. As questões podem ter mais de uma resposta; as **alternativas não devem ser lidas** ou sugeridas para o entrevistado. Apenas, anotar a(s) que ele referir.

C1 05. Vale a observação feita para C1 03.

DIABETES - BLOCO C2

C2 03 e C2 05. Considerar como resposta afirmativa mesmo a consulta médica por outro problema de saúde crônico na qual foi realizado paralelamente o acompanhamento da situação do diabetes.
Para as questões deste bloco valem as mesmas observações do bloco C1.

PROBLEMAS EMOCIONAIS - BLOCO C3

C3 04, C3 06, C3 07, C3 08 e C3 12. Podem ter mais de uma resposta; as alternativas não devem ser lidas ou sugeridas para o entrevistado. Apenas, anotar a(s) que ele referir. Sempre que a resposta se enquadrar na alternativa "outro" escrever no espaço à frente qual é a resposta. Se o problema emocional não for relevante e o entrevistado não sabe especificar propriamente que problema é, ele não terá procurado atendimento para o problema (C3 03) e da questão C3 04 (em que dirá porque não procurou atendimento), ele responderá apenas à C3 12 antes de encerrar o bloco.

ACIDENTES E VIOLENCIAS – BLOCO D

Neste bloco vamos pesquisar primeiro os acidentes e depois as violências que ocorreram nos últimos 12 meses.

D01. Se o entrevistado sofreu algum acidente nos últimos 12 meses, anote quantos ele sofreu em **D02**. Mesmo os acidentes sem lesão podem ser incluídos na contagem.

Acidentes – os acidentes incluem quedas, atropelamentos, envenenamentos, ferimentos com diferentes tipos de materiais e objetos. Podem provocar diferentes tipos de lesões e traumas, inclusive emocionais. Podem ser acidentes de trânsito, domésticos, de lazer ou de trabalho.

D03. Queremos saber a causa externa ou de que forma aconteceu o acidente, com detalhes sobre a circunstância do evento. Em caso de acidente de carro, por exemplo, perguntar se ele era o motorista ou ocupante, com o que colidiu o carro (poste, caminhão, ônibus, etc) e, em que local ocorreu o acidente.

Ex.: foi atropelado por uma moto ao atravessar a rua
Desmaiou e caiu no meio da noite ao levantar para ir ao banheiro
Tropeçou ao descer uma escada no trabalho e caiu
Estava dirigindo o seu carro quando houve um acidente (colisão com ônibus)
O entrevistado estava andando a pé, e foi atropelado por moto;
Ciclista (condutor da bicicleta) sofreu uma colisão com automóvel e caiu;
O entrevistado era ocupante de um automóvel que capotou depois de ter batido num poste;
Caiu de uma árvore;

D04. Principais lesões ou consequências físicas ou emocionais. Queremos saber o tipo de lesão e a parte do corpo atingida e/ou as consequências físicas/emocionais.

Ex.: fratura do braço direito no nível do pulso.
contusão (machucado) no cotovelo direito
afundamento de tórax e crânio
trauma emocional, pânico, depressão

D 11. As violências referem-se a agressões sofridas pelo entrevistado, como assaltos, tentativas de homicídio, brigas e outros tipos.

D13. Queremos saber a causa externa, de que forma aconteceu a violência, com algum detalhe.
Ex: O entrevistado sofreu agressão por arma de fogo quando ladrões o assaltaram na saída do banco;
O entrevistado sofreu agressão por força corporal em uma briga de bar;
O entrevistado levou um tiro quando estava na escola (bala perdida);
O entrevistado levou uma facada do cunhado durante uma briga em família.

D14. Queremos saber que parte do corpo foi atingida e/ou as consequências físicas/emocionais.

Ex: Corte no crânio

Fratura no braço esquerdo

Ansiedade e nervosismo depois da violência. Teve síndrome do pânico.

Lembrar que em um episódio de violência, assim como em um acidente podem resultar várias lesões e nas questões **D04** e **D14** há espaço para anotar as **3 principais lesões físicas ou problemas emocionais** provocadas pelo evento.

SAÚDE EMOCIONAL – BLOCO E

Este questionário de Saúde Emocional (SRQ-20) foi desenvolvido pela Organização Mundial de Saúde como um instrumento para rastrear distúrbios psiquiátricos na população, especialmente nos países em desenvolvimento.

Alguns cuidados devem ser levados em consideração:

1. Por lidar com assuntos delicados da vida emocional do entrevistado, é muito importante que os entrevistadores mantenham um tom neutro para realizar as perguntas deste bloco, a fim de evitar a influência subjetiva do modo, maneira ou tom de voz de como as perguntas são feitas;
2. Cada uma das 20 perguntas têm como resposta as alternativas SIM ou NÃO, apenas. Não existe "mais ou menos", ou "às vezes";
3. A fim de padronizar a maneira como o questionário é aplicado e respondido, é fundamental que os entrevistados recebam as mesmas instruções. As orientações a serem dadas pelos entrevistadores, que estão sintetizadas na introdução do bloco no próprio questionário, são:

a. As questões seguintes são relacionadas a problemas e dores que podem tê-lo incomodado nos últimos 30 dias. Se você acha que teve o problema descrito nos últimos 30 dias, responda SIM; se não teve responda NÃO;

b. Se o Sr(a) estiver em dúvida sobre como responder a alguma pergunta, por favor, dê a resposta que mais se aproxima à sua realidade;

c. Por favor, não interrompa o questionário enquanto ele estiver sendo aplicado. Se quiser fazer algum comentário, aguarde o término do bloco;

d. Nós gostaríamos de confirmar novamente que todos estes dados são confidenciais.

4. É importante, sempre que possível, estar sozinho com o entrevistado para realizar este bloco;
5. Caso o entrevistado não entenda alguma pergunta, é preciso repeti-la com as mesmas palavras usadas no texto, evitando induzir alguma resposta. **Deve-se sempre evitar fazer suposições ou julgamentos.**

As questões E21 a E23 referem-se a pensamentos e planos sobre suicídio ocorridos em algum momento na vida e as questões E24 a E26 a esses pensamentos e planos ocorridos nos últimos 12 meses. São questões sobre tema sensível, exigindo cuidado especial por parte do entrevistador.

QUALIDADE DE VIDA – BLOCO F

O Bloco F é constituído por um questionário padronizado, traduzido e validado para uso no Brasil para avaliar a qualidade de vida relacionada à saúde. Este instrumento é o SF-36.

Constam deste BLOCO vários quadros que devem ser respondidos da seguinte forma: assinale apenas uma alternativa por linha, tomando muito cuidado para não se confundir de linha e para não deixar nenhuma questão sem ser feita ao entrevistado.

As questões deste bloco devem ser lidas compassadamente, na íntegra, inclusive com as opções de resposta.

F03: Dependendo das respostas dos entrevistados às questões **F03a**, **F03d** e **F03g**, alguns itens podem ser pulados, conforme já assinalado no questionário.

F04a: pergunta-se se a pessoa teve que reduzir a quantidade de tempo que dedicava ao trabalho como consequência de algum problema com a saúde física, durante as últimas 4 semanas. Se a pessoa responder que não teve problema com a saúde física nas últimas 4 semanas, apenas confirme as repostas de **F04b**, **F04c** e **F04d**.

F05a: pergunta-se se a pessoa teve que diminuir a quantidade de tempo que se dedicava ao trabalho como consequência da saúde emocional nas últimas 4 semanas. Se a pessoa responder que não teve problema com a saúde emocional nas últimas 4 semanas, apenas confirme as respostas de **F05b** e **F05c**.

F06: Se a pessoa referiu que não apresentou problemas com a saúde física nem com a saúde emocional nas últimas 4 semanas (**F04** e **F05**), não precisa perguntar a questão **F06**, apenas confirme a resposta à questão. Ex: "Se você não teve problemas com a sua saúde física ou emocional, durante as últimas 4 semanas, então a sua saúde não interferiu nas suas atividades sociais normais em relação à família, vizinhos ou amigos".

F07: Se a resposta da questão for "1 - nenhuma", não precisa perguntar a questão **F08**, assinalando apenas a resposta "1. de maneira nenhuma".

F09: Explicar cuidadosamente no primeiro item **F09a** quais são as alternativas de resposta, utilizando o cartão plastificado se necessário. Se o entrevistado compreender bem quais são as alternativas de resposta, isto facilitará a aplicação dos itens seguintes desta questão.

F10: Se nas questões **F04** e **F05**, a pessoa referiu que não apresenta problemas com a saúde física ou emocional nas últimas 4 semanas, não precisa perguntar a questão **F10**, apenas confirmar a resposta à questão, assinalando a alternativa correta. Ex: "Se você não teve problemas com a sua saúde física ou emocional, então em nenhuma parte do tempo eles interferiram nas suas atividades sociais".

F11. Formular a pergunta de forma que a pessoa entenda melhor: O quanto é verdadeiro ou falso: "O senhor costuma adoecer um pouco mais facilmente que as outras pessoas".

Obs: É muito importante **não induzir** a resposta. Para facilitar a aplicação das questões **F04** **F05**, **F09**, **F10** e **F11** poderá ser usado o **cartão plastificado**.

UTILIZAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE - BLOCO G

Este bloco se inicia com questão sobre a procura de algum serviço ou profissional de saúde para atendimento relacionado à saúde nas últimas duas semanas.

G02. Só cabe uma resposta para esta questão. Ou o problema foi uma doença, ou uma lesão, ou um problema odontológico ou outro motivo. No caso de ter sido por uma lesão deverá ser anotado em 2.a. o tipo, a natureza da lesão e em 2.b. a causa da lesão. A diferença entre tipo de lesão e causa da lesão foi apresentada e exemplificada no bloco D. Nos "outros motivos" está incluída a procura de atendimento para vacinação, para check up, para exames periódicos, para promoção da saúde.

G03, G05 e G06. Estas questões visam a identificar qual o serviço de saúde procurado, se houve custo relacionado ao atendimento e neste caso, quem custeou esse atendimento.

G05. Pagar diretamente significa que o entrevistado desembolsou dinheiro para pagar parcial ou integralmente a consulta. Ele pode ter um plano de saúde que não cobriu inteiramente o gasto e, neste caso, ele teve que completar o valor diretamente. Poderia também ter ocorrido um atendimento pelo SUS com uma cobrança indevida que o entrevistado pagou.

Observação: Na **G03** busca-se identificar o local procurado, requerendo sua especificação nos itens 1, 4, 5, 6 e 7.

Na **G06** em que se investiga quem financiou o atendimento, deve-se especificar os itens 2, 3 e 4. Exemplos:

1) O entrevistado procurou o consultório particular de um médico que atende pela UNIMED e, portanto, quem pagou pelo serviço, parcial ou integralmente foi um plano individual de saúde;

2) O entrevistado procurou um pronto-socorro/emergência que pertence à UNIMED (particular), e quem paga por este serviço, parcial ou integralmente, é um plano individual de saúde;

3) O entrevistado procurou um hospital que possui unidades de internação com convênios diversos. Por trabalhar na empresa X ele tem direito a um convênio e, portanto, quem pagou pelo atendimento foi um convênio empresa;

G09. Assinalar o principal motivo.

G10 e G11. Para esta pesquisa, considerar os seguintes **critérios de internação (hospitalização)**:

- Ocupação efetiva de um leito hospitalar (enfermaria ou quarto), com assistência médica ou de equipe médica, recebendo alimentação, cuidados de enfermagem e medicação, pelo período que seu quadro exigir, tendo alta em seguida;
- Admissão em prontos-socorros ou serviços hospitalares de urgência pela gravidade do seu quadro, mas que tenham, após o primeiro atendimento, sido internados em enfermarias ou quartos, assistidos por equipe médica, recebendo alimentação, cuidados de enfermagem e medicação, por período de tempo variável, seguido de alta médica;

Não serão considerados internados os indivíduos que:

- Tenham recebido atendimento médico de urgência e medicação (injeções, soros, inalações, etc.), sem internação de pelo menos uma noite, independentemente deste atendimento ter ocorrido em hospital ou pronto-socorro (casos estes denominados de pronto-atendimento);

G12. Deverá ser anotado o principal motivo (a principal doença que provocou a internação) da última hospitalização referida pelo entrevistado, que será posteriormente codificado segundo a Classificação Internacional de Doenças (CID).

Para a questão **G14**, rever exemplos da **questão G06** supracitados.

G16. Procura-se obter informação acerca do número total de procedimentos cirúrgicos pelos quais o entrevistado passou durante sua vida, considerando todo tipo de cirurgias, inclusive cesáreas e cirurgias plásticas. Já na **questão G17**, o que importa são as principais cirurgias, de acordo com o julgamento do entrevistado. Deve-se anotar o relato do entrevistado, que posteriormente será codificado, assim como na **questão G19**.

G21 e G25. Idem **G06**.

G23, G26 e G33. A alternativa "outro" deverá ser especificada.

G26. Assinalar o **motivo principal** pelo qual não consultou dentista nos últimos 12 meses.

G27. Quando o entrevistado referir "sim", especificar qual o plano. Idem para a **G28**. Ter "direito" a plano significa que tem um plano (paga pelo plano ou a empresa em que trabalha paga) ou está coberto pelo plano de outra pessoa (do pai, da mãe, chefe da família, etc).

G34. Ler as alternativas.

PRÁTICAS PREVENTIVAS - BLOCO H

Neste bloco é avaliada a realização do exame de Papanicolaou e do exame clínico das mamas em mulheres de 20 anos ou mais, a mamografia nas mulheres de 40 anos ou mais e exames para detecção de câncer de próstata (PSA e toque retal) em homens com 40 anos ou mais. Portanto, este bloco não é aplicado aos adolescentes.

Existem muitos "pulos" dependendo da resposta dada pelo entrevistado, portanto, é preciso prestar atenção evitando "pular" indevidamente alguma questão.

Observar sempre a adequação das questões segundo faixa etária e sexo previamente indicados.

Lembrar sempre de especificar quando para a resposta do paciente existe uma linha na frente da alternativa solicitando a informação, o que também vale para a resposta "outro" que deverá sempre ser especificada.

IMUNIZAÇÃO - BLOCO I

Neste bloco são analisadas: a vacina contra hepatite B, nos adolescentes, a vacina contra rubéola nas mulheres de 10 a 49 anos, e as vacinas contra gripe e contra pneumonia no grupo de 60 anos e mais. Este bloco não é, portanto, aplicado aos homens de 20 a 59 anos e às mulheres de 50 a 59 anos.

Para este bloco, tentar obter as informações da **carteira de vacinação**. Se não for possível, solicitar a informação do entrevistado lembrando que as **questões I08, I14 e I27** devem sempre ser preenchidas. Observar sempre a adequação das questões segundo faixas etárias previamente indicadas.

As alternativas das questões deste bloco **não devem ser lidas**. Apenas, quando a resposta do entrevistado se aproxima de uma alternativa, mas, não exatamente, o entrevistador buscará confirmar a resposta para verificar se está assinalando a correta.

I02, I04, I06, I10, I12, I16, I18, I21 e I23. Sempre que o entrevistado referir algo que não esteja contemplado nas alternativas, anotar rigorosamente o que for referido na categoria "outro".

I09. Estar atento(a) para o fato de que a vacina contra rubéola também pode ter sido anotada na caderneta de vacinação ou comprovante com as siglas **MMR** ou **SCR**.

USO DE MEDICAMENTOS - BLOCO J

Os medicamentos compreendem: comprimidos, cápsulas, supositórios, pomadas, colírios, nebulizadores, descongestionantes nasais, xaropes e injeções endovenosas ou intramusculares. Incluem-se aqui, todos os medicamentos utilizados diariamente ou de forma eventual pelo entrevistado.

Neste BLOCO queremos avaliar os medicamentos que foram utilizados pelo entrevistado nos últimos 3 dias que antecederam à entrevista. É necessário saber exatamente o nome do medicamento utilizado, portanto, solicite sempre a embalagem, a bula ou a receita médica. Caso isto não seja possível, anote tudo o que conseguir obter de informações sobre estes medicamentos.

Em caso de medicamentos homeopáticos ou preparados em farmácias de manipulação, anotar apenas "medicamento homeopático", "medicamento manipulado", sem precisar anotar a composição.

Não considerar o uso de remédios caseiros.

Atenção: Estes dados referem-se ao consumo de medicamentos que o entrevistado fez nos 3 dias que antecederam a entrevista. Não considerar o dia da entrevista e sim os 3 dias prévios. Qualquer medicamento que tenha sido consumido apenas no dia da entrevista **não deve ser anotado**.

J02. Anotar quantos medicamentos foram consumidos nos 3 dias prévios (todos os utilizados) e listar no quadro abaixo os nomes dos medicamento. Neste quadro, há espaço para até seis medicamentos. Se o entrevistado tiver consumido mais de 6 pedir que ele diga quais os 6 mais importantes que deverão ser incluídos no quadro e investigados no bloco. Esta lista servirá de referência para o entrevistador no preenchimento das questões de **J03 a J08**.

J03, J04, J05, J06, J07 e J08. Escrever o nome do medicamento na linha contínua, respeitando o espaço para sete dígitos reservado para a codificação. Obter o nome do medicamento, sempre que possível, checando a embalagem.

J03a. O entrevistado pode referir tanto o nome da doença quanto os sintomas. Por exemplo: o entrevistado pode referir na questão J03, usar o medicamento Higroton. Na questão J03a ele pode relatar que usa o remédio para "hipertensão", ou também pode referir para "dor de cabeça" ou para "inchaço nas pernas". Anotar como o entrevistado responder, na linha contínua. Preservar o espaço da codificação.

J 03c, J04c, J05c, J06c, J07c e J08c. "Você pagou pelo remédio?", caso o entrevistado responda que **sim (pagou)**, pergunte se ele pagou integralmente ou parcialmente, isto é, se ele adquiriu pelo programa Farmácia Popular ou se o plano/convênio de saúde cobriu parte dos gastos.

J 03d, J04d, J05d, J06d, J07d e J08d. Quem cobriu os gastos com o medicamento? Podem ser as alternativas 1, 2, 4, 5, 6 e/ou 7, se o entrevistado relatar que não pagou, ou as alternativas podem ser 3, 4, 5, 7 se ele pagou parcialmente. Observar que na Farmácia Popular o usuário sempre está pagando parcialmente o preço do medicamento que está a venda nos dois modelos do Programa, e nem sempre o entrevistado tem conhecimento de que não paga o valor integral. Convênios de empresa e planos individuais de saúde podem

ter descontos no preço de aquisição dos medicamentos e até o fornecimento sem custo, por isso, é necessário no momento de perguntar ao entrevistado como adquiriu os medicamentos prestar atenção nessas informações.

J09. Caso o entrevistado dê a esta pergunta a resposta "não sei", perguntar: "O Sr. (a Sra.) sabe o que é genérico?" Se a resposta for "não", assinalar a alternativa 9 das questões J10 e J11 sem formulá-las ao entrevistado.

J12 a J15. Referem-se ao Programa Farmácia Popular do Brasil. É importante que o entrevistador conheça esse programa e saiba diferenciar os dois modelos existentes (Programa Farmácia Popular e Programa Farmácia Popular do Brasil). O Programa Farmácia Popular possui parceria com farmácias e drogarias privadas, e nessas, encontra-se o seguinte logotipo: Aqui tem Farmácia Popular, com medicamentos para Diabetes, Hipertensão e anticoncepcionais mais baratos. O Programa Farmácia Popular do Brasil estabelece parcerias com Municípios, Estados e União visando o acesso da população a vários medicamentos essenciais (107) que são oferecidos a menor custo. No município de Campinas, existe uma Farmácia Popular do Brasil que localiza-se na rua Ferreira Penteado nº 854 – Centro.

J16, J17 e J18. Perguntar quais são os medicamentos que o entrevistado deveria ter utilizado nos últimos 15 dias e não conseguiu obter, quantos e por quais motivos não obteve.

COMPORTAMENTOS RELACIONADOS À SAÚDE - BLOCO K

Neste bloco trataremos de 4 assuntos: atividade física, consumo de bebidas, tabagismo e hábito alimentar.

Atividade física – Para a avaliação da atividade física o instrumento que será utilizado é o QIAF - Questionário Internacional de Atividade Física (em inglês: IPAQ), desenvolvido pela OMS. A versão utilizada é a longa que separa as atividades físicas em diferentes contextos: trabalho, meio de transporte, tarefas domésticas e lazer. Tem ainda uma parte sobre tempo gasto sentado. Estar atento(a) para explicar o que é uma atividade "vigorosa" e "moderada". Lembrar sempre da necessidade de 10 minutos contínuos. As instruções relativas à aplicação do instrumento encontram-se no próprio questionário.

K 06. Neste quadro o entrevistador deverá anotar o número de horas e de minutos que a pessoa usa em média naquela atividade em dia de semana e, em outra coluna, nos finais de semana (sábado e domingo).

K09. Neste quadro, marcar na primeira coluna o número de dias da semana em que a pessoa pratica o esporte ou exercício. E a seguir o número de horas e minutos despendidos na atividade em cada dia que pratica. A pessoa pode praticar mais de um tipo de exercício. Pergunte e preencha para todos os exercícios ou esportes que o entrevistado pratica regularmente.

Consumo de bebidas

K12. Esta questão se refere a qualquer tipo de bebida. Estar atento para os "pulos".

K15 a K24. Estas questões compõem um instrumento de avaliação de consumo de bebidas alcoólicas, já validado no Brasil (AUDIT). Antes de aplicar as questões explicar para o entrevistado que o instrumento é composto de uma série de questões que podem não se aplicar à situação dele, mas, que precisarão ser respondidas para possibilitar a análise global da população.

Tabagismo - É preciso atenção, pois, existem vários "pulos" nesta parte do questionário. Verifique a lógica dos "pulos" para facilitar a sua entrevista. Verifique que se a pessoa nunca fumou, da questão K27 já será pulado para a K47. Se for um ex- fumante, da K34 será pulado também para a K47. Atente também para as questões que podem ter mais de uma resposta e para aquelas em que as alternativas de resposta devem ser lidas para o entrevistado.

K50. Se o entrevistado não fica próximo de ninguém que fume, em nenhum momento do dia, marcar 00 horas.

HÁBITO ALIMENTAR - BLOCO L

L01. Esta pergunta só será aplicada a mulheres em idade reprodutiva. A pergunta sobre se a mulher esta gestante é para evitar uma análise do peso atual ignorando este fato.

L02 e L03. Obter a informação da altura e do peso, mesmo aproximados.

L05. Tomar cuidado verificando a resposta a esta questão. Se a pessoa deseja aumentar o peso, as questões L06, L07 e L08 serão puladas.

Aplique o recordatório 24 horas seguindo as instruções do manual específico (em anexo).

CARACTERÍSTICAS SÓCIOECONÔMICAS - BLOCO M

M01. Assinalar a declaração de cor ou raça dada pelo entrevistado. Lembrar que é o entrevistado que define sua cor ou raça. Em caso de resposta não contida entre as opções, considerar a mais próxima. Por exemplo: mulato considerar *pardo*. No caso de moreno, confirmar com o entrevistado a alternativa que ele julga adequada.

M02. Anotar a designação da religião com o detalhe dado pelo entrevistado. Alguns exemplos: Católica Apostólica Romana; Católica Apostólica Brasileira; Evangélica Tradicional Adventista; Neo-Cristã Mórmon; Mediúnica Espírita; Oriental Messiânica. Registrar *Sem religião* para a pessoa que não professa nenhuma religião.

M04. Quando o entrevistado responder menos de 1 (um) ano, preencher 00 (zero zero).

M05. Se o entrevistado nasceu em outro estado do Brasil ou em outro país, anotar o nome do estado ou do país.

M06. Registrar o número de *anos completos* nos quais o entrevistado vem residindo, *sem interrupção*, no município de Campinas. Para o natural de Campinas que tenha morado em outro município (ou em outro país) e depois tenha retornado ao município fixando residência neste, considerar o tempo de moradia *após o último retorno*. Quando o entrevistado responder menos de 1 (um) ano, preencher 00 (zero zero).

M07. Registrar o número de *anos completos* nos quais o entrevistado vem residindo, *sem interrupção*, no atual domicílio. Quando o entrevistado responder menos de 1 (um) ano, preencher 00 (zero zero).

M08. Estado conjugal: Para os que vivem com companheiro, assinalar *casado* quando casado no civil ou *vive junto* quando não casado no civil. Para os que não vivem com companheiro, assinalar: solteiro, viúvo ou divorciado, conforme o caso. Portanto, é bom agregar à pergunta do questionário, a seguinte questão: "Vive com companheiro ou não?" A pessoa pode ter o estado civil de "solteira" e morar com um companheiro. Portanto, no "estado conjugal" a resposta é "2. vive junto/amasiado".

M09. Registrar *somente* o número de filhos vivos atualmente. Não considerar os filhos que morreram.

M10. *Atenção:* se a resposta for SIM, perguntar ao entrevistado se freqüenta escola da rede pública ou particular de ensino. **Sim, rede pública** – para a pessoa que freqüenta estabelecimento de ensino da rede pública de ensino (federal, estadual ou municipal); **Sim, rede particular** – para a pessoa que freqüenta estabelecimento de ensino da rede particular, que inclui estabelecimentos mantidos por associações de moradores, empresas, fundações, doações etc.

Não considerar como freqüentando escola a pessoa que freqüenta somente curso rápido de especialização profissional ou de extensão cultural, tais como: corte e costura, informática, cursos de ensino fundamental e médio através de rádio, televisão ou correspondência.

M11. Considerar o último ano completado com aprovação. Caso a resposta tenha sido 1º ou 2º Grau, preencher a informação da série completada com aprovação. Considerar como resposta o curso que o entrevistado fez até o final em caso de cursos de mesmo nível. Por exemplo: caso o entrevistado tenha

começado o 2º grau, mas interrompido para iniciar curso técnico e tendo concluído este, considerar a alternativa *curso técnico de nível médio completo*.

Pessoas com 50 anos ou mais poderão citar uma série entre o primário e o ginásio, por vezes denominada de "Admissão". Nestes casos, considerar qual a série que a pessoa completou, independente da Admissão. Por exemplo: se o indivíduo fez a Admissão e completou a 7ª série (3º ano ginásio), a resposta será 17. Se o indivíduo interrompeu os estudos na "admissão", terá completado somente a 4ª série e a resposta será 14.

Atenção: se a resposta foi "nunca frequentou", perguntar ao entrevistado se ele sabe ler e escrever.

M12. Considerar qualquer tipo de curso: de extensão cultural ou curso rápido de especialização profissional.

M13. Pode-se assinalar mais de uma alternativa. Se a pessoa responder curso técnico (como de manutenção de equipamentos de informática), assinalar "outros" e especificar a sua natureza. Na alternativa: **Informática** – não considerar cursos técnicos, como os de manutenção de equipamentos de informática.

M14. Esta questão objetiva discriminar os indivíduos amostrados segundo a sua condição de ocupação. Desta questão, sairão dois grandes grupos: População economicamente ativa (P.E.A) e População não economicamente ativa (N.P.E.A); estes estão subdivididos nas alternativas especificadas na questão.

A definição de **trabalho** e **não trabalho** é de fundamental importância para o preenchimento correto desta questão.

TRABALHO: compreende trabalho remunerado e não remunerado

1. **Trabalho remunerado:** refere-se ao exercício de qualquer atividade econômica que tenha como contrapartida a remuneração em dinheiro, podendo esta ser complementada por benefícios ou bens em espécie (alimento, habitação etc.). Assim, entre os trabalhadores remunerados, estão incluídos: assalariados, patrões, autônomos e trabalhadores que recebem por tarefa, peça ou comissão, os biscateiros etc. Nesta categoria, incluem-se também os padres, freiras, estagiários, aprendizes etc., desde que recebam alguma remuneração pelo exercício de sua atividade.
2. **Trabalho não remunerado:** refere-se às atividades econômicas desenvolvidas durante pelo menos uma hora na semana na produção de bens ou serviços e que não contam com remuneração. No trabalho não remunerado, estão aqueles trabalhadores que auxiliam no negócio ou trabalho de um membro da unidade domiciliar (que tenha trabalho na produção de bens primários, conta-própria ou empregador); e os aprendizes ou estagiários não-remunerados.

Aqueles que se encontram fora de sua função habitual, mas no momento exercem alguma outra atividade, não devem ser considerados como *desempregados* e sim em outras atividades, devendo ser assinalada a *alternativa 01*. Em caso de pessoas desempregadas que nunca tenham trabalhado e estejam procurando emprego, considerar a *alternativa 04 (desempregado)*. Todavia, se a pessoa não estiver procurando emprego, assinalar a *alternativa 08 (outros)*. Portanto, se a pessoa não trabalha, deve-se perguntar (se ele já não disse) se está procurando emprego.

Estudante que trabalha ou faz **estágio** é considerado trabalhador, independente do número de horas que dedique aos estudos. Pessoas que recebem bolsas de **Residência Médica ou Aprimoramento** também são consideradas como *trabalhadores*. Estudantes de graduação ou pós-graduação que recebem **bolsas** para pesquisa são considerados como estudantes apenas, ou seja, *não-trabalhadores*.

Atenção: Para a *alternativa 03 (sim, e também aposentado)*, responder na questão **M 16**, como trabalho principal, o seu trabalho atual; na questão **M20** o rendimento do trabalho atual e na questão **M 22** os rendimentos da aposentadoria.

M16. OCUPAÇÃO: É o ofício, profissão, cargo ou função exercida pelo entrevistado numa atividade econômica. No caso deste questionário, no seu trabalho principal.

TRABALHO PRINCIPAL:

Aplicar sequencialmente os critérios abaixo para definir trabalho principal para as pessoas que têm ou tinham mais de um trabalho: I. Maior número de horas normalmente trabalhadas por semana; II. Trabalho que possui há mais tempo; III. Maior rendimento mensal.

Não confundir a ocupação com especialização ou formação profissional. Exemplos: um advogado que exerce o cargo de juiz de direito deve ser registrado como juiz de direito, e não como advogado; se um economista trabalha como gerente comercial de uma fábrica, sua ocupação é de gerente comercial, e não de economista; advogado que trabalha como dono de padaria etc.

Atenção: são incorretas as respostas genéricas, como: mecânico, bancário, professor, profissional liberal etc.

Deve ser especificada a ocupação concreta do indivíduo. No caso do bancário, indicar se ele é caixa, recepcionista, contador, gerente; no caso do professor, especificar o grau em que leciona; se marceneiro ou mecânico, detalhar, como: trabalha numa oficina mecânica como ajudante do dono da oficina somente executando os serviços, ou, funileiro de oficina mecânica, ou, dono de marcenaria, dirige e executa os trabalhos.

Se o entrevistado for aposentado e não exerce nenhuma atividade de trabalho (remunerada ou não), especificar qual era a ocupação anterior.

M17. Perguntar se o entrevistado em seu trabalho é assalariado, conta própria ou empregador. Conforme a resposta fazer nova pergunta para chegar na alternativa adequada ao caso.

ALTERNATIVAS 1 e 2: Empregado assalariado (com ou sem carteira profissional assinada)

Trabalho assalariado pode ser:

1. Aquele que recebe um pagamento em salário ou ordenado. A remuneração pode ser por hora, dia, semana, quinzena ou mês. Inclui os trabalhadores que têm uma parte de remuneração fixa e outra variável (comissão, produção etc.). Abrange também a empregada doméstica mensalista.
2. Aquele que só recebe por comissão ou produção de serviços, peças e tarefas, podendo ser vinculada à pessoa física, empresa ou instituição, e cuja remuneração depende da execução de tarefa do serviço determinado, recebendo por unidade de produto ou por serviço executado. Exemplo: costureira que trabalha para uma empresa e costura camisas, recebendo por camisa costurada; empregado de uma loja que monta armários e recebe por armário montado; vendedor cuja remuneração depende exclusivamente do número de vendas realizadas.

O primeiro grupo (com remuneração fixa) se caracteriza como tendo um vínculo empregatício mais plenamente caracterizado pela legislação trabalhista vigente, portanto, mais facilmente identificável. Enquanto que o segundo grupo (que recebe por comissão etc) tem uma dinâmica de trabalho que se assemelha à do conta-própria ou autônomo. A diferença é que o assalariado vende sua força de trabalho para uma pessoa, empreiteiro ou empresa, e o autônomo vende seu serviço diretamente aos clientes ou a várias empresas.

A distinção entre as duas alternativas (1 e 2) se dá por meio do complemento: **com ou sem carteira profissional assinada**.

ALTERNATIVA 3: Empregado familiar não remunerado: É a pessoa que exerce uma atividade econômica em negócios de parentes, sem receber como contrapartida um salário, podendo, no entanto, receber uma ajuda de custo em dinheiro ou mesada.

ALTERNATIVAS 4 e 5: Conta-própria ou autônomo (com ou sem estabelecimento): É a pessoa que vende seu serviço, não sua força de trabalho; que explora seu próprio negócio ou ofício, sozinho ou com sócio, ou ainda com a ajuda de trabalhador(es) familiar(es), podendo ter *eventualmente* algum ajudante remunerado para auxiliá-lo em períodos de mais trabalho. Exemplo: o pedreiro que trabalha por conta-própria e que contrata uma pessoa para ajudá-lo por um período determinado.

Pode ser de três tipos:

1. Que trabalha para a **população**, ou seja, para o consumidor, vendendo **produtos**, sem que esteja vinculado a nenhuma empresa específica. Exemplo: o vendedor que comercializa um ou mais produtos, como pipocas, doces; a vendedora de roupas de diferentes confecções;
2. Que trabalha para a **população** vendendo seu **serviço**. Exemplo: o eletricitista, o marceneiro etc., que presta seus serviços diretamente à sua clientela; o sapateiro que presta seus serviços diretamente à clientela que vai até o seu estabelecimento; o arquiteto ou engenheiro que planeja uma planta de construção a pedido de seu cliente; o massagista que atende sua clientela diretamente em suas casas;
3. Que exerce seu trabalho para determinada(s) **empresa(s)**. Exemplo: o eletricitista que vende seus serviços a uma ou mais empresas; o vendedor que vende ou revende o produto de uma empresa, podendo ser por consignação ou não (as vendedoras de cosméticos, o corretor que vende os imóveis de uma determinada construtora).

Atenção: A distinção entre as alternativas com ou sem estabelecimento diz respeito ao autônomo ter ou não uma porta aberta onde possa atender a sua clientela.

ESTABELECIMENTO:

Existência de pelo menos uma sala ou cômodo usado exclusivamente para o exercício da atividade, podendo ser na residência ou não, ou em um veículo automotor. Por exemplo: um armazém ou uma oficina mecânica que ocupa uma dependência da residência é considerado como estabelecimento. Por outro lado, doceiras que utilizam a cozinha da residência ou costureiras que têm seus instrumentos de trabalho em dependências também utilizadas para outros fins (como quarto de dormir, por exemplo) são classificadas como *sem* estabelecimento.

ALTERNATIVAS 6 e 7: Empregador (com até 04 funcionários fixos ou com 05 ou mais funcionários fixos)

É a pessoa que é proprietária de um negócio e/ou de uma empresa, ou que exerce uma profissão ou um ofício, desde que tenha, pelo menos, um empregado remunerado (assalariado) *permanente*.

Não é considerado empregador o indivíduo que só tenha empregado doméstico ou empregado não-remunerado ou, ainda, empregado remunerado contratado *eventualmente* em períodos de maior trabalho. Nestes dois últimos casos, o contratante é *autônomo ou conta-própria*.

A distinção entre a alternativa 6 e 7 se dá através do número de funcionários fixos que cada um emprega. Para esta distinção, é importante saber que se trata de funcionários fixos e assalariados.

FUNCIONÁRIO FIXO

1. Caso o dono de uma micro-empresa de fogos de artifício, que funciona regularmente com um só ajudante assalariado, contrate mais 4 funcionários na véspera de uma festa junina, ele será incluído na *alternativa 6 (com até 04 funcionários fixos)*.
2. Pode-se dar um outro exemplo onde quatro ou cinco profissionais liberais tenham uma clínica ou consultório e, para o atendimento da clientela e manutenção da casa, tenham contratado 01 secretária fixa, 02 faxineiras diárias, 01 cozeira e 01 jardineiro que, às vezes, passa por lá para ver se é necessário cuidar do jardim. Caso um desses profissionais liberais seja sorteado, ele será também incluído na *alternativa 6 (com até 04 funcionários fixos)*, pois o jardineiro se constitui num trabalhador por conta-própria, pois não é fixo nem assalariado.

M18 e M19. Registrar horas inteiras. Se, menos de 1 hora anotar 00. Preencher "NÃO TEM" na **M 19**, quando o entrevistado tiver apenas um trabalho.

M20, M21, M22, e M23. Nestas questões, caso o entrevistado tenha estado de férias, licença-saúde, ou for autônomo e, por qualquer motivo, não tiver recebido salário no último mês, colocar o salário do mês anterior que recebeu. Isto vale somente se ele ficou apenas 1 mês sem receber. Considerar como "OUTROS" os rendimentos provenientes de aluguel, pensão alimentícia, mesada ou doação, ajuda de custo, rendimentos de aplicações financeiras, parcerias etc.

Atenção: Em "OUTROS", especificar a natureza deste rendimento.

CARACTERÍSTICAS DA FAMÍLIA E DO DOMICÍLIO - BLOCO N

Preencher apenas um bloco para cada família, mesmo em caso de vários indivíduos sorteados na mesma família. Em um domicílio, pode haver mais de uma família e, se houver, deve ser preenchido um bloco N para cada família.

As perguntas **N02 a N11**, o próprio entrevistador deve preenchê-las. Em caso de dúvidas, perguntar ao entrevistado.

N02. Casa – é o domicílio particular que está localizado numa edificação (qualquer que seja o material usado em sua construção) com acesso direto a um logradouro. A casa pode ser legalizada ou não e pode ter um ou mais pavimentos. Considerar como casa o prédio ocupado integralmente por um único domicílio; **Apartamento** – é o domicílio particular que está localizado em um edifício de um ou mais andares e com mais de um domicílio, tendo espaços comuns (por exemplo: escadas, portarias etc.). Também considerar como apartamento a unidade residencial localizada em um prédio em que as demais unidades sejam não-residenciais; **Casa de cômodos (cabeça de porco/cortiço)** – é o domicílio que se encontra em um ou mais cômodos de uma casa de cômodos;

N06. Sim – quando o domicílio, terreno ou propriedade onde ele se localiza for servido por água ligada à rede geral de abastecimento; **Não** – quando o domicílio recebe água de poços ou nascentes, carro-pipa, captação da água de chuvas etc.

N07. Sim – considerar os casos em que a água chega em, pelo menos, um cômodo do domicílio, bem como os casos em que a água é canalizada só na propriedade ou terreno onde se situa o domicílio; **Não** – os demais.

N08. Sim – quando o domicílio contar com iluminação elétrica seja ou não proveniente da rede geral e independentemente de contar ou não com medidor; **Não** – os demais.

N09. Sim – quando estiver ligado a um sistema de coleta que conduza os dejetos e as águas servidas a um desaguadouro geral, independentemente de o sistema dispor de estação de tratamento de esgoto; **Não** – considerar os casos de fossa séptica ou rudimentar, vala, rio etc.

N10. Sim – considerar os casos em que o lixo é coletado diretamente por serviço de limpeza; ou indiretamente, sendo depositado em caçamba, tanque ou depósito (ou seja, fora do domicílio) e posteriormente coletado por serviço de limpeza; **Não** – considerar os casos em que o lixo é queimado, enterrado, jogado em terreno baldio ou em rio, córrego etc.

N11. Sim – considerar quando o sanitário estiver no domicílio, no terreno ou na propriedade, podendo ser ou não de uso exclusivo dos moradores. **Não** – os demais.

Atenção: SANITÁRIO é o cômodo ou local, limitado por paredes podendo ou não ser coberto por um teto, em que há um aparelho sanitário ou buraco para dejeções.

N13. Considerar como cômodo o compartimento do domicílio coberto por um teto e limitado por paredes, inclusive cozinha. Incluir os cômodos existentes na parte externa da edificação que sejam parte integrante do domicílio; Não considerar como cômodo: banheiro, corredores, varandas abertas, garagens, depósitos e outros compartimentos sem fins residenciais:

Atenção: Nas “CASAS DE CÔMODOS” e similares, não registrar como cômodo do domicílio as cozinhas e banheiros de uso coletivo (uso comum).

N14. Considerar apenas os banheiros que contêm chuveiro ou banheira e vaso sanitário; Se 9 banheiros ou mais, registrar 9 (nove). Se não houver banheiro, registrar 0 (zero);

N15 a N29. Considerar apenas os aparelhos que estiverem em condições de uso.

N31 e N32. Considerar os casos em que o automóvel ou moto é utilizado para uso particular (passeio ou locomoção) dos moradores do domicílio, podendo o veículo ser próprio ou cedido pela empresa em que trabalha um dos moradores.

N33. Considerar outros imóveis que não a casa própria, tais como casa de praia, sítio etc, mesmo se o indivíduo estiver ainda pagando prestações.

N34. Considerar *empregada doméstica...*

Atenção: Caso o entrevistado seja o responsável pelo domicílio, passe para o **Quadro de composição e renda familiar**, pois as questões N36, N37 e N38 já terão sido respondidas no bloco M.

Na pergunta N36, seguir o mesmo procedimento descrito na M14.

Na pergunta N37, seguir o mesmo procedimento descrito na M16.

Na pergunta N38, seguir o mesmo procedimento descrito na M17.

N40 a N49. Registrar o código da relação com o responsável pela família, segundo os seguintes critérios:

Cônjuge ou Companheiro(a) – pessoa que vive conjugalmente com a pessoa responsável pela família, podendo existir ou não vínculo matrimonial; **Filho(a) ou Enteadado(a)** – filho(a) adotivo(a) ou de criação, e também o(a) filho(a) somente do(a) cônjuge, mesmo se este for falecido ou não more mais no domicílio; **Outro parente** – pai, mãe, sogro(a), neto(a), bisneto(a), irmão, irmã, avô, avó, bisavô, bisavó, genro, nora, cunhado(a), tio(a), sobrinho(a), primo(a); **Agregado** – pessoa com residência fixa no domicílio, mas sem ser parente, pensionista ou empregado doméstico ou parente do empregado doméstico; **Outro** – pode ser pensionista, empregado doméstico, parente de empregado doméstico, ou qualquer outra condição que não esteja incluída nas especificações anteriores.

Renda líquida

Neste quadro, só são incluídos os moradores que possuam renda.

Nestas questões, caso o entrevistado tenha estado de férias, licença-saúde, ou for autônomo e, por qualquer motivo, não tiver recebido salário no último mês, colocar o salário do mês anterior que recebeu. Isto vale somente se ele ficou apenas 1 mês sem receber.

Bloco O – CEASER

Este bloco consiste de uma folha que será preenchida apenas pelos adolescentes. O adolescente mesmo preencherá o formulário. O entrevistador deve passar a ele (a) o Bloco O e perguntar se aceita responder mais algumas questões. No bloco haverá uma pergunta sobre se o aceite em participar de uma pesquisa mais aprofundada sobre saúde mental e comportamento de adolescente que implicará em uma entrevista a ser agendada na UNICAMP ou no centro de saúde da área do setor censitário em que reside.