

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
FACULDADE DE MEDICINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EPIDEMIOLOGIA**



TESE DE DOUTORADO

**ACESSO A MEDICAMENTOS EM POPULAÇÃO
ASSISTIDA POR DIFERENTES MODELOS DE
ATENÇÃO BÁSICA NAS REGIÕES SUL E
NORDESTE DO BRASIL**

VERA MARIA VIEIRA PANIZ

Pelotas – RS, 2009

VERA MARIA VIEIRA PANIZ

**ACESSO A MEDICAMENTOS EM POPULAÇÃO
ASSISTIDA POR DIFERENTES MODELOS DE
ATENÇÃO BÁSICA NAS REGIÕES SUL E
NORDESTE DO BRASIL**

Tese apresentada ao Programa de Pós-graduação em Epidemiologia da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Pelotas como requisito parcial para a obtenção do título de Doutor em Ciências.

ORIENTADORA

Anacláudia Gastal Fassa

CO-ORIENTADORA

Andréa Dâmaso Bertoldi

Pelotas - RS, 2009

BANCA EXAMINADORA

Prof^a. Dr^a. Anaclaudia Gastal Fassa (Presidente)
Universidade Federal de Pelotas

Prof. Dr. Francisco de Assis Acurcio
Universidade Federal de Minas Gerais

Prof^a. Dr^a. Iná S. Santos
Universidade Federal de Pelotas

Prof. Dr. Aluísio J. D. de Barros
Universidade Federal de Pelotas

Defesa da tese em 06 de março de 2009

“É impossível avaliar a força que possuímos sem medir o tamanho do obstáculo que ela pode vencer, nem o valor de uma ação sem sabermos o sacrifício que ela comporta.”

Fred Smith

DEDICATÓRIA

À minha querida mãe, exemplo de vida e coragem. E às minhas amadas filhas, que fazem a caminhada valer a pena e a quem dedico a seguinte mensagem:

***"O amor não faz o mundo girar. O amor é o que faz o giro valer a pena."
(Franklin P. Jones)***

AGRADECIMENTOS

Várias pessoas, de diferentes maneiras, foram importantes para mim na realização desta Tese. Vou nomear algumas, como forma de agradecer a todas.

Não há como começar a agradecer, senão primeiramente à Deus, que me concedeu força, coragem, perseverança e sabedoria para trilhar por este caminho e atingir meu objetivo.

À Anaclaudia, minha orientadora, que ama o que faz e por isso o aprendizado se torna tão prazeroso. Obrigada pelo teu compromisso, objetividade, sinceridade e experiência, fundamentais na conclusão deste trabalho. A tua orientação foi para mim uma grande lição.

À Andréa, minha querida co-orientadora e amiga, exemplo de capacidade e envolvimento, obrigada pela tua participação em todas as etapas desta pesquisa. Meu agradecimento especial a todos os momentos em que, mesmo estando assoberbada de trabalho, encontrastes tempo para responder prontamente a todas as minhas inquietações, sem nunca me deixar sem uma resposta, mesmo que fosse: “assim que puder te retorno!”

Ao Facchini e toda a equipe do PROESF, agradeço pela oportunidade de ter participado desse projeto. Foi para mim um grande aprendizado ter trabalhado com vocês.

A todos os professores do Centro de Pesquisas Epidemiológicas, o meu agradecimento pelos ensinamentos oportunizados. Em especial gostaria de agradecer ao Aluísio e Denise Gigante, pela confiança depositada nos projetos que tive o prazer de participar ao longo deste doutorado. O meu agradecimento pelas oportunidades oferecidas.

Aos funcionários do Centro de Pesquisas Epidemiológicas, meu muito obrigada pela valiosa contribuição de cada um.

À Fátima, querida colaboradora na revisão de literatura da pesquisa. A tua disponibilidade e forma sempre gentil de dividir teus conhecimentos, guardarei no coração.

Ao Marlos e Marcelo Cozzensa, meus queridos companheiros de estudo. Meu

agradecimento especial pelo incentivo e por mostrarem que os obstáculos podem ser vencidos e a caminhada pode ser trilhada, desde que não deixemos de visualizar nossos objetivos.

Aos auxiliares de pesquisa, digitadores, colaboradores, bolsistas, agradeço pelas diferentes contribuições na execução desta pesquisa.

A todos os velhos e novos colegas do mestrado e doutorado, com quem dividi um tempo da minha vida, obrigada pela oportunidade de convívio e aprendizado. Vocês me ajudaram a acreditar que este momento seria possível. Sentirei saudades...

Ao Giancarlo, meu querido colega e amigo desde o mestrado, o que dizer de uma pessoa tão especial com tamanho desprendimento em ajudar sempre que precisei de ti? A tua amizade tornou esta caminhada mais agradável. Obrigada do fundo do coração.

Aos meus amigos, muito obrigada, pelo carinho, suporte, estímulo e orações.

À minha mãe e meu irmão, minha querida família e suporte emocional diante das dificuldades. Obrigada pela sensibilidade, carinho, generosidade, otimismo, paciência, amor e presença, da forma que podiam. Sem vocês seria mais difícil esta caminhada.

Ao Jaime, pelo apoio em mais essa etapa da minha vida. Obrigada por tudo...

Érika querida, por todo o teu apoio, amizade, companheirismo, cumplicidade e compreensão. Mais do que teus toques de perfeição, o que mais admiro em ti é que sempre tiveste curiosidade em aprender para poder me ajudar a vencer minhas dificuldades em todos os trabalhos que realizei durante o doutorado. Tenho certeza que aprendemos muito uma com a outra. Obrigada por estar sempre presente em minha vida.

Raquel querida, com esse teu jeitinho meigo e otimista, soubestes perceber as minhas dificuldades e me dar força para seguir em frente sempre. Tens uma qualidade que admiro muito: sabes ser solidária mesmo que não tenhas a solução, mas te fazes presente e isso é tão importante para mim...Obrigada pelo teu carinho e cuidado comigo.

À CAPES, por disponibilizar recursos financeiros para a execução desta pesquisa.

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	10
PROJETO DE PESQUISA	13
APRESENTAÇÃO	15
RESUMO	19
SIGLAS E ABREVIATURAS	21
DEFINIÇÃO DE TERMOS	22
1. INTRODUÇÃO	26
1.1. Importância do acesso a medicamentos	26
1.2. Política Nacional de Medicamentos	28
1.3. Gasto com medicamentos	29
1.4. Justificativa	33
1.5. Revisão de literatura	35
1.6. Marco teórico	49
1.7. Modelo teórico	52
2. OBJETIVOS	53
Objetivo geral	53
Objetivos específicos	53
3. HIPÓTESES	55
4. METODOLOGIA	58
4.1. Delineamento	58
4.2. População-alvo e amostra	59
4.3. Tamanho da amostra	60
4.4. Amostragem	61
4.5. Instrumentos	63
4.6. Variáveis coletadas	64
4.7. Seleção e treinamento dos supervisores	69
4.8. Estudo-piloto	70
4.9. Logística	70
4.10. Processamento e análise dos dados	74
4.11. Controle de qualidade	75
4.12. Aspectos éticos	79
4.13. Divulgação dos resultados	79
5. CRONOGRAMA	80
6. FINANCIAMENTO	80
7. REFERÊNCIAS	81
8. ESTRUTURA DOS ARTIGOS	90
RELATÓRIO DO TRABALHO DE CAMPO	93
1. INTRODUÇÃO	94
2. CONFECÇÃO DO QUESTIONÁRIO	95
3. MANUAL DE INSTRUÇÕES	96
4. ESCOLHA DA AMOSTRA	96
4.1. Amostra de UBS	96
4.2. Amostra da população da área de abrangência das UBS	98
5. SELEÇÃO E TREINAMENTO DOS SUPERVISORES	100
6. TRABALHO DE CAMPO	100

6.1. Equipe técnica do projeto	100
6.2. Logística pré-trabalho de campo	101
6.3. Coleta dos dados	101
6.4. Logística do trabalho de campo nos municípios	102
6.5. Acompanhamento do trabalho de campo	104
6.6. Rotina com os questionários	105
7. CONTROLE DE QUALIDADE	105
8. PROCESSAMENTO DOS DADOS	107
8.1. Recepção e classificação dos instrumentos	107
8.2. Identificação e constituição dos lotes	107
9. CODIFICAÇÃO E DIGITAÇÃO DOS DADOS	108
10. ANÁLISE DOS DADOS	108
11. PROJETO X EXECUÇÃO: A REALIDADE DE UMA PESQUISA	109
ARTIGOS	111
ARTIGO 1 – Acesso a medicamentos de uso contínuo em adultos e idosos nas regiões sul e nordeste do Brasil	112
Resumo	113
Abstract	114
Introdução	115
Metodologia	115
Resultados	117
Discussão	121
Referências	127
ARTIGO 2 – Free access to hypertension and diabetes medicines among the elderly: a reality yet to be constructed	130
Abstract	132
Introduction	133
Methods	134
Results	137
Discussion	141
References	148
ARTIGO 3 – Acesso a medicamentos: uma revisão dos métodos de avaliação em nível domiciliar	156
Resumo	158
Abstract	159
Introdução	160
Metodologia	161
Resultados	164
Discussão	167
Referências	178
RESUMO PARA DIVULGAÇÃO NA IMPRENSA	183
ANEXOS	187
Anexo 1 - Questionário	188
Anexo 2 - Folha extra para medicamentos	195
Anexo 3 - Manual de instruções	197
Anexo 4 - Questionário de controle de qualidade adultos	208
Anexo 5 - Questionário de controle de qualidade idosos	210
Anexo 6 - Planilha de controle de qualidade	212
Anexo 7 - Capa de lote	214
Anexo 8 - Listagem de controle de lotes	216
Anexo 9 - Instruções aos autores (Cadernos de Saúde Pública)	218

APRESENTAÇÃO

APRESENTAÇÃO

Esta tese de doutorado, conforme previsto no regimento do programa de Pós-graduação em Epidemiologia da Universidade Federal de Pelotas, é composta por cinco partes: projeto de pesquisa, relatório do trabalho de campo, artigos, reportagem curta para ser divulgada na imprensa e anexos.

Projeto de pesquisa: o projeto de pesquisa intitulado “**Acesso a medicamentos em população assistida por diferentes modelos de atenção básica nas regiões sul e nordeste do Brasil**” foi defendido em 11 de abril de 2006, sendo a banca composta pelos professores Aluísio J. D. Barros e Iná S. Santos. A versão apresentada nesta tese já inclui as modificações sugeridas pela banca examinadora.

Relatório do trabalho de campo: o relatório descreve, passo-a-passo, as principais atividades desenvolvidas no planejamento e execução do trabalho de campo desta pesquisa, realizado no período de 15 de março à 10 de agosto de 2005. Uma vez que o projeto de pesquisa foi defendido após a realização do trabalho de campo, não serão detalhados os itens já apresentados no projeto.

Artigos: foram desenvolvidos durante o período do doutorado, três artigos que farão parte da tese.

Artigo 1 – Acesso a medicamentos de uso contínuo em adultos e idosos nas regiões sul e nordeste do Brasil (artigo publicado no periódico Cadernos de Saúde Pública 2008;24(2): 267-80)

Artigo 2 – Free access to hypertension and diabetes medicines among the elderly: a reality yet to be constructed (artigo submetido para publicação no periódico Cadernos de Saúde Pública)

Artigo 3- Acesso a medicamentos: uma revisão dos métodos de avaliação em nível domiciliar (será submetido para publicação no periódico Cadernos de Saúde Pública)

Reportagem curta (press-release): relato dos principais achados dos estudos apresentados na forma de reportagem para ser enviada aos órgãos da imprensa escrita.

Anexos: nele estão contidos os questionários da pesquisa, o manual utilizado para orientar a coleta dos dados, bem como os outros documentos utilizados na operacionalização da pesquisa.

PROJETO DE PESQUISA

**Universidade Federal de Pelotas
Faculdade de Medicina
Departamento de Medicina Social
Programa de Pós-graduação em Epidemiologia**

**Acesso a medicamentos em
população assistida por diferentes modelos de Atenção Básica,
nas regiões Sul e Nordeste do Brasil.**

PROJETO DE PESQUISA DE DOUTORADO

DOUTORANDA: VERA MARIA VIEIRA PANIZ

ORIENTADORA: ANACLAUDIA GASTAL FASSA

Pelotas, abril de 2006

APRESENTAÇÃO

A presente pesquisa foi planejada como um sub-estudo do Projeto Integrado de Capacitação e Pesquisa em Avaliação da Atenção Básica à Saúde, sob responsabilidade do Departamento de Medicina Social, do Departamento de Enfermagem e do Centro de Pesquisas Epidemiológicas da Universidade Federal de Pelotas (UFPel), vinculado ao Componente 3 (*Monitoramento e Avaliação*) do *Projeto de Expansão e Consolidação do Saúde da Família (PROESF)* coordenado e financiado nacionalmente pelo Ministério da Saúde (MS). Foram incluídos no estudo os 41 municípios com mais de 100 mil habitantes do Lote 2 Sul (Rio Grande do Sul e Santa Catarina) e do Lote 2 Nordeste (Alagoas, Paraíba, Pernambuco, Piauí e Rio Grande do Norte). A íntegra do projeto está disponível na página da internet: <http://www.epidemiologia-ufpel.org.br/proesf/index.htm>.

O *Projeto de Expansão e Consolidação do Saúde da Família – PROESF*, criado em 2003, é uma iniciativa do Ministério da Saúde, apoiada pelo Banco Mundial - BIRD, voltada para a organização e o fortalecimento da Atenção Básica à Saúde no País, particularmente em municípios de grande porte. Visa contribuir para a implantação e consolidação da Estratégia do Saúde da Família (ESF) por meio da elevação da qualificação do processo de trabalho e desempenho dos serviços, otimizando e assegurando respostas efetivas para a população, em todos os municípios brasileiros (Brasil, 2003).

Os recursos financeiros bem como as ações a serem implementadas pelo PROESF estão distribuídos nos seguintes Componentes:

Componente 1 - Apoio à Conversão do Modelo de Atenção Básica de Saúde

O grande desafio colocado para o fortalecimento da Atenção Básica (AB) no país é a expansão da ESF para os grandes centros urbanos, particularmente em municípios de mais de 100 mil habitantes. Nas áreas de maior concentração populacional a heterogeneidade das

condições econômico-sociais reflete-se também no acesso e na utilização desigual dos serviços de saúde.

O Componente 1 estimula a estruturação do Saúde da Família como porta de entrada do Sistema e viabilização de rede de serviços de suporte, englobando outros níveis de complexidade, para assegurar assistência integral aos usuários. Reúne uma série de ações e recursos, levando em conta características especiais dos grandes centros urbanos. As linhas de investimento previstas para esse Componente incluem ações de: modernização institucional; adequação da rede de serviços; fortalecimento dos sistemas de avaliação e informação e desenvolvimento de recursos humanos.

Componente 2 - Desenvolvimento de Recursos Humanos

Os municípios brasileiros têm se deparado com vários problemas relacionados a recursos humanos em saúde, destacando-se a insuficiência de profissionais preparados para o desempenho das atividades do Saúde da Família e também a dificuldade de adesão e fixação de trabalhadores nos diferentes territórios.

O Componente 2 do Projeto busca reforçar a política de recursos humanos na área de saúde, em especial na implementação e fortalecimento do modelo de Saúde da Família, nos municípios com Programa de Saúde da Família implantado. As linhas de investimento previstas para esse Componente são: capacitação e educação permanente de recursos humanos; formação de recursos humanos em saúde da família; apoio e monitoramento das atividades de desenvolvimento de recursos humanos.

Componente 3 - Monitoramento e Avaliação

Atualmente, no contexto da AB destacam-se três iniciativas que apontam para o avanço da *avaliação* no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS): (1) Pacto de Indicadores da AB; (2) Sistema de Informação da AB; (3) Monitoramento da Implantação e Funcionamento das Equipes de Saúde da Família no país. Esses instrumentos de avaliação são

utilizados como ferramentas de gestão nos três níveis de organização do SUS – municipal, estadual e nacional. Apesar dos avanços na área de avaliação da AB, ainda são observadas limitações relacionadas à coleta de dados, à sistematização e integração de processos e ao dimensionamento do impacto das ações.

O Componente 3 do PROESF é destinado para o apoio à estruturação e implementação de metodologias e instrumentos de monitoramento e avaliação de processo e desempenho dos serviços de saúde. As linhas de investimento previstas para esse Componente são: adequação dos sistemas de monitoramento da AB; avaliação da implementação da ESF; qualificação das Unidades Básicas de Saúde e ESF; e fundo de investigação e avaliação.

O objeto da Proposta da UFPel para o Componente 3, pode ser examinado através de quatro dimensões orientadoras da avaliação da AB: político-institucional, organizacional da atenção, do cuidado integral e do desempenho dos sistemas de saúde. A Proposta tem a possibilidade de avaliar o PROESF e o PSF quanto: a adequação da intervenção nos municípios beneficiários; o significado da intervenção para as mudanças na AB nestes municípios; a situação de saúde e o desempenho do sistema de saúde nos municípios antes da intervenção e o impacto do novo modelo no desempenho do sistema de saúde e na situação de saúde dos municípios.

O Estudo de Linha de Base (ELB) utilizou um delineamento transversal e incluiu a coleta de dados primários nos municípios. O trabalho de campo foi conduzido no período de março a agosto de 2005, em duas regiões do Brasil - Sul e Nordeste – abrangendo os 41 municípios com mais de 100 mil habitantes distribuídos em sete estados – Rio Grande do Sul, Santa Catarina, Paraíba, Pernambuco, Piauí, Alagoas e Rio Grande do Norte. Numa amostra sistemática por conglomerados de indivíduos residentes na área de abrangência das Unidades Básicas de Saúde sorteadas, foi investigado o acesso a medicamentos, além de características

sócio-demográficas e situação de saúde, fundamentais para o controle de fatores de confusão e de modificadores de efeito. Para este estudo a unidade de análise é o indivíduo.

Este projeto foi elaborado para nortear a produção de dois dos três artigos que devem atender parte das exigências do curso de doutorado. O terceiro será um artigo de revisão sobre acesso gratuito e adesão a tratamentos prescritos cujo resumo será apresentado no final deste projeto de pesquisa.

ARTIGOS QUE SERÃO PRODUZIDOS:

1. Acesso a medicamentos de uso contínuo em população assistida por diferentes modelos de Atenção Básica em Saúde.
2. Avaliação do acesso a medicamentos prescritos na última consulta médica.
3. Impacto do acesso gratuito a medicamentos na adesão ao tratamento prescrito (revisão).

RESUMO

Motivação: O Sistema Único de Saúde (SUS) prevê o acesso universal e equitativo às ações e serviços de saúde, independente do poder aquisitivo do cidadão. O acesso universal e gratuito a medicamentos essenciais padronizados pelo SUS, é garantido pela constituição e pelo artigo 6º da Lei 8080/90, que assegura a assistência terapêutica integral, incluindo a assistência farmacêutica. Desde a criação do SUS, têm-se buscado reorientar o modelo de atenção, de um modelo “hospitalocêntrico” e “curativista” para outro que tenha ênfase na Atenção Básica (AB) e na saúde familiar. Dentro dessa perspectiva, foi criado o Programa de Saúde da Família (PSF), implantado no Brasil como importante estratégia para reordenação do modelo assistencial, priorizando as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde de forma integral e contínua. A estratégia atual é consolidar o PSF como porta de entrada prioritária do SUS, com intuito de resolver, ainda na AB, cerca de 80% dos problemas de saúde mais prevalentes na população. O acesso aos medicamentos é, nesse contexto, fator determinante para que esta meta seja alcançada.

Objetivos: Avaliar o acesso a medicamentos de uso contínuo e medicamentos prescritos na última consulta médica, em população assistida por diferentes modelos de Atenção Básica na região sul e nordeste do Brasil. O artigo de revisão avaliará o impacto do acesso gratuito a medicamentos na adesão ao tratamento prescrito.

Métodos: O estudo possui delineamento transversal. A amostra está composta por indivíduos com 30 anos e mais de idade residentes em áreas cobertas por Postos de Saúde. O processo de amostragem foi realizado em múltiplos estágios, sendo as UBS sorteadas com probabilidade proporcional ao tamanho de cada município selecionado. Na área de cada UBS, foi obtida uma amostra sistemática por conglomerado, totalizando 8063 indivíduos (4060 adultos de 30 a 64 anos e 4003 idosos com 65 anos ou mais de idade).

Relevância: Grande parte dos estudos epidemiológicos sobre medicamentos restringe-se a estudar a prevalência de utilização sem avaliar como ocorre o acesso aos medicamentos. O acesso é um fator mediador entre a utilização dos serviços e, quando prescritos, a utilização de medicamentos. O estudo do acesso se confunde, portanto, com o estudo de utilização e seus fatores associados. O grande desafio nesta área, consiste em determinar as dificuldades de acesso também para aqueles que não usaram medicamentos, ou seja, avaliar a prevalência de medicamentos que o indivíduo necessita utilizar, mas deixou de usar por falta de acesso. Este estudo permitirá identificar as dificuldades encontradas pela população que reside nas áreas cobertas por postos de saúde, da região sul e nordeste do país, quanto ao acesso aos medicamentos, determinando também o seu perfil epidemiológico. Os resultados desta pesquisa podem contribuir para a avaliação dos modelos assistenciais vigentes no país, no que diz respeito a medicamentos.

SIGLAS E ABREVIATURAS

AB – Atenção Básica

AF – Assistência Farmacêutica

Anvisa - Agência Nacional de Vigilância Sanitária

CIB – Comissão Intergestores Bipartite

CIT - Comissão Intergestores Tripartite

CNS – Conselho Nacional de Saúde

DCB – Denominação Comum Brasileira

DCI – Denominação Comum Internacional

ELB – Estudo de Linha de Base

GM - Gabinete do Ministro

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

MS – Ministério da Saúde

OMS – Organização Mundial da Saúde (WHO – World Health Organization)

OPAS – Organização Pan-Americana de Saúde (Paho-Pan American Health Organization)

Pnad – Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios

Pnaf – Política Nacional de Assistência Farmacêutica

PNDS – Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde

PNM – Política Nacional de Medicamentos

PROESF – Projeto de Expansão e Consolidação do Saúde da Família

PSF - Programa de Saúde da Família

REMUME – Relação Municipal de Medicamentos Essenciais

RENAME – Relação Nacional de Medicamentos Essenciais

SUS – Sistema Único de Saúde

UBS – Unidade Básica de Saúde

DEFINIÇÃO DE TERMOS

Acesso: é um fator mediador entre a capacidade de produzir e oferecer serviços (ou produtos) e a produção e consumo real de tais serviços (Brasil, 2005). Acesso a medicamentos se refere à disponibilidade dos medicamentos e a capacidade financeira para sua obtenção de forma equitativa (WHO, 2003b).

Medicamento: produto farmacêutico, tecnicamente obtido ou elaborado, com finalidade profilática, curativa, paliativa ou para fins de diagnóstico (Brasil, 2001a). São preparações farmacêuticas produzidas por indústrias e farmácias de manipulação autorizadas, obedecendo a critérios técnicos e legais (Brasil, 2001c).

Acesso a medicamento: entende-se por acesso a medicamento, a obtenção com ou sem pagamento direto, pelo usuário, do medicamento prescrito (Leyva-Flores, 1998).

Atenção Básica de Saúde: constitui o primeiro nível da atenção à saúde no SUS, compreendendo um conjunto de ações de caráter individual e coletivo, que englobam a promoção da saúde, a prevenção de agravos, o tratamento, a reabilitação e manutenção da saúde (Brasil, 2004c).

Medicamento de uso contínuo: são aqueles empregados no tratamento de doenças crônicas e ou degenerativas, utilizados continuamente (Brasil, 2001a).

Adesão do paciente ao tratamento farmacológico (compliance): nível de aceitação, cooperação e cumprimento das instruções por parte do paciente em relação ao tratamento médico recebido (Ferraes, 2002).

Medicamentos essenciais: são definidos como aqueles de importância vital que devem estar disponíveis a todo momento no sistema de saúde, em quantidade adequada, na forma e dosagem apropriada, com qualidade assegurada e informação adequada, a um custo acessível para o indivíduo e para a comunidade (WHO, 2004b, WHO, 2004d).

Assistência Farmacêutica: grupo de atividades relacionadas com o medicamento, destinadas a apoiar as ações de saúde demandadas por uma comunidade. Envolve o abastecimento de medicamentos em todas e em cada uma das suas etapas constitutivas, a conservação e o controle de qualidade, a segurança e a eficácia terapêutica dos medicamentos, o acompanhamento e a avaliação da utilização, a obtenção e a difusão de informação sobre medicamentos e a educação permanente dos profissionais de saúde, do paciente e da comunidade para assegurar o uso racional de medicamentos (Portaria GM 3916/98 – PNM) (Brasil, 1998); Resolução do Conselho Nacional de Saúde 338/2004 – Pnaf) (Brasil, 2004a).

Uso racional: é o processo que compreende a prescrição apropriada; a disponibilidade oportuna e a preços acessíveis; a dispensação em condições adequadas; e o consumo nas doses indicadas, nos intervalos definidos e no período de tempo indicado de medicamentos eficazes, seguros e de qualidade (Brasil, 2001a).

Medicamento genérico: medicamento similar a um produto de referência ou inovador, que se pretende ser com este intercambiável, geralmente produzido após a expiração ou renúncia da proteção patentária ou de outros direitos de exclusividade, comprovada a sua eficácia, segurança e qualidade, e designado pela DCB ou, na sua ausência, pela DCI (Brasil, 1999a). São aqueles que, ao expirar a patente de marca de um produto, são comercializados sem nome de marca, de acordo com a denominação oficial (no Brasil, Denominação Comum Brasileira ou DCB) (Brasil, 2001a).

Denominação Comum Brasileira (DCB): denominação do fármaco ou princípio farmacologicamente ativo aprovada pelo órgão federal responsável pela vigilância sanitária (Brasil, 1999a, Brasil, 2003).

Denominação Comum Internacional (DCI): denominação do fármaco ou princípio farmacologicamente ativo recomendada pela Organização Mundial de Saúde (Brasil, 1999a, Brasil, 2003).

Política Nacional de Assistência Farmacêutica (Pnaf): aprovada em 2004, esta política é norteadora para a formulação de políticas setoriais, entre as quais, destacam-se as políticas de medicamentos, de ciência e tecnologia, de desenvolvimento industrial e de formação de recursos humanos, entre outras, garantindo a intersetorialidade inerente ao sistema de saúde do país (SUS) e cuja implantação envolve tanto o setor público quanto o privado de atenção à saúde (Brasil, 2004a).

Seleção: é um processo de escolha de medicamentos eficazes e seguros, imprescindíveis ao atendimento das necessidades de uma dada população, tendo como base as doenças prevalentes, com a finalidade de garantir uma terapêutica medicamentosa de qualidade nos diversos níveis de atenção à saúde (Brasil, 2001b).

Programação: consiste em estimar quantidades de medicamentos a serem adquiridas, para atender determinada demanda de serviços, em um período definido de tempo, possuindo influência direta sobre o abastecimento e o acesso ao medicamento (Brasil, 2001b).

Aquisição: consiste num conjunto de procedimentos pelos quais se efetiva o processo de compra dos medicamentos estabelecidos pela programação, com o objetivo de suprir as unidades de saúde em quantidade, qualidade e menor custo/efetividade, visando manter a regularidade e funcionamento do sistema (Brasil, 2001b).

Armazenamento: conjunto de procedimentos técnicos e administrativos que envolvem as atividades de recepção/recebimento de medicamentos; estocagem e guarda de medicamentos; conservação de medicamentos; controle de estoque (Brasil, 2001b).

Distribuição: atividade que consiste no suprimento de medicamentos às unidades de saúde, em quantidade, qualidade e tempo oportuno, para posterior dispensação à população usuária (Brasil, 2001b).

Dispensação: é o ato profissional farmacêutico de proporcionar um ou mais medicamentos a um paciente, em resposta à apresentação de uma receita elaborada por um

profissional autorizado. Nesse ato, o farmacêutico informa e orienta o paciente sobre o uso adequado do medicamento (Brasil, 2001b).

Prescrição: de acordo com a PNM (Brasil, 1998), a prescrição é o ato de definir o medicamento a ser consumido pelo paciente, com a respectiva dosagem e duração do tratamento; esse ato é expresso mediante a elaboração de uma receita médica (Brasil, 2001b).

Medicamentos destinados à AB: são os produtos necessários à prestação do elenco de ações e procedimentos compreendidos na AB de saúde (Brasil, 2001a).

Medicamentos excepcionais (alto custo): medicamentos geralmente de custo elevado, destinados a patologias específicas, na maioria das vezes utilizados por períodos prolongados recomendados para pacientes transplantados, insuficiência renal crônica, esclerose múltipla, hepatite viral crônica B e C, fibrose cística, osteoporose e outras (Brasil, 2001a).

Automedicação: uso de medicamentos sem a prescrição, orientação e ou o acompanhamento do médico ou dentista (Brasil, 2001a).

Fármaco: substância química que é o princípio ativo do medicamento (Brasil, 2001a).

Resolutividade: capacidade do serviço de solucionar os problemas que lhe são apresentados (Halal, 1994).

1. INTRODUÇÃO

1.1. Importância do acesso a medicamentos

Desde o início do século XX, o Brasil vem passando por mudanças no modelo de assistência à saúde na tentativa de atender as necessidades da população (Colombo, 2004). A partir da Constituição Brasileira de 1988, a competência para cuidar da saúde deixa de ser hegemônica da União e começam a acontecer as grandes mudanças estruturais na área da saúde. Dessa forma, passam a se definir melhor as competências e, particularmente, inicia-se o processo de descentralização (Marin, 2003).

O Sistema Único de Saúde (SUS), estabelecido pela Constituição Federal de 1988 (Brasil, 1988) e regulamentado pelas Leis nº 8080/90 (Brasil, 1990a) e 8142/90 (Brasil, 1990b), agrega todos os serviços públicos mantidos pelos governos municipais, estaduais e federal, bem como os serviços privados contratados e ou conveniados. O conjunto dos serviços prestados pelo SUS objetiva a ação integral à saúde e sua estruturação deve ser articulada e organizada de forma a propiciar o melhor resultado com os recursos disponíveis (Brasil, 2001c). Dentre os níveis de organização, a Atenção Básica (AB) compreende um conjunto de ações de alta cobertura populacional e de grande importância, executadas pelos serviços de saúde, que têm por características: atender os problemas de saúde mais prevalentes de dada população; promover, proteger e recuperar a saúde do indivíduo e da coletividade; atuar nos âmbitos ambulatorial e domiciliar (Brasil, 2001c).

Dentro desse contexto, emerge a importância da Assistência Farmacêutica Básica, entendida como um conjunto de atividades relacionadas ao acesso e ao uso racional de medicamentos, destinado a complementar e apoiar as ações da Atenção Básica à saúde (Brasil, 2001c).

O medicamento é o recurso terapêutico, quando bem utilizado, de maior relação custo-efetividade (Brasil, 2005), sendo os medicamentos essenciais uma das ferramentas necessárias para melhorar e manter a saúde (WHO, 2004c).

Desde o início dos anos 80, o conceito de medicamentos essenciais tem influenciado decisões nas políticas de saúde nacionais e internacionais, entretanto para muitas pessoas no mundo todo, os medicamentos estão ainda inacessíveis, indisponíveis e algumas vezes são inseguros e inapropriadamente usados (WHO, 2004c).

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 dos diversos países (Brasil, 2005).

A situação mundial do acesso a medicamentos essenciais é ainda considerada crítica. Embora o acesso à atenção à saúde seja um direito humano fundamental, no qual está incluído o acesso a medicamentos essenciais, a Organização Mundial de Saúde (OMS) estima que cerca de dois bilhões de pessoas (1/3 da população mundial) não tem acesso regular a esses medicamentos (WHO, 2004e).

Uma das recomendações da OMS para a área de medicamentos é “que em todas as partes, as pessoas tenham *acesso* aos medicamentos essenciais que necessitam, que seja promovido o *acesso equitativo* e *sustentável* aos medicamentos essenciais, particularmente para os indigentes e os menos favorecidos” (WHO, 2004e).

Segundo o documento (WHO, 2004e) que apresenta a estratégia da OMS para o período 2004-2007, a resposta aos desafios no campo dos medicamentos para o século XXI, deve ser dada por meio de quatro objetivos principais: (a) melhorar o acesso a medicamentos essenciais; (b) fortalecer as políticas nacionais de medicamentos; (c) melhorar a qualidade e segurança dos medicamentos; e (d) promover seu uso racional. Esse documento enfatiza a

importância de *“assegurar a implementação e o monitoramento das políticas nacionais de medicamentos”*.

1.2. Política Nacional de Medicamentos

O setor farmacêutico brasileiro tem passado por importantes transformações, principalmente nos últimos anos, destacando-se entre elas, a aprovação da Política Nacional de Medicamentos (PNM) (Brasil, 1998), a promulgação da Lei de Genéricos (Brasil, 1999a) e mais recentemente a aprovação da Política Nacional de Assistência Farmacêutica (Pnaf) (Brasil, 2004a), entre outras (Brasil, 2005).

A Política Nacional de Medicamentos, como parte essencial da Política Nacional de Saúde, baseada nos princípios e diretrizes do SUS, constitui um dos elementos fundamentais para a efetiva implementação de ações capazes de promover a melhoria das condições de assistência à saúde da população. O seu propósito precípua é o de garantir a necessária segurança, eficácia e qualidade dos medicamentos, a promoção do uso racional e o acesso da população àqueles considerados essenciais (Brasil, 2001a).

Uma das diretrizes para assegurar o disposto acima, foi a adoção da Relação de Medicamentos Essenciais (RENAME) (Brasil, 2002a, Brasil, 2002b). Integram o elenco dos medicamentos essenciais aqueles produtos considerados básicos e indispensáveis para atender a maioria dos problemas de saúde da população. Esses produtos devem estar continuamente disponíveis aos seguimentos da sociedade que deles necessitem (Brasil, 2001a).

Outra importante diretriz implementada com a publicação da PNM, foi a reorientação da Assistência Farmacêutica e sua adequação ao modelo descentralizado de gestão em saúde, atualmente vigente no Brasil (Marin, 2003). Esta política estabeleceu, além das diretrizes básicas, as prioridades e responsabilidades da Assistência Farmacêutica para os gestores federal, estaduais e municipais do Sistema Único de Saúde (SUS) (Brasil, 2001c).

A reorientação da Assistência Farmacêutica, pautada no atendimento de necessidades e prioridades locais, tem como objetivo o desenvolvimento de atividades relacionadas à promoção do acesso da população aos medicamentos essenciais e não deve se restringir à aquisição e à distribuição de medicamentos (Brasil, 2000c, Brasil, 2001c). Ela deve ser considerada como uma das atividades prioritárias da assistência à saúde, em face da sua transversalidade com as demais ações e programas de saúde. A Assistência Farmacêutica no SUS engloba, portanto, as etapas de seleção, programação, aquisição, armazenamento, distribuição e dispensação, o que deverá favorecer a permanente disponibilidade dos produtos segundo as reais necessidades de cada população, tendo como base as doenças prevalentes (Brasil, 2000c).

As demais diretrizes da PNM para assegurar o acesso da população a medicamentos seguros, eficazes e de qualidade, ao menor custo possível são: regulamentação sanitária de medicamentos; promoção do uso racional; desenvolvimento científico e tecnológico; promoção da produção de medicamentos; garantia da segurança, eficácia e qualidade dos medicamentos; desenvolvimento e capacitação de recursos humanos (Brasil, 2001a).

1.3. Gastos com medicamentos

Em 1999, o Ministério da Saúde (MS), visando implementar as diretrizes e prioridades da PNM, estabeleceu os critérios e requisitos para a qualificação dos municípios e estados ao Incentivo à Assistência Farmacêutica Básica (Brasil, 1999b). Esse incentivo é financiado pelos três níveis de governo (federal, estaduais e municipais), e a transferência dos recursos federais está condicionada à contrapartida dos estados, municípios e do Distrito Federal (Brasil, 2001c). Esses recursos são destinados a aquisição de medicamentos essenciais que, na AB à saúde, devem proporcionar as condições mínimas necessárias para seu uso racional e

contribuir para a ampliação do acesso da população aos mesmos (Brasil, 2001b, Brasil, 2001c).

O município tem a responsabilidade de assegurar o suprimento dos medicamentos destinados a AB de saúde a sua população, integrando sua programação à do estado, visando garantir o abastecimento de forma permanente e oportuna (Brasil, 2001c).

A Comissão Intergestores Bipartite Estaduais (CIB) desempenha o papel de aprovar a relação dos medicamentos básicos, para os municípios do estado, destinados ao atendimento das doenças prevalentes identificadas na AB. Assim, cada estado e seus municípios terão sua relação de medicamentos selecionados, que deve conter o Elenco Mínimo e Obrigatório de Medicamentos para pactuação na AB (Brasil, 2000d, Brasil, 2001c). As definições sobre o financiamento que envolvem as três esferas de gestão do SUS são discutidas e pactuadas na Comissão Intergestores Tripartite (CIT) (Brasil, 2005). Os recursos existentes devem ser bem utilizados na compra de medicamentos realmente necessários e comprovadamente seguros e eficazes (Brasil, 2001c).

O mercado farmacêutico brasileiro é um dos cinco maiores do mundo. A produção e a venda de medicamentos deve enquadrar-se em um conjunto de leis e regulamentos para garantir a eficácia, segurança, qualidade e custos acessíveis ao consumidor e a programas de subsídios institucionais (Brasil, 2001a).

As relações de medicamentos essenciais no Brasil são utilizadas no âmbito do SUS, porém a disponibilização de medicamentos no SUS, não está restrita aos medicamentos constantes na RENAME (Brasil, 2005). As fontes de financiamento e distribuição dos medicamentos no SUS, pertencem a vários programas como:

Medicamentos estratégicos: utilizados para o tratamento de agravos referentes a programas específicos do MS (Brasil, 1999b). São fornecidos pelo MS para atender a programas nacionais de DST/Aids, tuberculose, hanseníase, sangue e hemoderivados,

diabetes e controle de endemias (doença de Chagas, esquistossomose, filariose, leishmaniose, malária, peste e tracoma) (Brasil, 2005, Brasil, 2001b).

Medicamentos de alto custo – medicamentos excepcionais: são utilizados para o tratamento de agravos complexos e seu elenco é definido pelo MS, sendo alguns pertencentes a RENAME. São adquiridos pelas Secretarias Estaduais de Saúde, ressarcidas posteriormente pelo MS (Brasil, 2005).

Medicamentos para o Programa da Saúde da Família (PSF): são destinados para atendimento das equipes do PSF (Brasil, 2000a). São financiados e adquiridos pelo governo federal e distribuídos aos municípios em quantidade proporcional a população coberta pelo programa. Complementarmente os municípios também adquirem medicamentos (Brasil, 2005).

Medicamentos para hipertensão arterial e diabetes mellitus: São medicamentos para atendimento de pacientes cadastrados no Programa Nacional de Assistência Farmacêutica para Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus (parte integrante do Plano Nacional de Reorganização da Atenção a Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus) (Brasil, 2005). São distribuídos diretamente pelo MS aos municípios habilitados a esses programas e o elenco é composto por cinco medicamentos essenciais básicos: captopril 25mg, hidroclorotiazida 25mg e propranolol 40mg destinados ao tratamento da hipertensão; glibenclamida 5mg e metformina 500 e 850mg para o diabetes, além da insulina NPH-100 distribuída sistematicamente na rede pública (Brasil, 2000b).

Medicamentos para saúde mental: utilizados para o tratamento ambulatorial de transtornos mentais. Adquiridos pelos municípios com recursos do Programa de Incentivo à Saúde Mental (Brasil, 1999c).

Farmácia popular: iniciativa do Governo Federal incluída na Política Nacional de Assistência Farmacêutica (Pnaf) (Brasil, 2004a), com o objetivo de ampliar o acesso da

população a medicamentos básicos e essenciais, por meio da criação da rede de farmácias. A Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), órgão do MS e executora do programa, adquire os medicamentos de laboratórios farmacêuticos públicos ou do setor privado e disponibiliza nas Farmácias Populares a baixo custo (Brasil, 2004b). Esta forma de co-pagamento é uma iniciativa que está sendo implementada de maneira gradual em escala nacional e era ainda incipiente no momento da coleta dos dados desta pesquisa.

O medicamento é o recurso terapêutico mais utilizado e, em consequência, o gasto com medicamentos é, depois dos gastos com pessoal, o que apresenta maior custo para o sistema de saúde e também o maior gasto para as famílias (Silva, 2004). De acordo com a OMS, o gasto com medicamentos corresponde de 24 a 66% do gasto nacional em saúde nos países em desenvolvimento (WHO, 2002a).

No tocante ao perfil do consumidor brasileiro, este pode ser dividido em três grupos: os que possuem renda acima de 10 salários mínimos (15% da população) consomem 48% da produção total de medicamentos; o grupo com renda entre quatro e 10 salários mínimos (34%) consome 36% da produção e os que têm renda entre zero e quatro salários mínimos (51% da população) consomem 16% da produção (Brasil, 2001a). Este fato evidencia claramente que, por razões socioeconômicas, o acesso à terapia medicamentosa não ocorre de forma igual na população, ficando comprometido para os milhões de brasileiros que têm baixa renda (Ferraes, 2002).

Além da influência de fatores socioeconômicos no consumo de medicamentos, tem-se a influência dos fatores demográficos, como do aumento da expectativa de vida ao nascer e do processo de envelhecimento populacional. Estes interferem principalmente na demanda de medicamentos destinados ao tratamento das doenças crônico-degenerativas, em especial, daqueles de uso contínuo, como é o caso da hipertensão e do diabetes (Brasil, 2001a).

Existem evidências de que a maior parte dos custos diretos associados com hipertensão e diabetes é devido a medicamentos (Dias da Costa, 2002).

Também o manejo de doenças crônicas, como o diabetes, deve ser feito dentro de um sistema hierarquizado de saúde, sendo sua base, o nível primário (Assunção, 2001). Neste caso, o fornecimento do medicamento para o tratamento do diabetes, é fundamental para a resolutividade da atenção básica.

Enquanto observa-se na última década vários avanços na questão, por exemplo, dos medicamentos antiretrovirais, distribuídos gratuitamente aos que necessitam (Homedes, 2006), percebemos grandes dificuldades na disponibilidade e acesso aos medicamentos essenciais a serem utilizados pelos usuários do SUS, na atenção básica (Ferraes, 2002). Um estudo realizado em 11 cidades brasileira para monitorar a disponibilidade de medicamentos essenciais para a AB nos serviços públicos de saúde, revelou uma severa deficiência destes, somente 55,4% dos 61 medicamentos investigados estavam disponíveis (Karnikowski, 2004).

O custo dos medicamentos é um dos mais importantes fatores relacionados ao uso de medicamentos no nível familiar em países em desenvolvimento, onde 50-90% dos medicamentos prescritos são pagos pelo indivíduo (WHO, 2004c). O gasto com medicamentos representa 37% dos gastos das famílias com saúde, sendo que as famílias mais pobres têm quase todo o seu gasto com saúde composto por despesas com medicamentos (Silveira, 2002).

1.4. Justificativa

Os medicamentos constituem ferramentas poderosas no tratamento e recuperação da saúde, minimizando o sofrimento humano. Produzem a cura, prolongam a vida ou retardam o surgimento de complicações associadas às doenças crônicas (Pepe, 2000). Seu uso apropriado é altamente custo-efetivo (Brasil, 2005), uma vez que podem influenciar substancialmente no

retorno do paciente aos serviços de saúde (Ferraes, 2002). Assim, o acesso aos medicamentos essenciais à saúde da população é o primeiro passo para o estabelecimento de uma política de medicamentos (Pepe, 2000).

Na segunda metade dos anos 90 a política nacional de saúde foi marcada pela implementação de novos programas, por ações regulatórias e por modalidades de alocação de recursos, visando aumentar os níveis de equidade e eficácia do SUS (Senna, 2002).

Dentro desse contexto, em 1994 difundiu-se em âmbito nacional o Programa de Saúde da Família (PSF) constituindo-se em modalidade de atenção básica implantada, prioritariamente, para as populações com risco aumentado, tanto do ponto de vista biológico quanto socioeconômico (Goldbaum, 2005). Esse programa se constitui em uma estratégia de reorganização do sistema de atenção à saúde para o Sistema Único de Saúde (SUS), sendo descrito como ferramenta de promoção de equidade na oferta de serviços (Marques, 2003). Uma das estratégias deste programa é a vinculação do paciente às unidades de saúde para o tratamento e acompanhamento, promovendo um atendimento resolutivo e de qualidade (Brasil, 2000a). Nesse sentido, o medicamento é de vital importância, sendo difícil um outro fator, isoladamente, possuir no âmbito dos serviços de saúde, maior impacto sobre a capacidade resolutiva dos mesmos (Brasil, 2001b).

Torna-se relevante, portanto, avaliar o acesso a medicamentos em população assistida por diferentes modelos de AB em distintas regiões do Brasil, aprofundando o conhecimento sobre o que de fato ocorre no modelo assistencial vigente no país e examinando em que medida os princípios de promoção, proteção e recuperação da saúde estão sendo atendidos.

O presente estudo permitirá avaliar o acesso da população maior de 30 anos a medicamentos de uso contínuo independente da realização de consulta médica nos últimos seis meses, bem como o acesso a medicamentos prescritos na última consulta médica nos últimos 30 dias, em duas regiões distintas do país, assim como a forma e o local do acesso.

Desse modo, os resultados desta pesquisa podem contribuir para melhorar o acesso gratuito a medicamentos, identificando as dificuldades na aquisição dos medicamentos essenciais, principalmente nas áreas cobertas pelo PSF. A caracterização do perfil epidemiológico da população residente nas áreas cobertas pelos diferentes modelos de AB, fornecerão subsídios para a seleção e programação do elenco de medicamentos necessários para aumentar a resolutividade das UBS, no que diz respeito a medicamentos.

1.5. Revisão de literatura

Realizou-se inicialmente uma busca ampla nas bases de dados eletrônicos LILACS e MEDLINE utilizando-se como descritores “DRUG UTILIZATION” (palavras) e “DRUG UTILIZATION ACCESS” (any field), a qual resultou em 489 + 767 resumos respectivamente. Destes, foram selecionados um total de 53 para obtenção na íntegra. Para refinar a seleção de artigos específicos sobre o tema proposto, associou-se outros descritores como: PRIMARY CARE; PATIENT CARE; HEALTH CARE; PRIMARY HEALTH CARE; FAMILY HEALTH PROGRAM; AGING HEALTH; HEALTH SERVICES; HEALTH SERVICES ACCESSIBILITY; DRUG USE HABITS; ESSENCIAL DRUGS; DRUG PRESCRIPTION; DRUGS EXPENDITURES; DRUG DELIVERY SYSTEMS; DRUG EVALUATION; ACCESS; SELF-MEDICATION; HYPERTENSION; DIABETES MELLITUS; COMPLIANCE; PRESCRIPTION; PHARMACOEPIDEMIOLOGY; KNOWLEDGE, ATTITUDES, PRACTICE; RISK FACTORS; AGED; ELDERLY; SURVEY; CROSS-SECTIONAL STUDIES.

Dentre os resumos encontrados, solicitou-se na íntegra os estudos de maior relevância. Foi também realizada uma busca por autores, revistas, referências citadas nos artigos recebidos e nos sites institucionais da Organização Mundial de Saúde, Organização Pan-

Americana da Saúde e do Ministério da Saúde, totalizando 89 artigos, 4 livros e 2 dissertações.

Ao final da revisão de literatura, será apresentado um quadro que relaciona os artigos revisados até março/2006 sobre acesso a medicamentos, pesquisados nas bases de dados eletrônicos LILACS e MEDLINE, utilizando os descritores citados e as estratégias de busca acima mencionadas. Não serão incluídos os artigos acima selecionados, que avaliaram a utilização de serviços, utilização de medicamentos ou avaliação de programas de saúde, que não tenham abordado o acesso a medicamentos.

Foram encontrados na literatura vários estudos sobre utilização de medicamentos. Estudos epidemiológicos nacionais (Bertoldi, 2004, Loyola Filho, 2002, Simões, 1988, Vilarino, 1998) e internacionais (Bardel, 2000, Eggen, 1994, Sans, 2002) de base populacional apontam uma prevalência de uso global entre 40 a 70%. Os estudos existentes abordam o padrão de uso de medicamentos (Arrais, 2005, Bardel, 2000, Bertoldi, 2004, Córdova, 1999, Eggen, 1994, Flores, 2005, Rodrigues, 2006, Sans, 2002, Simões, 1988), automedicação (Arrais, 1997, Loyola Filho, 2005) (Vilarino, 1998), adequação de uso (Almeida, 1999, Assunção, 2002, Coelho Filho, 2004, Mosegui, 1999, Rozenfeld, 2003), padrão de prescrição (Colombo, 2004) e uso de genéricos (Bertoldi, 2005). O presente estudo amplia o conhecimento avaliando o acesso aos medicamentos, ou seja, se este ocorre de forma total, regular, se foi obtido gratuitamente ou acarretou gastos para a família.

Inquéritos populacionais sobre acesso a medicamentos são importantes para a identificação de problemas existentes entre os grupos mais vulneráveis, bem como de fatores associados a estes problemas, de modo a fornecer subsídios para o seu adequado enfrentamento.

Para a OMS, promover o acesso aos medicamentos essenciais é assegurar a disponibilidade dos medicamentos e a capacidade financeira para sua obtenção de forma

equitativa. Do ponto de vista do paciente ou consumidor, acesso a medicamentos significa que tais medicamentos podem ser obtidos a uma distância razoável (estão geograficamente acessíveis), estão facilmente disponíveis nos serviços de saúde (fisicamente disponíveis), a um custo compatível com a capacidade financeira do paciente ou consumidor (financeiramente acessíveis) (WHO, 2000).

Segundo a OMS, até o início do século XXI, um terço da população mundial não tinha acesso aos medicamentos essenciais. Expandir o acesso, particularmente para populações de baixa renda e menos favorecidas, é estratégia prioritária para a OMS, juntamente com a formulação de políticas de medicamentos, qualidade, segurança e uso racional dos medicamentos (WHO, 2003a).

Um estudo da OMS comparando o processo de reforma na saúde e sistemas de seguro de saúde na Argentina, Colômbia, Chile, Costa-Rica, Guatemala e Estados Unidos mostrou que a combinação de seleção racional, preços acessíveis, sistemas de financiamento sustentáveis e sistemas de abastecimento de medicamentos confiáveis, são os elementos necessários para assegurar acesso aos medicamentos essenciais (WHO, 2002b).

Nos Estados Unidos, uma revisão sobre o uso de medicação em idosos mostrou que para as pessoas não beneficiadas por seguro de saúde, frequentemente faltam recursos para obter a medicação. Políticas sociais, como o Medicaid, cobrem a prescrição de apenas 11% de pessoas pobres naquele país (Murray, 2003).

Um outro estudo realizado no mesmo país revelou que a proporção de idosos cronicamente doentes, sem seguro privado de saúde, com problemas para obter os medicamentos prescritos aumentou de 12,4 para 16,4% entre 2001 e 2003. Ao mesmo tempo, significantes disparidades no acesso a medicamentos prescritos foram verificadas entre americanos portadores de doença crônica brancos e negros, com negros tendo duas vezes mais relato de problemas para o acesso aos medicamentos prescritos (Reed, 2005).

Uma pesquisa sobre a prescrição médica, acesso e gastos com medicamentos foi realizado com dados da Pesquisa Nacional de Saúde do México em 1994. Os resultados revelaram que 78% dos usuários de serviços de saúde receberam prescrição de medicamentos. A obtenção gratuita esteve presente em 92% daqueles que possuíam seguro social contra 35% dos que dependiam da Secretaria de Saúde. A região com maior índice de pobreza apresentou menor acesso gratuito aos medicamentos (Leyva-Flores, 1998).

Na Argentina, em 2003, foi realizada uma avaliação do Programa Remediar, sancionado em 2002, concomitantemente a aprovação da Lei de Prescrição pelo nome Genérico, com o objetivo principal de melhorar o acesso aos medicamentos. Uma amostra representativa de 4000 pessoas que receberam prescrição médica em 100 postos de atenção primária em saúde, foram entrevistadas. Foi verificado um elevado foco do referido programa, com 94% de pessoas contempladas pelo Remediar abaixo da linha de pobreza. Dentre os 56% de consultas que resultaram em prescrição médica, em 70% o medicamento foi fornecido gratuitamente. A participação do programa na entrega gratuita representou 61% (Argentina, 2003).

Na literatura nacional, têm sido realizados poucos estudos epidemiológicos sobre acesso a medicamentos (Berquó, 2004, Brasil, 2005, Carvalho, 2005, Fegadolli, 1999, Halal, 1994, Lima-Costa, 2003, Lima-Costa, 2002, Loyola Filho, 2002, Naves, 2005, Paiva, 2006, Ribeiro, 2004, Santos, 2004, Silva, 2004, Simões, 2000, Tasca, 1999, Teixeira, 2001). Estes estudos revelam que a prevalência de acesso aos medicamentos varia de 60,3% (Santos, 2004) a 89,6% (Brasil, 2005). No entanto, os determinantes e fatores associados ao acesso, não foram avaliados.

Uma avaliação de acesso a medicamentos em amostra nacional de indivíduos com mais de 18 anos de idade, realizada com dados da Pesquisa Mundial de Saúde, utilizou como critério de inclusão do indivíduo no estudo, a presença de algum medicamento no domicílio

(Carvalho, 2005). Esta pesquisa revelou que 64% dos entrevistados receberam receita de medicamentos na última consulta médica e 87% tiveram acesso aos medicamentos prescritos. Para os indivíduos que não tiveram acesso aos medicamentos prescritos (13%), 55% relataram que não podiam pagar e 13% mencionaram que o medicamento prescrito não estava disponível.

Um estudo de avaliação da Assistência Farmacêutica no Brasil, coordenado pelo Ministério da Saúde; Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial de Saúde em 2004 (Brasil, 2005), realizado nas cinco regiões do país, incluiu um inquérito domiciliar que contemplou 916 domicílios e teve como um de seus objetivos, descrever a prevalência de acesso a medicamentos. A prevalência de acesso encontrada foi de 89,6% para todos os medicamentos prescritos, sendo que em domicílios com oito ou mais bens, todos os medicamentos prescritos por médico foram obtidos. O acesso parcial correspondeu a 8,5% dos entrevistados e nenhum medicamento prescrito foi obtido por 1,9%. A maior parte da amostra obteve seus medicamentos em farmácias privadas (62,4%), sendo que a falta de dinheiro para comprar foi o motivo mais freqüente para aqueles que não conseguiram obter, seguido da falta do medicamento no centro de saúde. Os dados desta pesquisa indicam a falha do setor público na provisão dos medicamentos, tendo em vista que o modelo brasileiro é baseado na distribuição gratuita de medicamentos essenciais. Para este estudo, o critério de inclusão do domicílio era ter pelo menos um morador que tivesse estado doente de uma situação aguda nos últimos 15 dias, sendo excluídos, portanto, aqueles em uso de medicamentos para doenças crônicas.

Um outro estudo que também utilizou indicadores da assistência farmacêutica propostos pela OMS, entrevistou 30 usuários de 15 dos 62 centros de saúde do Distrito Federal em 2001. Os dados revelaram que foram efetivamente dispensados 61,2% dos medicamentos prescritos. Destes, 85,3% pertenciam à RENAME, bem como 60,6% dos não

atendidos. Da lista dos medicamentos-chave, 83,2% estavam disponíveis. Os autores concluíram que após 30 anos da elaboração da primeira lista de medicamentos essenciais no Brasil, esses ainda estão parcialmente disponíveis na rede pública, inclusive os destinados a doenças crônicas. Foi concluído também, que a eficiência das ações de assistência farmacêutica está seriamente comprometida pela dificuldade de acesso (Naves, 2005).

Uma avaliação da assistência ao paciente portador de doenças crônicas, assistidos pelo PSF, sob a visão do usuário, foi realizada em São Paulo com 72 pacientes. Foi verificado que 88,9% eram usuários do PSF local. Desses, 15,8% referiram como problema a falta de medicamentos, sendo que 57,8% dos entrevistados relataram que não recebem todo o medicamento do serviço. Entre esses, 83,8% afirmam comprar o seu medicamento quando necessário, 10,8% procuram em outros postos e 5,4% esperam chegar o medicamento. Entre os pacientes, 63,9% referiram ter gastos mensais com medicamentos. Nesse estudo, o PSF mostrou-se uma alternativa válida para aumentar o acesso à saúde, na busca de maior equidade no atendimento às necessidades da população. O índice de satisfação dos usuários mostrou-se positivo, apesar das referidas queixas de falta de medicamento (Paiva, 2006).

Com relação à medicação de uso contínuo para hipertensão arterial, um estudo realizado no Paraná com 429 usuários de Unidades Básicas de Saúde (UBS) que utilizavam fármacos anti-hipertensivos, revelou que a necessidade de medicamento foi o motivo da consulta para 80,3% dos entrevistados. No entanto, o acesso à medicação prescrita foi apenas parcial para 59%, sendo a UBS o principal local de acesso, representando 87,2% dos medicamentos obtidos, seguido da farmácia comercial com 6,1%. Neste mesmo estudo foi também observado que o uso regular de medicamentos para hipertensão arterial correspondeu a 74,6% dos entrevistados, sendo que 3% consultam, levam a medicação quando esta está disponível na UBS, mas não utilizam (Tasca, 1999). Isto indica que a adesão ao tratamento prescrito possui outros determinantes além da possibilidade de obtenção do medicamento.

Estes resultados revelam que os investimentos na melhoria da AB podem estar comprometidos pela falta de acesso aos medicamentos. A literatura indica que a falta de fornecimento de medicação é uma causa freqüente de retorno de pacientes aos serviços de saúde, onerando a rede pública e comprometendo a resolutividade da AB (Ferraes, 2002).

Em Pelotas, um estudo realizado com uma amostra de 10% dos pacientes que consultaram em dois Postos de Atenção Primária à Saúde, entrevistados no domicílio 15 dias após a consulta, indicou que a resolução do problema foi alcançada em 87,9% dos pacientes. A resolutividade esteve associada à disponibilidade de medicamentos no posto. Os pacientes que receberam todo ou pelo menos parte do tratamento tiveram uma probabilidade 33% maior de terem o seu problema resolvido. Para o grupo de pacientes que conseguiu comprar todo o tratamento, a probabilidade de melhorar ou ter o problema resolvido foi 25% maior, quando comparado com os pacientes que não receberam medicação gratuita. Entre as variáveis independentes estudadas, a resolução do problema foi dependente apenas da disponibilidade de medicamentos (Halal, 1994). Esse achado reforça a importância do acesso ao medicamento e o reafirma como fator isolado de maior impacto sobre as ações de saúde e de capacidade resolutiva das mesmas (Brasil, 2001a).

Em 1997 foi realizada uma investigação em 3111 prescrições para avaliar a antibioticoterapia em crianças de 1 a 5 anos atendidas em UBS. Entre as consultas realizadas, 29,5% resultaram em prescrição de antibióticos. Destes, 65% foram fornecidos aos pacientes e 33,6% não existiam na UBS (Fegadolli, 1999). A falta de medicamento na UBS pode comprometer o tratamento, pois a maior parte dos pacientes que procura o serviço público são indivíduos de menor poder aquisitivo.

Um estudo de base populacional com 6.145 indivíduos de todas as faixas etárias foi conduzido para avaliar o uso de antimicrobianos nos 30 dias que antecederam a entrevista. A prevalência global de utilização encontrada foi de 8%. Apenas 15% possuíam a receita e

quase metade apresentou a embalagem do medicamento utilizado. Na amostra estudada, 10% receberam os medicamentos gratuitamente em postos de saúde (Berquó, 2004).

O acesso a medicamentos prescritos foi avaliado em 10 UBS e 6.692 receitas de clínicos e pediatras. A amostra foi composta por 30 pacientes em cada UBS. Quanto à percentagem de medicamentos fornecidos, o valor médio foi de 60,3%, variando entre as UBS de 7,85% a 75,1% (Santos, 2004).

Para conhecer as características do uso de medicamentos na AB do SUS, foi realizada uma pesquisa com 390 usuários de 13 das 54 UBS de Londrina-PR. Os resultados revelaram uma prevalência de acesso para 71,8% dos medicamentos prescritos. No entanto a autora verificou que apenas 46,1% das UBS possuíam todos os medicamentos chaves da lista pactuada para a assistência farmacêutica básica e a Relação Municipal de Medicamentos Essenciais (REMUME), estava presente em 69,2% das UBS avaliadas. Segundo o que foi concluído na referida pesquisa, a falta de medicamentos-chaves, marcadores da disponibilidade de medicamentos no serviço e de medicamentos padronizados, sinaliza que há problemas no abastecimento do município, envolvendo as etapas de programação, aquisição e distribuição de medicamentos (Silva, 2004).

Com o objetivo de determinar diferenças na adesão e no acesso das usuárias de pré-natal nas UBS do SUS e nas UBS com módulo da saúde da família (MSF), foi desenvolvido um estudo comparativo com 203 gestantes usuárias da rede básica de saúde, distribuída por 22 municípios nas cinco regiões do país. Quanto à distribuição de medicamentos, os MSF foram melhor avaliados frente às UBS (Ribeiro, 2004).

Em um estudo sobre automedicação na população com 18 anos ou mais de idade, foi observado que entre os 54% dos indivíduos que relataram ter consumido exclusivamente medicamentos prescritos nos três meses anteriores à entrevista, 92,1% declarou ter gastos monetários com medicamentos no último ano (Loyola Filho, 2002).

Simões avaliando 500 prescrições de medicamentos para idosos em uma UBS, verificou que 61,3% dos medicamentos prescritos constavam na lista de medicamentos padronizada pelo município; e 71,6% foram doados aos pacientes (Simões, 2000).

Um estudo qualitativo realizado com 30 pacientes idosos no Paraná avaliou as respostas à pergunta “O senhor já deixou de comprar medicamento por não ter dinheiro ou por achar caro”? O estudo concluiu que o custo da saúde, em se tratando da aquisição do medicamento, parece ser um problema que deve ser enfrentado e solucionado. O alto custo mensal dos medicamentos está associado com a história do não seguimento das recomendações médicas. Desta forma evidencia-se a questão financeira como a principal muralha a impedir o tratamento (Teixeira, 2001).

Lima-Costa (2003) avaliando também a população idosa, concluiu, após ajuste para variáveis de confusão, que os idosos que dependiam do serviço público em comparação aos que possuíam plano privado de saúde, usaram menor número de medicamentos prescritos. O relato de dificuldades para adquirir medicamentos devido a problemas financeiros foi de 25,2% para aqueles que possuíam plano de saúde e 47,2% para os que dependiam do setor público (Lima-Costa, 2002). De acordo com dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD, 1998), o mesmo autor estudou o gasto médio com medicamentos de uso regular no último mês, na população acima de 60 anos. Esse gasto correspondeu a 23% do valor do salário mínimo, sendo ainda maior entre os homens (25%). Considerando-se que 50% da população estudada têm renda pessoal \leq 1 salário mínimo, o gasto médio mensal com medicamentos compromete aproximadamente um quarto da renda (23%) de metade da população idosa brasileira. (Lima-Costa, 2003).

Conclui-se que o atendimento aos idosos no que diz respeito ao acesso a medicamentos ainda é limitado, uma vez que esta faixa etária apresenta maior necessidade de

utilização e a grande maioria não tem recursos financeiros para adquirir os medicamentos, dependendo na maior parte das vezes, do fornecimento pela rede pública.

Sob iniciativa da OMS para 71 países, foi realizada no Brasil em 2003, a extensa Pesquisa Mundial de Saúde, cujos dados preliminares, foram recentemente publicados (Szwarcwald, 2004). Entre os meses de janeiro a setembro, cinco mil brasileiros com idade acima de 18 anos, em 250 setores censitários distribuídos em 188 municípios de 25 estados (excluídos Acre e Roraima), foram submetidos a um questionário adaptado da OMS para coletar informações sobre o perfil epidemiológico da população. Este inquérito populacional buscou suprir informações sobre o estado de saúde das populações, acesso, cobertura e utilização de serviços de saúde nos países membros. Entre os aspectos abordados foi avaliado o uso de medicamentos e sua representação no orçamento familiar. Quanto ao percentual de insatisfação dos usuários em relação à assistência a saúde, 7% foi devido à disponibilidade de medicamentos. Os gastos com saúde representaram aproximadamente 19% do gasto mensal domiciliar, sendo os medicamentos o seu principal componente, correspondendo a 31% do total. O percentual de indivíduos que tiveram que fazer empréstimos ou vender objetos para pagar despesas com saúde foi de 9%. Entre pessoas com doenças de longa duração, o percentual alcança 16% (Szwarcwald, 2004).

Em vista desse panorama, o presente estudo foi delineado para avaliar o acesso a medicamentos em população assistida por diferentes modelos de AB.

Quadro 1: Principais referências bibliográficas pesquisadas sobre acesso a medicamentos.

Autor/ Local/ Ano de publicação	Título do estudo	Tipo de estudo/ amostra	Principais resultados	Conclusões do estudo
Halal IS, Sparrenberger F, Bertoni A M, Ciacommet C, Seibel CE et al. Brasil, (RS), 1994.	Avaliação da qualidade de assistência primária a saúde em localidade urbana da região sul do Brasil.	Transversal Entrevistas domiciliares com 10% (n=99) dos pacientes que consultaram em duas UBS, 15 dias após a consulta.	55,7% das consultas resultaram em prescrição de medicamentos. 86,4% obtiveram todos os medicamentos prescritos. 38,1% receberam todo ou parte do tratamento na UBS, 14,3% retiraram todo ou parte na farmácia municipal e 39,3% compraram todos. Foi observada associação entre resolutividade e disponibilidade de medicamentos na UBS.	Pacientes que receberam todo ou pelo menos parte do tratamento tiveram uma probabilidade 33% maior de terem seu problema resolvido. A disponibilidade de medicamentos no próprio posto de saúde é o principal fator associado com a capacidade resolutiva qualitativa do serviço.
Leyva-Flores R, Erviti-Erice J, Kageyama-Escobar ML, Arredondo A. México, 1998.	Prescripción, acceso y gasto em medicamentos entre usuários de servicios de salud en México.	Descritivo Amostra nacional de 3324 usuários de serviço de saúde público e privado.	78% dos usuários receberam prescrição de medicamentos. Destes, 97% tiveram acesso a todos os medicamentos: 61% adquiriram no local da consulta ou em outra unidade da mesma instituição e 39% em farmácias privadas. Do total de usuários com prescrição, 52% tiveram acesso gratuito, sendo que menos de 60% deste ocorreu em instituições públicas.	A região com maior índice de pobreza teve menor acesso gratuito aos medicamentos. Promover maior equidade no acesso a medicamentos ainda é um desafio o Sistema de Saúde no México.
Fegadolli C, Simões MJS, Jorge IC, Tanaka KSS. Brasil, (SP), 1999.	Antibióticoterapia em crianças na prática diária em Unidades de Saúde de Araraquara-SP, 1997.	Transversal 3111 prescrições em crianças de 1 a 5 anos.	65% dos antibióticos prescritos foram fornecidos.	Elevada taxa de medicamentos prescritos e não fornecidos pela Unidade de Saúde. Sabendo-se que o paciente que procura o serviço público é pobre, a assistência farmacêutica à saúde fica a desejar.
Tasca RS, Soares DA, Cuman RKN. Brasil, (PR), 1999.	Acesso a medicamentos anti-hipertensivos em Unidade Básica de Saúde em Maringá-Paraná.	Transversal 429 usuários de fármacos anti-hipertensivos (FAH) do Núcleo Integrado de Saúde (NIS).	A necessidade do medicamento foi o motivo da consulta para 80,3%. O acesso ao FAH prescrito foi parcial para 59%, total para 25,4% e 15,6% não tiveram acesso. O principal local de acesso foi o NIS (87,2%) seguido da farmácia comercial (6,1%) e Centro Regional de saúde (2,1%).	O uso regular de FAH foi de 74,6% sendo que 3% consultam, levam a medicação quando está disponível no NIS, mas não utilizam. Isto sugere que o acesso gratuito a medicação não garante a adesão ao tratamento.

Autor/ Local/ Ano de publicação	Título do estudo	Tipo de estudo/ amostra	Principais resultados	Conclusões do estudo
Simões MJS, Falvo IF. Brasil, (SP), 2000.	Estudo da prescrição de medicamentos para idosos atendidos em serviço público de saúde, em município da região sudeste, Brasil 1999.	Transversal 500 prescrições médicas de indivíduos com idade ≥60 anos em Unidade Municipal de Saúde de Araraquara.	61,3% dos medicamentos prescritos constavam na lista de medicamentos padronizada pelo município. 71,6% dos medicamentos prescritos foram doados aos pacientes.	É preciso que haja um percentual em torno de 100% para atender os pacientes idosos, uma vez que a grande maioria não tem recursos financeiros para comprar medicamento.
Teixeira JJV, Lefèvre F. Brasil, (PR) 2001.	A prescrição medicamentosa sob a ótica do paciente idoso.	Descritivo de corte qualitativo 30 pacientes idosos.	As idéias centrais apresentadas pelos sujeitos coletivos sobre acesso foram: “ <i>eu sempre dei um jeito de compra</i> ” “ <i>já deixei</i> ”	O custo da saúde, em se tratando da aquisição do medicamento, parece ser um problema que deve ser enfrentado e solucionado. O alto custo mensal dos medicamentos está associado com a história do não seguimento das recomendações médicas.
Lima-Costa MFF, Guerra HL, Firmo JOA, Vidigal PG,Uchoa E, Barreto SM. Brasil, (MG), 2002.	The Bambui Health and Aging Study (BHAS): private health plan and medical care utilization by older adults.	Transversal Todos os residentes na cidade de Bambuí, com idade ≥60 anos.	Após ajuste para variáveis de confusão, os idosos que dependiam do serviço público em comparação aos que possuíam plano privado de saúde, usaram menor número de medicamentos prescritos. O relato de dificuldades para adquirir medicamentos devido a problemas financeiros foi de 25,2% (plano de saúde) e 47,2% (setor público).	Novas investigações são necessárias para determinar se estes resultados são generalizáveis para outras comunidades do país.
Loyola Filho AI, Uchoa E, Guerra HL, Firmo JOA, Lima Costa MF. Brasil(MG) 2002.	Prevalência e fatores associados a automedicação: resultados do projeto Bambuí.	Transversal 775 indivíduos com idade ≥18 anos.	54% relataram ter consumido exclusivamente medicamentos prescritos por médicos nos últimos 90 dias. Destes, 92,1% tiveram gastos monetários com medicamentos nos últimos 12 meses.	Os gastos monetários com medicamentos foram maiores no grupo que se automedicou, indicando uma associação negativa entre automedicação e utilização de serviços de saúde.
Argentina, 2003.	Impacto de REMEDIAR sobre el acceso a medicamentos.	Transversal, 4000 pessoas em 100 CAPS (Centro de Atención Primaria de la Salud) de todo o país.	% consultas c/ prescrição=56% % prescrições c/ entrega gratuita=70% Participação do REMEDIAR na entrega gratuita=61% Medicamentos REMEDIAR/receita REMEDIAR=1.2 Foco: 94% dos beneficiários do REMEDIAR estão abaixo da linha de pobreza.	> acesso gratuito a medicamentos nos CAPS alcançados pelo programa REMEDIAR e < proporção de pessoas que recebem medicamento gratuitamente necessitando de medicamentos adicionais. O REMEDIAR é o programa sanitário melhor focado e de maior impacto.

Autor/ Local/ Ano de publicação	Título do estudo	Tipo de estudo/ amostra	Principais resultados	Conclusões do estudo
Lima-Costa MF, Barreto SM, Giatti L. Brasil, 2003.	Condições de saúde, capacidade funcional, uso de serviços de saúde e gastos com medicamentos da população idosa brasileira: um estudo descritivo baseado na PNAD.	Descritivo 28.943 idosos com idade ≥ 60 anos que representam a população brasileira (exceto região norte).	Considerando os gastos médios com medicamentos de uso regular nos últimos trinta dias, transformados em proporções do salário mínimo da época do estudo para homens e mulheres, verificou-se que este gasto representou 25% e 22% respectivamente.	Considerando-se que 50% da população estudada têm renda pessoal ≤ 1 salário mínimo, o gasto médio mensal com medicamentos compromete aproximadamente um quarto da renda (23%) de metade da população idosa brasileira.
Murray MD, Callahan CM. United States, 2003.	Improving medication use for older adults: an integrated research agenda.	Artigo de revisão	Medicaid cobre a prescrição de 11% de pessoas pobres nos US. Para pessoas não beneficiadas por este programa, frequentemente faltam recursos para obter a medicação.	O custo-efetividade e o melhor acesso a medicação, não garante uma prescrição apropriada e mesmo quando esta ocorre, pouca adesão pode comprometer o tratamento.
Silva PV. Brasil, (PR), 2003.	O uso de medicamentos na atenção básica em Londrina, PR.	Transversal 390 usuários de 13 UBS.	71,8% dos medicamentos prescritos foram dispensados.	Embora os usuários do SUS de Londrina tenham acesso aos medicamentos da REMUME nas UBS, não se pode afirmar que este acesso seja regular.
Berquó LS, Barros AJD, Lima RC, Bertoldi AD. Brasil, (RS), 2004.	Utilização de antimicrobianos em uma população urbana.	Transversal 6145 indivíduos de todas as idades.	Apenas 10% dos indivíduos que usaram algum antimicrobiano nos 30 dias anteriores a entrevista, receberam esses medicamentos gratuitamente em postos de saúde.	Não houve diferença estatisticamente significativa em relação a renda familiar da amostra, o que sugere que em se tratando de aquisição de antimicrobianos, mesmo as famílias de baixa renda os compram, certamente em detrimento de outros itens do orçamento doméstico.
Ribeiro JM, Costa NR, Pinto LFS, Silva PLB. Brasil, 2004.	Atenção ao pré-natal na percepção das usuárias do Sistema Único de Saúde: um estudo comparativo.	Transversal 203 gestantes usuárias da rede básica em 22 municípios de 5 regiões do país.	Quanto à distribuição de medicamentos, os MSF (Módulos de Saúde da Família) foram melhor avaliados frente às UBS.	Novos estudos devem considerar amostras mais representativas e controlar fatores relevantes como perfil socioeconômico, de rede de serviços e dos órgãos gestores.
Santos V, Nittrini SMOO. Brasil, (SP), 2004.	Indicadores do uso de medicamentos prescritos e de assistência ao paciente de serviços de saúde.	Descritivo com dados 1 ^{os} e 2 ^{os} . 6692 receitas de clínicos e pediatras de 2 UBDS (UB e Distritais de Saúde) e 8 UBS.	O valor médio de medicamentos fornecidos do total de prescritos foi de 60,3%, com variação entre as unidades de 7,85% a 75,1%.	O fornecimento de medicamento pela rede pública é de grande importância quanto ao aspecto médico-social. Devido a desigualdade social no Brasil, pode-se ter diagnóstico e prescrição corretamente realizados, sem que o paciente alcance sucesso terapêutico por dificuldade de acesso.

Autor/ Local/ Ano de publicação	Título do estudo	Tipo de estudo/ amostra	Principais resultados	Conclusões do estudo
Carvalho, MF, Pascom AR, Souza-Junior PR, Damacena GN, Szwarcwad CL. Brasil, 2005.	Utilization of medicines by the Brazilian population, 2003.	Transversal 5000 adultos ≥18 anos que possuíam algum medicamento em casa. *Dados da Pesquisa Mundial de Saúde, Brasil, 2003.	49% usaram algum medicamento. 64% tiveram medicamentos prescritos por um profissional de saúde na última consulta médica. Destes, 87% obtiveram todos os medicamentos prescritos. Entre os 417 (13%) que não obtiveram todos os medicamentos prescritos, 55% relataram que não podiam pagar e para 13% o motivo foi não ter encontrado o medicamento.	O estudo demonstrou que a falta de dinheiro foi a razão mais citada entre aqueles que não obtiveram todos os medicamentos. Este resultado indica que a dificuldade em obter todos os medicamentos necessários para o tratamento, ainda é um problema a ser resolvido pelo sistema público de saúde.
Naves JOS, Silver LD. Brasil, (DF), 2005.	Avaliação da assistência farmacêutica na atenção primária no Distrito Federal.	Transversal 30 usuários de 15 Centros de Saúde.	Foram efetivamente dispensados 61,2% dos medicamentos prescritos. 85,3% dos medicamentos prescritos pertenciam à Relação de Medicamentos Essenciais – RENAME -, bem como 60,6% dos não atendidos.	Após 30 anos da elaboração da primeira RENAME no Brasil, esses medicamentos ainda estão apenas parcialmente disponíveis na rede pública, inclusive os destinados a doenças crônicas.
Reed M. United States, 2005.	An update on Americans' access to prescription drugs.	Descritivo	Em 2003, mais de 14 milhões de adultos americanos com doença crônica, metade deles de baixa renda, não tiveram acesso total a sua prescrição.	Dificuldade de acesso aos medicamentos prescritos aumentou de 12,4 para 16,4% entre 2001 e 2003, acompanhada de significantes disparidades entre brancos e negros.
MS; OPAS, OMS. Brasil, 2005.	Avaliação da assistência farmacêutica no Brasil: estrutura, processo e resultados.	Transversal 916 domicílios, 5 estados, 2 municípios por estado no Brasil.	Em 89,6% dos domicílios, os doentes obtiveram todos os medicamentos receitados. A maior parte obteve seus medicamentos em farmácias privadas e a falta de dinheiro para comprar foi o motivo mais freqüente para aqueles que não conseguiram obter.	Os dados indicam a falha do setor público na provisão dos medicamentos, tendo em vista que o modelo brasileiro é baseado na distribuição gratuita de medicamentos essenciais.
Paiva DCP, Bersusa AAS, Escuder MML. Brasil, (SP), 2006.	Avaliação da assistência ao paciente com diabetes e/ou hipertensão pelo Programa Saúde da Família do Município de Francisco Morato, São Paulo, Brasil.	Transversal 72 pessoas com diabetes e/ou hipertensão cadastrados no município de Francisco Morato.	88,9% eram usuários do PSF local. Destes, 15,8% referiram como problema a falta de medicamentos. Dos entrevistados, 57,8% relataram que não recebem todo o medicamento do serviço. Destes, 83,8% afirmam comprar o seu medicamento quando necessário, 10,8% procuram em outros postos e 5,4% esperam chegar o medicamento. Dos pacientes, 63,9% referiram ter gastos mensais com medicamentos.	O PSF mostrou-se uma alternativa válida para aumentar o acesso à saúde, na busca de maior equidade no atendimento às necessidades da população. O índice de satisfação dos usuários mostrou-se positivo, apesar das referidas queixas de falta de medicamento.

1.6. Marco Teórico

A OMS, criada em 1948, introduziu a partir de 1975, a questão dos medicamentos essenciais na pauta das discussões sobre os principais problemas dos países em desenvolvimento, no enfrentamento das suas políticas de saúde (Silva, 2004). Em 1977, foi publicada pela OMS, a primeira lista de medicamentos essenciais, com o objetivo de assessorar os países na seleção e aquisição de medicamentos de qualidade comprovada, a preços acessíveis (WHO, 2003b). A meta da OMS *é que pessoas, em toda parte, tenham acesso aos medicamentos essenciais que necessitam*; que os medicamentos sejam seguros, efetivos e de boa qualidade; e que sejam prescritos e usados racionalmente (WHO, 2004d). Nesse contexto, o acesso a medicamentos passa a ser uma ferramenta importante na promoção da equidade, um dos princípios básicos do SUS (Brasil, 1990a). O conceito de acesso a medicamento (Leyva-Flores, 1998), está diretamente relacionado à disponibilidade deste e da possibilidade de obtê-lo (Ferraes, 2002). Cabe-nos ressaltar que o acesso pressupõe um contato direto do paciente com o sistema de saúde. É durante este contato que o paciente recebe (ou não) a prescrição do medicamento, porém a aquisição dependerá da disponibilidade gratuita e da possibilidade de compra (Ferraes, 2002).

Pode-se dizer, portanto, que o acesso aos medicamentos reflete as desigualdades sociais e econômicas (Rozenfeld, 2003), uma vez que está relacionado a utilização dos serviços de saúde, sendo este o seu principal determinante.

O modelo teórico (Figura 1), proposto para explicar os múltiplos fatores relacionados ao acesso a medicamentos indica que os fatores demográficos (sexo, idade, cor da pele e situação conjugal) assim como os socioeconômicos (escolaridade, renda familiar, nível econômico, trabalho remunerado/aposentadoria) são determinantes distais do acesso. As mulheres utilizam mais os serviços de saúde do que os homens (Dias da Costa, 1997, Mendoza-Sassi, 2001, Pinheiro, 1999). Este diferencial explica-se em parte pelas variações no

perfil de necessidades de saúde, incluindo-se as demandas associadas, por exemplo, a consultas obstétricas e ginecológicas, e nas diferentes percepções destas necessidades entre os gêneros (Pinheiro, 2002).

O mesmo ocorre com o efeito do aumento da idade sobre a maior utilização de serviços de saúde (Cesar, 1996, Dias da Costa, 1997, Mendoza-Sassi, 2001) e de medicamentos (Bardel, 2000, Simões, 1988), demonstrada por diversos artigos e explicada principalmente pela maior ocorrência de doenças crônicas. As doenças próprias da terceira idade produzem um padrão de prescrição e de uso de medicamentos diferente daquele encontrado em outras faixas etárias (Rozenfeld, 2003), sendo o acesso a medicamentos um dos grandes problemas vivenciados pelos idosos (Acurcio, 2006). O maior consumo de medicamentos, nos idosos com 60 anos ou mais ocorre em indivíduos de melhor nível econômico. Esse modelo coincide com o uso de serviços de saúde, como é largamente descrito na literatura (Coelho Filho, 2004, Miralles, 1998). Para cor da pele e situação conjugal, os estudos são contraditórios, uma vez que o efeito destas variáveis pode ser confundido pelas variáveis socioeconômicas e tipo de serviço utilizado (público ou privado) (Mendoza-Sassi, 2001).

Quando se avalia os aspectos socioeconômicos, observa-se que os indivíduos com maior grau de instrução, têm comportamento diferente frente às necessidades em saúde, sendo esta variável juntamente com o desemprego, importantes preditores do maior número de consultas médicas (Mendoza-Sassi, 2001) e maior utilização de medicamentos (Bardel, 2000). A renda familiar aparece como determinante importante do consumo de medicamentos. Pessoas de melhor poder aquisitivo consomem mais medicamentos (Arrais, 2005, Béria, 1993), o que revela a iniquidade no acesso ao tratamento prescrito. O mesmo ocorre com o nível econômico, onde indivíduos pertencentes ao nível socioeconômico mais alto têm maior utilização de medicamentos quando comparados com aqueles no nível mais baixo (Bertoldi, 2004), no entanto, este último é composto por indivíduos com maiores necessidades em saúde

e maior utilização de serviços (Mendoza-Sassi, 2001). Neste caso a maior utilização de medicamentos em indivíduos com maior poder aquisitivo está determinada pelo maior acesso e não pelas necessidades em saúde, reforçando a lei dos cuidados inversos em saúde (Hart, 1971).

No segundo nível de análise, as variáveis comportamentais, tabagismo e sedentarismo, são influenciadas pelas variáveis acima descritas e importantes determinantes das necessidades em saúde. A inatividade física está bem descrita na literatura como fator de risco para várias morbidades e indivíduos desta categoria utilizam mais medicamentos (Bardel, 2000, Bertoldi, 2004). Da mesma forma os ex-fumantes também utilizam mais medicamentos (Bardel, 2000, Bertoldi, 2004). Estas associações estão sujeitas, num estudo transversal, a possibilidade de causalidade reversa, uma vez que estes indivíduos podem pertencer a um grupo com pior condição de saúde, devido inclusive a exposição prolongada, por exemplo ao fumo, sendo a condição de saúde resultante desta exposição e a causa do abandono do hábito de fumar (Bertoldi, 2004).

No terceiro nível de determinação, encontram-se as variáveis que refletem as alterações no estado de saúde do indivíduo e que podem levá-lo a consultar e ou usar medicamentos. Destacam-se como indicadores de necessidades em saúde a pior autopercepção de saúde (Mendoza-Sassi, 2001) e a presença de morbidade (Pinheiro, 1999), fatores estes que aumentam a utilização de serviços de saúde e de medicamentos (Bardel, 2000, Bertoldi, 2004).

A utilização de serviços de saúde, determinada pelas variáveis acima descritas, possui várias categorias explicativas para o maior acesso aos medicamentos. Destacam-se aqui, o vínculo com o local de consulta e ou médico, os quais estão associados a um maior número de consultas preventivas (Mendoza-Sassi, 2001). A continuidade na AB está estreitamente

relacionada a uma maior resolutividade do serviço (Mendoza-Sassi, 2003), sendo o acesso aos medicamentos, ferramenta importante nesse processo.

1.7. Modelo teórico

O modelo conceitual de análise do presente estudo abrange cinco níveis hierárquicos. Situados mais distalmente (primeiro nível), encontram-se os fatores demográficos (sexo, idade, cor da pele e situação conjugal) e socioeconômicos (escolaridade, renda familiar, nível econômico e trabalho remunerado/aposentadoria), os quais podem ser fatores determinantes das variáveis comportamentais, tabagismo e sedentarismo, (segundo nível). As variáveis acima citadas se inter-relacionam e determinam, por sua vez, a situação de saúde do indivíduo (morbidades e autopercepção de saúde), situadas no terceiro nível. Destacam-se o nível econômico, idade e saúde do indivíduo, como principais variáveis que determinam à utilização de serviços de saúde (quarto nível). As variáveis do quarto nível, por sua vez, podem interferir no acesso a medicamentos, conduzindo ou não ao uso destes, uma vez que a utilização de medicamentos é um processo complexo determinado por inúmeros fatores (Vance, 1986).

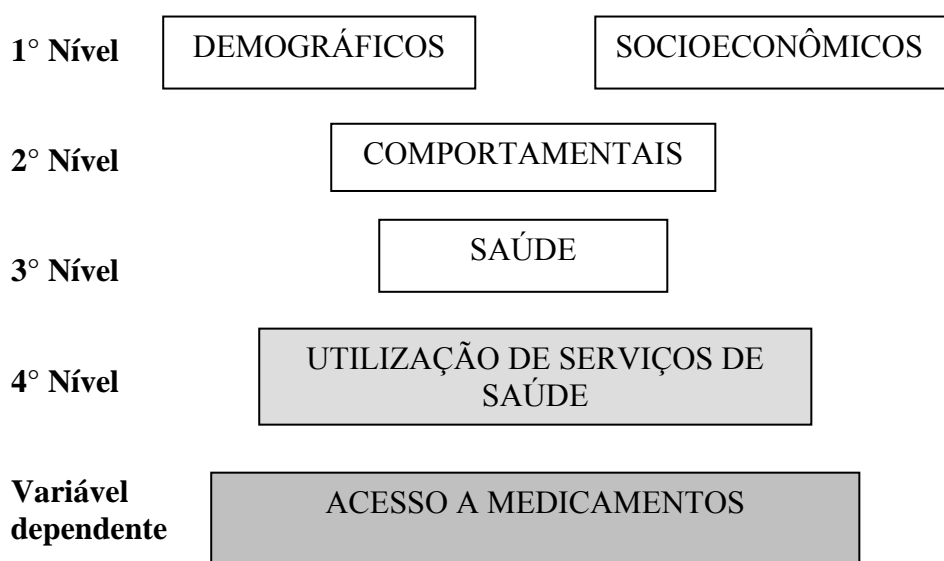


Figura 1 - Modelo Teórico

2. OBJETIVOS

2.1. Objetivo geral

- Avaliar o acesso a medicamentos em população de 30 anos ou mais, residente na área de abrangência de Unidades Básicas de Saúde da região sul e nordeste do Brasil, caracterizando seus determinantes.

2.2. Objetivos específicos

ARTIGO 1

Acesso a medicamentos de uso contínuo em população assistida por diferentes modelos de Atenção Básica em Saúde.

1-Identificar a prevalência de acesso no último mês a medicamentos de uso contínuo para hipertensão, diabetes e problemas de saúde mental, descrevendo:

- o acesso gratuito e o local da obtenção gratuita
- o nome químico dos medicamentos classificando-os por grupo farmacológico
- a morbidade para a qual o medicamento é necessário
- a apresentação de receita, embalagem ou bula dos medicamentos
- o número total de medicamentos referidos
- a percentagem de medicamentos citados que fazem parte da RENAME
- os motivos que levaram os indivíduos a não ter acesso aos medicamentos

2-Avaliar a associação do acesso a medicamentos de uso contínuo com:

- determinantes individuais (fatores demográficos, socioeconômicos, comportamentais e de saúde)
- Tipo de UBS (PSF pré-PROESF, PSF pós-PROESF, Mista ou AB Tradicional),
- vínculo com a UBS

- vínculo com o médico
- características do acesso às consultas (tempo decorrido da solicitação até a consulta, agendamento da consulta, data da última consulta na UBS)

- participação em grupos

ARTIGO 2

Avaliação do acesso a medicamentos prescritos na última consulta médica.

1- Avaliar o acesso a medicamentos receitados na ultima consulta médica nos últimos 30 dias, segundo o número de medicamentos prescritos descrevendo:

- o acesso gratuito e o local da obtenção gratuita
- o nome químico dos medicamentos classificando-os por grupo farmacológico
- a morbidade para a qual o medicamento foi receitado
- a apresentação da receita, embalagem ou bula dos medicamentos
- o número total de medicamentos receitados
- a percentagem de medicamentos receitados que fazem parte da RENAME
- os motivos que levaram os indivíduos a não ter acesso aos medicamentos

2-Avaliar a associação do acesso a medicamentos prescritos na última consulta médica nos últimos 30 dias com:

- determinantes individuais (fatores demográficos, socioeconômicos, comportamentais e de saúde)

- número de consultas médicas realizadas na UBS
- tipo de UBS (PSF pré-PROESF, PSF pós-PROESF, Mista ou AB Tradicional)
- local da última consulta médica
- especialidade do médico
- tempo decorrido da última consulta médica

ARTIGO 3

Impacto do acesso gratuito a medicamentos e adesão ao tratamento (revisão)

Sumarizar, com base na revisão de literatura, evidências sobre o efeito do acesso gratuito aos medicamentos na adesão ao tratamento prescrito por médico.

3. HIPÓTESES

Considerando os objetivos específicos propostos, foram formuladas as hipóteses abaixo relacionadas com base na revisão de literatura. Para algumas destas hipóteses não foram encontrados estudos específicos sobre acesso a medicamentos de uso contínuo independente da realização de consultas médicas e acesso a medicamentos prescritos na última consulta médica. Para estas, utilizou-se dados de estudos sobre utilização de medicamentos ou estudos sobre acesso a serviços de saúde e dispensação de medicamentos na população em geral.

ARTIGO 1

- A prevalência de acesso estimada é de 80% (Tasca, 1999).
- O acesso gratuito será inferior a 50% (Tasca, 1999).
- O acesso gratuito será maior nas áreas cobertas pelo PSF (Conill, 2002, Mendoza-Sassi, 2001, Paiva, 2006).
- A maior prevalência de acesso será para os medicamentos que fazem parte do Programa para Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus (Brasil, 2000b).
- Os grupos farmacológicos de maior acesso serão os diuréticos entre os hipertensos, os hipoglicemiantes orais entre os diabéticos e os benzodiazepínicos entre quem relatou problemas de saúde mental (Almeida, 1999, Dias da Costa, 2002, Flores, 2005, Rodrigues, 2006).

- O maior acesso ocorrerá em indivíduos hipertensos (Bertoldi, 2004, Carvalho, 2005, Coelho Filho, 2004, Flores, 2005, Naves, 2005).

-A maioria dos indivíduos não apresentará receita do medicamento que necessita utilizar (Carvalho, 2005).

- Para a maioria dos indivíduos que relatarem necessidade de utilização de mais de três medicamentos o acesso será parcial (Tasca, 1999).

- O maior acesso ocorrerá para medicamentos que fazem parte da RENAME (Naves, 2005).

- Um terço das pessoas que deixaram de utilizar o medicamento no último mês terá relatado como motivo a não disponibilidade deste na UBS (Brasil, 2005).

- O maior acesso a medicamentos de uso contínuo ocorrerá nestes grupos: usuários de postos de saúde com PSF, indivíduos que possuem vínculo com a UBS, a maioria das consultas ocorre com o mesmo médico, consultas realizadas há menos de 15 dias e agendadas, aqueles que participam de grupo na UBS da área, mulheres, faixa etária acima de 65 anos, indivíduos de cor branca com companheiro, maior escolaridade, aqueles que não trabalharam no último mês ou são aposentados, maior nível econômico e renda familiar, ex-fumantes, sedentários, com pior autopercepção de saúde e hipertensos (Arrais, 2005, Bertoldi, 2004, Mendoza-Sassi, 2001, Mendoza-Sassi, 2003, Paiva, 2006).

ARTIGO 2

- A prevalência de acesso estimada é de 70% (Brasil, 2005).

- O acesso gratuito será inferior a 50% (Santos, 2004).

-O acesso gratuito será maior na UBS da área coberta pelo PSF, para quem consultou neste local na última consulta (Conill, 2002, Mendoza-Sassi, 2001, Paiva, 2006).

-A maior prevalência de acesso será para o Paracetamol e Diclofenaco de Sódio (Colombo, 2004).

-Os grupos farmacológicos de maior acesso serão os analgésicos, antiinflamatórios e antimicrobianos (Bertoldi, 2004, Carvalho, 2005, Colombo, 2004).

- O maior acesso ocorrerá em indivíduos que relataram problemas respiratórios e dor não especificada (Brasil, 2005).

-A maioria dos indivíduos não possuirá a receita dos medicamentos prescritos (Carvalho, 2005).

-Para os indivíduos que receberam prescrição de mais de três medicamentos o acesso será parcial (Paiva, 2006).

- O maior acesso ocorrerá para medicamentos que fazem parte da RENAME (Naves, 2005, Simões, 2000).

- A maioria das pessoas que deixaram de utilizar o medicamento no último mês terá relatado como motivo o fato de não poder pagar (Brasil, 2005, Lima-Costa, 2002).

- O maior acesso a medicamentos prescritos ocorrerá nestes grupos: indivíduos cuja última consulta ocorreu no posto de saúde com PSF, a última consulta ocorreu com um clínico geral há menos de 15 dias, mulheres, faixa etária acima de 35 anos, indivíduos de cor branca com companheiro, maior escolaridade, aqueles que não trabalharam no último mês ou são aposentados, maior nível econômico e renda familiar, ex-fumantes, sedentários, com pior autopercepção de saúde e que não relataram uma morbidade específica (Arrais, 2005, Bertoldi, 2004, Mendoza-Sassi, 2001, Mendoza-Sassi, 2003, Paiva, 2006).

4. METODOLOGIA

4.1. Delineamento

O delineamento do estudo é transversal. Este delineamento é adequado para o estudo de prevalência de desfechos comuns, permitindo também avaliar fatores de risco, uma vez que a sua tipologia possui grupo de comparação (Rothman, 1998). O delineamento proposto também é amplamente utilizado em saúde pública tanto para estabelecer a imagem inicial de situações sanitárias, como para avaliar a efetividade de políticas e ações desenvolvidas (Andrade, 1997). A abordagem populacional utilizada nesta pesquisa amplia e possibilita estudar o acesso a medicamentos de uso contínuo em amostra de indivíduos, independente da realização de consultas médicas.

O delineamento transversal possui, entretanto, uma limitação com relação ao que se pode concluir através de seus resultados – o viés de memória. Este viés pode ocorrer quando são coletadas informações sobre fatos ocorridos no passado, podendo os entrevistados que possuem a variável de interesse, lembrarem mais precisamente o que lhes é perguntado do que aqueles que não possuem (Rothman, 1998). Espera-se que na avaliação do acesso a medicamentos esta não seja uma limitação importante, visto que mesmo as pessoas portadoras de doenças crônicas que utilizam medicamentos regularmente, podem não lembrar o nome dos medicamentos que precisam utilizar, independentemente de terem obtido (Steyn, 2005). Para medicamentos receitados na última consulta médica nos últimos 30 dias, acredita-se que o entrevistado possua a receita, embalagem ou mesmo possa ainda estar fazendo uso deste, o que também minimiza a ocorrência desse viés.

O recordatório utilizado neste estudo está de acordo com a maioria da literatura revisada. Para a avaliação do uso global e uso contínuo de medicamentos, a literatura aponta um período recordatório bastante variável. É comum encontrar estudos que utilizaram sete

dias (Coelho Filho, 2004, Flores, 2005), 15 dias (Arrais, 2005, Bertoldi, 2004, Simões, 1988), 30 dias (Vilarino, 1998), três meses (Loyola Filho, 2002), seis meses (Barat, 2000, Shankar, 2003) e até um ano (Brzozowska, 2002, Moxey, 2003). Em relação a consultas médicas, os estudos normalmente utilizam um período recordatório de três meses (Arrais, 2005, Pinheiro, 1999) ou ainda maior, usualmente 12 meses (Acurcio, 2006, Dias da Costa, 1997, Lima-Costa, 2002, Mendoza-Sassi, 2003, Loyola Filho, 2002 #184).

Outra limitação inerente ao delineamento proposto é a causalidade reversa, a qual pode impossibilitar o estabelecimento da direcionalidade de algumas associações investigadas, como o vínculo do usuário com o local de consulta e/ou médico e o diagnóstico de doença crônica e/ou acesso à medicação de uso contínuo.

4.2. População-alvo e amostra

Indivíduos com idade igual ou superior a 30 anos, residentes na área de abrangência de postos de saúde dos municípios com mais de 100 mil habitantes da região sul e nordeste do Brasil, assistidos por diferentes modelos de atenção básica.

Foi tomada como população em estudo uma amostra da população-alvo em 41 municípios, distribuídos em sete estados do Brasil (Rio Grande do Sul, Santa Catarina, Paraíba, Piauí, Pernambuco, Alagoas e Rio Grande do Norte). Esta amostra de indivíduos residentes na área de abrangência das UBS selecionadas, inclui usuários da UBS da área, usuários de outros serviços, bem como não usuários de serviços de saúde.

Foi considerado como critério de exclusão, indivíduos institucionalizados em asilos, hospitais e presídios.

4.3. Tamanho da amostra

A partir do tamanho da amostra total obtida no estudo (8063 indivíduos: 4060 adultos e 4003 idosos), foram realizados os cálculos para estimar a margem de erro para o estudo da prevalência de acesso a medicamentos de uso contínuo, independente da realização de consulta médica nos últimos seis meses, bem como para a avaliação da prevalência de acesso a medicamentos prescritos na última consulta médica, nos últimos 30 dias. Além destes, foram também realizados os cálculos do poder estatístico deste estudo, para as associações a serem pesquisadas. Todos os cálculos de tamanho de amostra foram realizados através do software EpiInfo 6.0 (Dean, 2001), adotando-se os seguintes parâmetros: nível de confiança de 95% e poder de 80%, além do efeito de delineamento amostral encontrado neste estudo para a variável acesso a medicamentos, equivalente a $\pm 2,0$.

A prevalência estimada para o acesso a medicamentos, baseou-se na literatura nacional revisada, a qual aponta prevalências que variam de 60,3% e 89,6% (Brasil, 2005, Santos, 2004, Carvalho, 2005, Naves, 2005, Silva, 2004, Simões, 2000).

O número de indivíduos que relatou que precisa utilizar medicamentos para hipertensão, diabetes e problemas de saúde mental, correspondeu a 49,3% da amostra total do estudo. Com a amostra obtida (3966 indivíduos com 30 anos ou mais de idade) a margem de erro para a estimativa da prevalência de 80% de acesso é de $\pm 2,0$ pontos percentuais. Para a avaliação das associações, o estudo tem poder de 80% para detectar razões de prevalência iguais ou maiores que 1,2, para exposições que afetam de 15 a 85% da população, com prevalência de acesso a medicamentos de 45% para os não expostos, ao nível de confiança de 95%.

Com relação ao estudo sobre acesso a medicamentos prescritos na última consulta médica, foram encontrados 11,6% de indivíduos, na amostra total do estudo, que consultaram nos últimos 30 dias e cuja consulta resultou em prescrição de medicamentos.

Para esta amostra (931 indivíduos com 30 anos ou mais de idade) a margem de erro para a estimativa da prevalência de 70% de acesso é de $\pm 4,5$ pontos percentuais. Para a avaliação das associações, o estudo tem poder de 80% para detectar razões de prevalência de 1,4 ou maiores, para preditores com prevalências entre 20 e 80% e prevalência de acesso a medicamentos de 45% para os não expostos, com nível de confiança de 95%.

4.4. Amostragem

O universo amostral do estudo está constituído pela totalidade dos municípios com mais de 100 mil habitantes (21 na região sul e 20 na região nordeste), unidades básicas de saúde (cerca de 626 no Lote 2 Sul e 855 no Lote 2 Nordeste) e indivíduos residentes nas áreas das UBS do Lote 2 Sul (RS, SC) e Lote 2 Nordeste (AL, PB, PE, PI, RN). As UBS sorteadas orientaram a seleção da amostra da população residente na área dos serviços. Para definição do conglomerado foi utilizada a grade de setores censitários do Censo Demográfico de 2000 (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE) correspondentes à área das UBS em cada município.

Para dar conta da concepção do Projeto de Monitoramento e Avaliação do PROESF, a amostra populacional residente na área das UBS e constituída por adultos entre 30 e 64 anos, idosos com 65 anos e mais, mulheres que tiveram filho nos últimos dois anos e crianças de um a três anos, foi estimada de modo a alcançar poder estatístico de no mínimo 80% e examinar diferenças de 30 a 40% entre modalidades de UBS (PSF e Tradicional) para eventos de prevalência aproximada de 25% em UBS não PSF. Realizaram-se vários cálculos de tamanho de amostra e obteve-se então, a meta de entrevistar 2100 indivíduos de cada grupo populacional de forma independente em 10 a 20% da rede de UBS de cada Lote. Dentre as razões para seleccionar este número de UBS, identificam-se o equilíbrio da relação entre custo e representatividade e a minimização do efeito de delineamento, diminuindo o efeito de

“cluster” que eventualmente os indivíduos apresentam em relação aos agregados (Rothman, 1998).

A estratégia seguinte foi a de seleção das unidades amostrais. A partir de uma lista produzida pelo município, as UBS foram categorizadas segundo padrão temporal: Tradicional, PSF pré-PROESF e PSF pós-PROESF. Posteriormente, de acordo com a capacidade instalada (número de UBS) do município, o número de UBS selecionadas por município foi definido, conforme quadro abaixo:

Sul		Nordeste	
Nº UBS / município	Nº UBS na amostra	Nº UBS/ município	Nº UBS na amostra
<21	3	<31	3
21-39	6	31-49	6
40-90	9	50-90	9
>90	15	>90	12

A partir daí, foram então selecionadas aleatoriamente para cada Lote, as 120 UBS, na razão de 2 UBS do grupo intervenção (PSF) e 1 UBS do grupo controle (Tradicional). Procedendo-se o sorteio da amostra, primeiro era selecionada uma Unidade de Saúde da Família pós-PROESF, seguindo-se do sorteio de uma USF pré-PROESF e por último de uma UBS Tradicional, pareadas de acordo com o tamanho da área física. Este processo era repetido até se alcançar o número de UBS da amostra do município. Não havendo, ou esgotando-se o número de USF pré-PROESF, completava-se a amostra com USF pós-PROESF, e vice-versa, valorizando-se a temporalidade das USF no município e, em consequência, no Lote. Esta amostragem, portanto, valorizou a forma como estão distribuídas as UBS nos dois Lotes, por exemplo, UBS Tradicional no sul representa 40% e no nordeste, 28%. Assim, do total de UBS existentes nos municípios dos 2 Lotes, foi constituída uma amostra estratificada de 240 UBS.

O cálculo do número de indivíduos de cada grupo populacional (2100) dividido pelas 120 UBS selecionadas de cada Lote, estimou que 18 indivíduos de cada grupo populacional

por UBS, deveriam ser entrevistados. A seleção dos indivíduos de cada grupo populacional investigado foi feita de forma independente a partir da UBS e somente uma pessoa por domicílio respondia o questionário. Esta estratégia forçou um pulo natural na seleção dos indivíduos na área de abrangência de cada UBS, devido as diferentes densidades demográficas dos grupos populacionais estudados.

4.5. Instrumentos

A coleta dos dados foi realizada mediante aplicação de questionário estruturado aos indivíduos elegíveis nos domicílios selecionados. O instrumento utilizado consistiu de blocos de questões comuns ao Projeto de Monitoramento e Avaliação do Programa de Expansão e Consolidação do Saúde da Família (PROESF), os quais encontram-se disponíveis em <http://www.epidemiologia-ufpel.org.br/proesf/index.htm>, contendo também questões específicas deste estudo, aplicadas na população de adultos e idosos (ANEXO 1).

Algumas das questões abordadas neste instrumento, elaborado para avaliar o acesso a medicamentos prescritos/recomendados na atenção básica de saúde, são estimativas de alguns indicadores propostos, pela OMS, para medir acesso a medicamentos na população (Brasil, 2005). O instrumento proposto visa à obtenção de dados quantitativos sobre os medicamentos referidos pelos entrevistados. O questionário cobre a fonte de acesso aos medicamentos referidos e, quando este não ocorre, o motivo da não obtenção. Todas as questões referentes a este instrumento, foram testadas num piloto realizado no Posto de Saúde Pycrespo, na cidade de Pelotas, aplicadas na faixa etária escolhida para o estudo, entre homens e mulheres usuários desse serviço.

4.6. Variáveis coletadas

VARIÁVEL DEPENDENTE

O estudo avaliará o acesso a medicamentos mediante dois desfechos:

- 1-Acesso aos medicamentos que a população residente na área de Postos de Saúde referiu que necessita utilizar continuamente para tratar hipertensão, diabetes e problemas de saúde mental;
- 2-Acesso a medicamentos receitados na última consulta médica nos últimos 30 dias.

Para os dois desfechos acima citados, será abordado o status da variável acesso sobre os dois aspectos:

- a) Indivíduo que não deixou de utilizar, no último mês, o medicamento de uso contínuo que precisava ou que foi receitado na última consulta médica nos últimos 30 dias, forma de obtenção e local da obtenção gratuita.
- b) Indivíduo que deixou de utilizar o medicamento que precisava usar continuamente ou que foi receitado na última consulta médica nos últimos 30 dias e o motivo da não utilização;

Quadro 2: Variáveis dependentes e sua caracterização.

VARIÁVEIS DEPENDENTES	CARACTERÍSTICAS	TIPO DE VARIÁVEL/ INDICADOR
Necessidade de utilização de medicamento de uso contínuo	Necessidade de utilização de medicamento de uso contínuo para hipertensão e/ou diabete e/ou problemas de saúde mental: sim/não	Dicotômica Indicador: % de respostas sim
Número de medicamentos de uso contínuo	Número de medicamentos que o usuário referiu necessidade de utilização	Numérica discreta
Nome químico do medicamento de uso contínuo *	Nome do medicamento que o usuário referiu necessitar utilizar continuamente	Catégorica nominal
Grupo farmacológico do medicamento de uso contínuo**	Anti-hipertensivo, antidiabético, ansiolítico, etc...	Catégorica nominal
Doença crônica relacionada a necessidade de uso contínuo de medicação	Morbidade relacionada ao medicamento referido pelo entrevistado	Catégorica nominal
Forma utilizada para coletar o nome do medicamento	Informado, receita, embalagem, bula, receita e embalagem, receita diferente de embalagem	Catégorica nominal
Acesso ao medicamento de uso contínuo no último mês	No último mês deixou de usar o medicamento que precisava: sim/não	Dicotômica Indicador: % de respostas não
Acesso gratuito ao medicamento de uso contínuo e local da obtenção gratuita	Conseguiu o medicamento de graça: não conseguiu, sim no posto de saúde de abrangência, sim em outro posto, sim na farmácia do SUS, sim de outro modo	Catégorica nominal Indicador: % de respostas sim
Motivo para ter deixado de usar o medicamento de uso contínuo que precisava	Não quis ou esqueceu, não tinha no posto de abrangência, não podia pagar, não tinha em outro posto ou farmácia do SUS, receita vencida, outro motivo	Catégorica nominal
Prescrição de medicamentos na última consulta médica nos últimos 30 dias	Médico receitou algum remédio na última consulta: sim/não	Dicotômica Indicador: % de respostas sim
Número de medicamentos prescritos na última consulta médica nos últimos 30 dias	Número de medicamentos prescritos na última consulta	Numérica discreta
Nome químico do medicamento prescrito *	Nome do medicamento que o médico prescreveu	Catégorica nominal
Grupo farmacológico do medicamento prescrito **	Analgésico, anti-inflamatório, antibiótico, etc...	Catégorica nominal
Doença relacionada ao medicamento prescrito ***	Morbidade relacionada ao medicamento referido pelo entrevistado	Catégorica nominal
Forma utilizada para coletar o nome do medicamento	Informado, receita, embalagem, bula, receita e embalagem, receita diferente de embalagem	Catégorica nominal
Acesso ao medicamento prescrito	Deixou de usar o medicamento receitado: sim/não	Dicotômica Indicador: % de respostas não
Acesso gratuito ao medicamento prescrito e local da obtenção gratuita	Conseguiu o medicamento de graça: não conseguiu, sim no posto de saúde de abrangência, sim em outro posto, sim na farmácia do SUS, sim de outro modo	Catégorica nominal Indicador: % de respostas sim
Motivo para ter deixado de usar o medicamento que precisava	Não quis ou esqueceu, não tinha no posto de saúde de abrangência, não podia pagar, não tinha em outro posto ou farmácia do SUS, receita vencida, outro motivo	Catégorica nominal

* Para padronizar os medicamentos registrados foi utilizado o DEF (Dicionário de Especialidades Farmacêuticas) (DEF, 2005). Foram construídas tabelas para relacionar os registros originais aos itens do DEF e aos fármacos das apresentações comerciais. Esta estratégia também possibilitou identificar os registros correspondentes às associações, isto é, medicamentos registrados pelo nome comercial e que possuem mais de um princípio ativo. Uma coluna extra chamada RENAME será criada para indicar os registros que fazem parte da Relação de Medicamentos Essenciais (Brasil, 2002a, Brasil, 2002b).

** A classificação dos princípios ativos segundo grupos farmacológicos será orientada pela ATC (Anatomical Therapeutic Chemical Classification System). Nessa classificação, os medicamentos são divididos em diferentes grupos de acordo com o órgão ou sistema em que atuam e suas propriedades químicas, terapêuticas e farmacológicas (WHO, 2004a).

*** A classificação das morbidades referidas foi realizada segundo CID-10 (décima revisão da Classificação Internacional de Doenças) (WHO, 1995).

Quadro 3: Variáveis independentes do desfecho sobre acesso a medicamento de uso contínuo e sua caracterização.

VARIÁVEIS INDEPENDENTES	CARACTERÍSTICAS	TIPO DE VARIÁVEL
Utilização de Serviços de saúde devido a hipertensão, diabete ou problemas de saúde mental		
Tipo de UBS	PSF pré-PROESF, PSF pós-PROESF, Mista, AB Tradicional	Categórica
Vínculo com a UBS *	Número de vezes que consultou na UBS	Numérica discreta
Vínculo com o médico na UBS **	Número de vezes que consultou com o mesmo médico na UBS	Numérica discreta
Tempo decorrido da solicitação até a consulta na UBS	Número de dias decorridos	Numérica discreta
Agendamento da consulta na UBS	Sim / Não	Dicotômica
Tempo decorrido da última consulta médica na UBS	Número de dias decorridos	Numérica discreta
Participação em grupos na UBS	Sim / Não	Dicotômica

* Será considerado vínculo do indivíduo com a UBS, quando forem realizadas no mínimo, duas consultas na UBS nos últimos seis meses, excluindo consultas para ações de prevenção

** Será considerado que o indivíduo possui vínculo com o médico da UBS quando tiver realizado duas ou mais consultas com o mesmo médico nos últimos seis meses, excluindo consultas para ações de prevenção.

Quadro 4: Variáveis independentes do desfecho acesso a medicamentos receitados na última consulta médica nos últimos 30 dias e sua caracterização.

VARIÁVEIS INDEPENDENTES	CARACTERÍSTICAS	TIPO DE VARIÁVEL
Utilização de Serviços de saúde		
Consulta médica na UBS	Número de consultas	Numérica discreta
Local da última consulta médica	UBS da área, outra UBS, pronto-socorro, ambulatório do hospital/faculdade/sindicato ou empresa, consultório médico por convênio ou plano de saúde, consultório médico particular, CAPS.	Categórica nominal
Especialidade do médico	Clínico geral, psiquiatra, ginecologista, outro especialista	Categórica nominal
Tempo decorrido da última consulta médica	Número de dias decorridos	Numérica discreta

Quadro 5: Variáveis independentes individuais e sua caracterização.

VARIÁVEIS INDEPENDENTES	CARACTERÍSTICAS	TIPO DE VARIÁVEL
Demográficas		
Sexo	Masculino / feminino	Catégorica binária
Idade	Anos completos	Numérica discreta
Cor da pele	Branca / parda / preta / outra	Catégorica
Situação conjugal	Casado/vive c/companheiro(a), viúvo(a), separado/divorciado(a), solteiro(a)	Catégorica
Socioeconômicas		
Escolaridade	Anos completos de estudo	Numérica discreta
Renda familiar	Em reais	Numérica discreta
Nível econômico (ABEP) (Associação Nacional de Empresas de Pesquisa, 2002)	Nível A, B, C, D e E	Catégorica ordinal
Trabalho remunerado no último mês	Sim/não/em licença/nunca trabalhou	Catégorica
Aposentado	Sim/não	Dicotômica
Comportamentais		
Tabagismo*	Ex-fumante, fumante atual, nunca fumou	Catégorica
Sedentarismo**	Pratica de atividade física: sim/não	Catégorica binária
Saúde		
Autopercepção de saúde	Excelente, muito boa, boa, regular ou ruim	Catégorica ordinal
Presença de doença crônica (Hipertensão, Diabetes, Problemas de Saúde Mental)***	sim/não	Catégorica binária
Há quanto tempo apresenta a doença crônica	anos completos	Numérica discreta

*Será considerado fumante o entrevistado que referir fumar mais de 1 cigarro por dia há mais de 1 mês.

** O sedentarismo em adultos e idosos, segundo a recomendação do Colégio Norte Americano de Ciências do Esporte, é definido como a prática inferior a 30 minutos por dia de atividades físicas moderadas na maioria dos dias da semana; ou prática inferior a 20 minutos por dia de atividades físicas vigorosas em pelo menos três dias na semana. Para a definição operacional de sedentarismo um escore de AF será construído somando-se os minutos de AF moderadas na última semana com o dobro dos minutos de AF vigorosas no mesmo período.

Serão considerados sedentários aqueles indivíduos que não alcançarem o escore 150 (Pate, 1995). A atividade física foi coletada utilizando-se uma versão curta do International Physical Activity Questionnaire - IPAQ (Craig, 2003).

***A coleta da informação sobre presença de doença crônica (hipertensão, diabete e problemas de saúde mental) foi auto-referida pelo entrevistado. Essa forma de coleta tem se mostrado um apropriado indicador da prevalência de hipertensão (Lima-Costa, 2004), sendo amplamente utilizado na literatura para doenças crônicas (Almeida, 1999, Arrais, 2005). Para problemas de saúde mental, a pergunta utilizada foi “*O(a) Sr.(a) tem ou sofre de problema de nervos?*”, por entender-se que capta melhor a informação do entrevistado que apresenta algum problema de saúde mental, tais como: irritabilidade, agressividade, ansiedade, depressão (Faria, 1999, Rozemberg, 1994).

4.7. Seleção e treinamento dos supervisores

A divulgação da seleção de supervisores para o trabalho de campo ocorreu no mês de janeiro de 2005, junto à secretaria do Centro de Pesquisas Epidemiológicas. No momento da inscrição os candidatos preencheram uma ficha com dados de identificação, experiência prévia em pesquisa e disponibilidade de horário. Aos candidatos era exigido idade igual ou superior a 18 anos, grau de instrução não inferior ao segundo grau completo e disponibilidade de tempo para permanecerem fora da cidade de Pelotas por seis meses, tempo previsto para a realização do trabalho de campo nas duas regiões do país. O processo de seleção constou de um treinamento específico por um período de 40 horas, realizado entre os dias 24 e 28 de janeiro de 2005. Aos 26 candidatos inscritos foi feita a apresentação geral do PROESF, familiarizando-os com os questionários e manuais de instrução, logística do trabalho de campo e demais atividades necessárias ao perfeito entendimento da pesquisa. No último dia do treinamento foi realizado um trabalho de campo com aplicação de questionários

supervisionados pela equipe do projeto. Foram selecionados 16 supervisores para dar início ao trabalho de campo. Os demais candidatos que receberam o treinamento e não foram selecionados ficaram como suplentes.

4.8. Estudo piloto

Foi realizado um estudo piloto no dia 28 de janeiro de 2005, aplicado na população residente na área de três UBS que não faziam parte da amostra, na cidade de Pelotas. Este serviu para detectar possíveis problemas com os questionários e manuais de instruções e para treinamento e seleção dos supervisores do trabalho de campo pela equipe da pesquisa.

Foi também realizado um piloto no Posto de Saúde Pycrespo, em Pelotas, para refinar as questões específicas deste projeto.

4.9. Logística

A coleta dos dados primários foi realizada através de entrevistas individuais domiciliares, mediante aplicação de questionários estruturados, abordando questões relevantes para o estudo, em amostras de adultos e idosos. As entrevistas foram realizadas por supervisores especialmente treinados.

A coleta de dados do Lote 2 Sul iniciou em 15 de março de 2005 com duração de 65 dias. Vários procedimentos foram realizados para facilitar a logística e orientar o trabalho dos supervisores. São exemplos destes procedimentos duas oficinas realizadas anteriormente com os representantes das UBS e secretários municipais de saúde no município de Porto Alegre. Além dessas atividades, foram realizadas visitas durante o trabalho de campo a alguns dos municípios selecionados para melhorar a pactuação entre os pesquisadores e o município. Outra medida foi à divulgação em veículos de comunicação (jornal e rádio).

O estudo começou respeitando uma trajetória pelas cidades com início em Pelotas e término em Rio Grande. Para cada município, uma dupla de supervisores era responsável pelo trabalho durante 3 dias em uma UBS. Nas cidades com maior número de unidades, cada dupla podia ser responsável por mais de uma UBS e, portanto permanecer mais tempo no município. Ao finalizar todos os instrumentos de um município, os supervisores viajavam para o município seguinte dando continuidade ao trabalho de campo. A seqüência dos municípios no Lote 2 Sul foi: Pelotas, Bagé, Santa Maria, Uruguaiana, Santa Cruz, Caxias, Alvorada, Cachoeirinha, Sapucaia, Gravataí, Viamão, Canoas, São Leopoldo, Novo Hamburgo, Porto Alegre, Passo Fundo, Lages, Chapecó, Criciúma, Florianópolis e finalizando Rio Grande.

Logo após a chegada no município em estudo, os supervisores faziam um contato com o representante do Grupo Local de Avaliação em Saúde (GLAS), formado na segunda oficina realizada em Porto Alegre, para ultimar os detalhes do trabalho de campo. Na seqüência, eram aplicados os instrumentos de pesquisa na área de cada UBS selecionada, segundo critérios pré-estabelecidos de seleção dos indivíduos.

O ponto inicial para a seleção dos indivíduos na área de abrangência era a UBS. Cada vértice do prédio era um ponto de início para cada um dos quatro instrumentos populacionais, adultos, idosos (ambos de interesse neste estudo), mulheres e crianças (respectivos ao Projeto), sendo este ponto inicial, distinto para cada uma das amostras, selecionadas de forma independente. A área respectiva a cada UBS deveria ser percorrida, mantendo sempre o contorno pela direita até o limite da área de abrangência das UBS. Para aquelas que não possuíam área definida, foi tomado como base a área respectiva à UBS com PSF. Assim, a área era percorrida até encontrar o número de indivíduos determinado para cada amostra populacional. Os domicílios eram então visitados e somente uma pessoa por domicílio respondia o questionário respectivo ao grupo populacional a que pertencia. No contato feito

com cada domicílio era perguntado inicialmente se alguém daquela residência já havia sido entrevistado: caso afirmativo, passava-se para o seguinte, sem pulo. Caso negativo, entrevistava-se o adulto mais velho no caso de haver mais de um elegível, procedendo-se da mesma forma para os idosos, ou seja, o idoso mais velho no caso de mais de um elegível. A cada domicílio visitado, procurava-se também entrevistar homens e mulheres alternadamente, para manter uma mesma proporção entre os sexos. Esta estratégia determinava também, o pulo a ser feito na seleção dos domicílios da área de abrangência. Caso o indivíduo elegível não estivesse no momento da visita, era agendado um horário para a revisita e duas tentativas mais eram feitas com o objetivo de realizar a entrevista. Se não fosse possível entrevistar o indivíduo selecionado, este era dado como perda sem haver substituição.

Os supervisores visitavam cada domicílio portando crachá de identificação e carta de apresentação assinada pela coordenação da pesquisa. Além disso, cada dupla de supervisores portava material completo para o trabalho de campo e eram estimulados a realizar o número total de entrevistas domiciliares para cada grupo populacional em 3 dias, tempo necessário para uma dupla realizar o trabalho completo em uma unidade. As entrevistas eram realizadas individualmente com cada indivíduo elegível.

Para acompanhar o trabalho de campo foram programadas visitas por parte dos coordenadores do estudo em alguns municípios, onde reuniões foram realizadas para discussão de questões que fossem de interesse da pesquisa, das dúvidas em geral e quanto à codificação. Era também estimulada a utilização dos manuais de instruções, do correto preenchimento da planilha de controle de entrevistas e o rigoroso respeito à metodologia estabelecida para a coleta de dados. Nestes encontros, eram recebidos os questionários preenchidos dos diferentes municípios para posterior deslocamento para a sede do estudo na Universidade Federal de Pelotas. Durante todo o período de trabalho de campo, os coordenadores da pesquisa prestavam esclarecimentos para o perfeito andamento do trabalho,

mantinham contato com os diversos municípios e permaneciam em constante colaboração e apoio aos supervisores.

Para o Lote 2 Nordeste, a logística para o desenvolvimento do trabalho de campo iniciado no dia 03 de junho e concluído no dia 10 de agosto de 2005, foi a mesma adotada para o Lote 2 Sul, porém pela característica geográfica da região, o grande grupo de supervisores foi dividido em dois. Esta estratégia permitiu que um grupo se deslocasse a partir de Recife (PE) para o sul, ao estado de Alagoas e posteriormente pelo interior deste estado, de Pernambuco, do Piauí, até a cidade de Natal (RN), enquanto os demais se deslocavam pelo litoral até o mesmo ponto avançando pelos estados de Pernambuco, Paraíba e Rio Grande do Norte. De Natal, todo o grupo de supervisores retornou para Recife, (PE) para a finalização do trabalho e retorno à Pelotas.

Outra estratégia utilizada na logística do trabalho de campo foi à realização de mutirões de supervisores em áreas consideradas de risco, ou seja, aquelas com maior índice de violência, drogas, etc. e, em casos de grandes concentrações urbanas, como Porto Alegre (RS) e Recife (PE), esta estratégia também foi adotada.

O envio do material da pesquisa na região sul foi feito pelos supervisores, sendo repostos pelos coordenadores da pesquisa nos encontros previamente agendados em pontos estratégicos. Para o retorno dos instrumentos à sede do projeto, duas estratégias foram utilizadas: na região sul, a busca foi realizada pelos coordenadores nos municípios previamente acertados: Porto Alegre (RS), Chapecó (SC), Criciúma (SC); na região nordeste, foi feito o envio das caixas contendo o material da pesquisa via correio para a sede do projeto na UFPEL.

Para a região nordeste, todos os instrumentos foram transportados para Recife via terrestre e lá entregues aos representantes das 120 UBS presentes na segunda oficina de

preparação. Sendo assim, ao chegar os supervisores aos municípios, os instrumentos já estavam na unidade prontos para a utilização na pesquisa.

4.10. Processamento e análise dos dados

Os questionários foram revisados e posteriormente codificados por uma equipe especialmente treinada para este fim. As questões específicas da avaliação de acesso a medicamentos foram revisadas e codificadas pela pesquisadora.

Os dados obtidos através das diferentes abordagens foram articulados em uma única base de dados utilizando-se os programas estatísticos Epi Info versão 6.02 (Dean, 2001) e Stata versão 8.0 (STATACORP, 2003). Posteriormente, procedeu-se a análises de consistência dos dados.

A análise quantitativa seguirá os seguintes passos:

Análise univariável: verificação da frequência de cada uma das variáveis em estudo, examinando as medidas de tendência central e as proporções para as variáveis independentes e para os desfechos.

Análise bivariável: análise de associação entre as variáveis independentes e os desfechos através do teste do qui-quadrado e teste para tendência linear em proporções e teste t para comparação de médias.

Análise multivariável hierarquizada: investigação do efeito conjunto das variáveis independentes sobre cada um dos desfechos, através da regressão de Poisson com variância robusta. Esta análise será subsidiada pelo modelo teórico proposto anteriormente (Figura 1).

Os resultados serão analisados de duas formas: utilizando-se o total de indivíduos como denominador para o estudo das prevalências de acesso a medicamentos e seus determinantes e de outro modo, utilizando-se como denominador o total de medicamentos referidos para a classificação de grupos farmacológicos e formas de obtenção. Para todas as

análises será considerado o efeito de delineamento para amostras por conglomerado de indivíduos.

Os procedimentos amostrais utilizados, resultaram em igual proporção de adultos e idosos, subestimação da proporção de homens na amostra, bem como da representatividade de algumas faixas etárias. Assim será realizada análise ponderada e não ponderada. Além disso, sempre que houver poder estatístico, a análise será estratificada em adultos e idosos. A ponderação utilizará os dados do Censo do IBGE de 2000 (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE) para a população brasileira.

4.11. Controle de qualidade

Durante todo o processo de elaboração deste projeto, várias medidas foram tomadas com a finalidade de padronizar a forma de coleta dos dados e garantir a veracidade das informações coletadas. Algumas dessas medidas foram anteriores a realização do trabalho de campo, como o treinamento prévio dos supervisores; a confecção de um criterioso manual de instruções para a aplicação do questionário padronizado e pré-testado; a realização de um piloto para testar a logística e orientar o trabalho dos supervisores no campo.

Outros procedimentos foram realizados concomitantemente ao trabalho de campo. Como exemplo destes, podemos citar a supervisão do trabalho de campo mediante visitas por parte dos coordenadores do estudo em alguns municípios; reuniões periódicas com os supervisores para assegurar o cumprimento da metodologia e logística estabelecida para a coleta dos dados; acompanhamento de todo o trabalho de campo pelos coordenadores da pesquisa com prestação de esclarecimentos quando necessário; contato regular com os municípios e Unidades Básicas de Saúde através dos Agentes Comunitários de Saúde, com a finalidade de mediar a constante colaboração destes na pesquisa, dando suporte e apoiando os supervisores; realização das entrevistas feitas individualmente com cada indivíduo elegível,

para assegurar a veracidade da informação e evitar qualquer tipo de constrangimento para o entrevistado.

Quanto aos procedimentos efetuados após a realização das entrevistas em cada município, podemos citar: a revisão dos questionários após a sua chegada na sede da pesquisa, realizada por uma equipe formada por pessoas treinadas e por membros da equipe envolvidos diretamente no projeto; a realização do controle de qualidade propriamente dito e a confecção de uma planilha para checagem imediata da consistência das informações coletadas no trabalho de campo.

O controle de qualidade é a etapa de um inquérito populacional que verifica a reprodutibilidade e a concordância entre avaliadores. Em estudos transversais, que utilizam questionário padronizado e pré-codificado como instrumento de coleta de dados, o controle de qualidade é normalmente realizado mediante a aplicação de uma versão resumida do instrumento, contendo perguntas importantes e com pouca variabilidade de resposta ao longo do tempo, aplicada em 5 a 10 % dos entrevistados. Houve nesta pesquisa, entretanto, um desafio logístico em realizar o controle de qualidade devido à dimensão do programa, o qual envolve 41 municípios distribuídos em sete estados do país, situados nas regiões sul e nordeste.

Assim, devido à dificuldade de revisitar as residências e havendo a necessidade de se realizar a checagem da veracidade das informações coletadas, o controle de qualidade deste estudo foi realizado por telefone, mediante aplicação de questionários reduzidos em 5% da amostra. Estes questionários eram compostos por perguntas-chave com o objetivo de identificar possíveis erros ou respostas falsas. Para padronizar e qualificar a coleta dos dados do controle de qualidade, duas pessoas especialmente treinadas para este fim, efetuaram os telefonemas.

A amostragem de questionários selecionados para o controle de qualidade foi realizada de forma aleatória, independente da existência de um número de telefone para contato. Para tanto, foi sorteado um questionário respectivo a cada grupo populacional investigado (adultos de 30 a 64 anos, idosos com 65 anos e mais, mulheres que tiveram filho nos últimos dois anos e crianças de até três anos) por UBS. Esta forma de sorteio possibilitaria realizar o controle de qualidade para aproximadamente 5,5% (960) do total estimado de questionários a serem realizados.

Na ausência de telefone móvel ou residencial, a tentativa de contato foi feita por um telefone próximo à residência. Isto significa que, não existindo a possibilidade de contato telefônico com a pessoa sorteada, uma busca pelo endereço ou via UBS respectiva, foi realizada na tentativa de localizar e coletar os dados do entrevistado, não havendo substituição do mesmo. Esta medida evitou possíveis vieses na seleção do controle de qualidade (Rothman, 1998).

Esta estratégia de realização de controle de qualidade mostrou-se viável, apesar das dificuldades encontradas. Alguns dos desafios enfrentados na realização do controle de qualidade por telefone, os quais resultaram em perdas, dificuldade na obtenção das informações ou baixa concordância dos dados obtidos, foram: nem todos os entrevistados possuíam telefone e eventualmente alguns o tinham cortado ou vendido; a tática de busca por telefone próximo à residência nem sempre foi possível, devido à mudança de endereço, bem como nem todos os endereços constarem no cadastro da região; a ligação para celulares muitas vezes foi interrompida ou sofria interferências, sendo necessário refazer a ligação em outra ocasião; a sede do estudo não possuía uma linha telefônica exclusiva para este fim, o que diminuía o tempo hábil para a realização do controle de qualidade e dificultava o retorno das pessoas contatadas para fornecerem dados; a recusa de fornecer informações pessoais por telefone foi outro problema enfrentado, necessitando que a abordagem fosse clara e

transmitisse segurança ao entrevistado; a abrangência do estudo em duas regiões distintas do país mostrou dificuldades importantes de comunicação, devido as diferentes pronúncias; a rotina também influenciou, fazendo-se necessário entrar em contato com as pessoas em diferentes horários.

Embora houvesse obstáculos visíveis na localização por telefone, estes foram superáveis e não se mostraram significativos na amostra final da pesquisa. O controle de qualidade atingiu 5% (795) do número total de indivíduos entrevistados no final do estudo, correspondendo a 83,0% dos questionários sorteados para o controle. Problemas para a realização do contato telefônico ocorreram para 9,0% dos questionários selecionados enquanto para 7,6%, o número de telefone informado não correspondeu à pessoa sorteada. Houve apenas 0,2% de recusa.

Um outro cuidado tomado para assegurar a validade das informações obtidas, foi a checagem imediata da consistência das informações, durante o desenvolvimento do trabalho de campo nos municípios. Para realizar esta checagem, uma planilha contendo algumas respostas referidas pelo entrevistado no trabalho de campo era comparada com as repostas referidas no momento da aplicação do questionário de controle de qualidade. Esta medida conferiu a detecção precoce de possíveis erros na coleta dos dados e possibilitou a intervenção imediata dos coordenadores da pesquisa junto aos supervisores do trabalho de campo, melhorando, desta forma, a qualidade da informação coletada. Esta maneira dinâmica de realizar o controle de qualidade mostrou-se eficiente, pois além de realizar uma avaliação do processo que está ocorrendo no trabalho de campo também auxiliou no aperfeiçoamento da coleta dos dados.

Todas as atividades do controle de qualidade foram supervisionadas diariamente por um dos membros da equipe. Será também realizada a checagem da consistência das

informações através do índice Kappa (Fleiss, 2003, Landis, 1977) para as questões utilizadas no controle de qualidade, de acordo com o interesse de cada pesquisador envolvido no estudo.

4.12. Aspectos éticos

Este projeto envolve exclusivamente a realização de entrevistas com aplicação de questionários, não incluindo coleta de material biológico. Esta característica torna o estudo de risco ético mínimo, segundo parâmetros definidos pela Organização Mundial da Saúde na publicação “*International Ethical Guidelines for Biomedical Research Involving Human Subjects*” (Council for International Organization of Medical Sciences, 1993). A participação dos indivíduos no estudo ocorreu através de consentimento informado. A confidencialidade da informação individual identificada e o direito de recusa em participar do estudo foram plenamente garantidos. A proposta desta pesquisa foi aprovada pela comissão de ética da Universidade Federal de Pelotas.

4.13. Divulgação dos resultados

Inicialmente os resultados do estudo serão apresentados sob a forma de três artigos para publicação em periódico científico, uma vez que este é um dos requisitos para a conclusão do curso de Doutorado em Epidemiologia. Posteriormente, os principais resultados serão divulgados através da imprensa local e Seminários de Pesquisa.

5. CRONOGRAMA

Ano	2005												2006		2007		2008	
Atividades a serem desenvolvidas	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez	1º sem	2º sem	1º sem	2º sem	1º sem	2º sem	
Revisão de literatura																		
Elaboração do plano de trabalho																		
Preparação do instrumento																		
Seleção/treinamento dos auxiliares da pesquisa																		
Estudo piloto																		
Definição da amostra e coleta de dados																		
Codificação, revisão, digitação dos dados																		
Defesa do projeto de pesquisa																		
Preparação e edição dos dados																		
Análise dos dados																		
Redação dos artigos																		
Redação da tese																		
Defesa da tese																		

6. FINANCIAMENTO

Este projeto já teve seu financiamento aprovado pelo Banco Mundial, uma vez que a coleta de dados está inserida no projeto "Monitoramento e Avaliação do Programa de Expansão e Consolidação da Saúde da Família (PROESF)" coordenado e financiado nacionalmente pelo Ministério da Saúde (MS).

7. REFERÊNCIAS

1. Acurcio FA, Rozenfeld S, Ribeiro AQ, Klein CH, Moura CS, Andrade CR. Utilização de medicamentos por aposentados brasileiros. 1-Metodologia e resultados de cobertura de inquérito multicêntrico. *Cad Saúde Pública* 2006;22(1):87-96.
2. Almeida OP, Ratto L, Garrido R, Tamai S. Fatores preditores e conseqüências clínicas do uso de múltiplas medicações entre idosos atendidos em um serviço ambulatorial de saúde mental. *Rev Bras Psiquiatr* 1999;21(3).
3. Andrade ALSS, Zicker F. Estudos de prevalência. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde/ Fundação Nacional de Saúde; 1997.
4. Argentina, Ministerio de Salud de la Nación. Impacto de REMEDIAR sobre el acceso a medicamentos. *Bol. PROAPS-REMEDIAR* 2003;1(3):7-8.
5. 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.
6. Arrais PSD, Coelho HLL, Batista MCDS, Carvalho ML, Righi RE, Arnau JM. Perfil da automedicação no Brasil. *Rev Saúde Pública* 1997;31(1):71-7.
7. Associação Nacional de Empresas de Pesquisa. Critério de classificação econômica do Brasil. São Paulo; 2002.
8. Assunção MCF, Santos IS, Dias da Costa JS. Avaliação do processo da atenção médica: adequação do tratamento de pacientes com diabetes mellitus, Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil. *Cad Saúde Pública* 2002;18(1):205-11.
9. Assunção MCF, Santos IS, Gigante DP. Atenção primária em diabetes no Sul do Brasil: estrutura, processo e resultado. *Rev Saúde Pública* 2001;35(1):88-95.
10. Barat I, Andreasen F, Damsgaard EM. The consumption of drugs by 75-year-old individuals living in their own homes. *Eur J Clin Pharmacol* 2000;56(6-7):501-9.
11. Bardel A, Wallander MA, Svardsudd K. Reported current use of prescription drugs and some of its determinants among 35 to 65-year-old women in mid-Sweden: A population-based study. *J Clin Epidemiol* 2000;53(6):637-43.
12. Béria JU, Victora CG, Barros FC, Teixeira AB, Lombardi C. Epidemiologia do consumo de medicamentos em crianças de centro urbano da região sul do Brasil. *Rev Saúde Pública* 1993;27(2):95-104.
13. Berquó LS, Barros AJD, Lima RC, Bertoldi AD. Utilização de antimicrobianos em uma população urbana. *Rev Saúde Pública* 2004;38(2):239-46.

14. Bertoldi AD, Barros AJD, Hallal PC. Generic drugs in Brazil: known by many, used by few. *Cad Saúde Pública* 2005;21(6):1808-15.
15. Bertoldi AD, Barros AJD, Hallal PC, Lima RC. Utilização de medicamentos em adultos: prevalência e determinantes individuais. *Rev Saúde Pública* 2004;38(2):228-38.
16. Brasil. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília: Diário Oficial da República Federativa do Brasil; 1990a. Disponível em: <http://www.saude.rj.gov.br/Legislacao_sus/lei%20n%BA%208080.pdf>. Acesso em 13 fev. 2006.
17. Brasil. Lei nº 8142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Brasília: Diário Oficial da República Federativa do Brasil; 1990b. Disponível em: <http://www.saude.rj.gov.br/Legislacao_sus/lei%20n%BA%208142.pdf>. Acesso em 22 fev. 2006.
18. Brasil. Lei nº 9787, 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. Brasília: Diário Oficial da República Federativa do Brasil; 1999a. Disponível em: <<http://e-legis.anvisa.gov.br/leisref/public/showAct.php?id=16622&word=>>>. Acesso em 22 fev. 2006.
19. Brasil, Conselho Nacional de Saúde (CNS). Resolução n. 338, de 6 de maio de 2004. Aprova a Política Nacional de Assistência Farmacêutica. Brasília: CNS; 2004a. Disponível em: <<http://www.opas.org.br/medicamentos/docs/pnaf.pdf>>. Acesso em 13 fev. 2006.
20. Brasil, Ministério da Saúde. Portaria GM nº 3.916, 30 de outubro de 1998. Aprova a Política Nacional de Medicamentos. Brasília: Diário Oficial da República Federativa do Brasil; 1998.
21. Brasil, Ministério da Saúde. Portaria GM nº 176, de 8 de março de 1999. Estabelece critérios e requisitos para a qualificação dos Municípios e Estados ao incentivo à AFB e definindo valores a serem transferidos. Brasília, DF: Diário Oficial da República Federativa do Brasil; 1999b. Disponível em: <http://www.cff.org.br/Legisla%C3%A7%C3%A3o/Portarias/port_176_99.html>. Acesso em 22 fev. 2006.
22. Brasil, Ministério da Saúde. Portaria nº 1077, de 24 de agosto de 1999. Implanta o Programa para Aquisição dos Medicamentos Essenciais para a área da Saúde Mental, financiado pelos gestores federal e estaduais do SUS. Brasília: Diário Oficial da República Federativa do Brasil; 1999c. Disponível em: <<http://e-legis.bvs.br/leisref/public/search.php>>. Acesso em 22 fev. 2006.

23. Brasil, Ministério da Saúde, Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Portaria nº1.587, de 3 de setembro de 2002. Aprova a revisão da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais - Rename. Brasília, DF: Diário Oficial da República Federativa do Brasil; 2002a. Disponível em: <http://www.anvisa.gov.br/legis/portarias/1587_02.htm>. Acesso em 21 fev. 2006.
24. Brasil, Ministério da Saúde, Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução-RDC nº268, de 26 de setembro de 2003. Aprova a Lista atualizada das Denominações Comuns Brasileiras 2003 (DCB 2003). Brasília: Diário Oficial da República Federativa do Brasil; 2003.
25. Brasil, Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. A Política de Assistência Farmacêutica e a Farmácia Popular. Brasília: CNS/MS; 2004b. Disponível em:<<http://dtr2002.saude.gov.br/farmaciapopular/>>. Acesso em 24 fev.2006.
26. Brasil, Ministério da Saúde, Departamento de Atenção Básica. Atenção Básica. Projeto de Expansão e Consolidação do Saúde da Família - PROESF. Brasília: MS; 2003. Disponível em:<<http://www.saude.gov.br/proesf>>. Acesso em 13 fev. 2006.
27. Brasil, Ministério da Saúde, Departamento de Atenção Básica. Atenção Básica. Saúde da Família. Brasília: MS; 2004c. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/dab>>. Acesso em 13 fev. 2006.
28. Brasil, Ministério da Saúde, Departamento de Atenção Básica, Secretaria de Políticas de Saúde. Programa Saúde da Família. Rev Saúde Pública 2000a;34(3):316-9.
29. Brasil, Ministério da Saúde, Organização Pan-Americana da Saúde, Organização Mundial da Saúde. Avaliação da assistência farmacêutica no Brasil: estrutura, processo e resultados. Brasília: MS; 2005. Disponível em: <http://www.opas.org.br/medicamentos/docs/HSE_ASF_REM_1205.pdf>. Acesso em 14 fev. 2006.
30. Brasil, Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde. Plano de reorganização da atenção à hipertensão arterial e ao diabetes mellitus. Rev Saúde Pública 2000b;35(6):585-8.
31. Brasil, Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde. Política Nacional de Medicamentos. Rev Saúde Pública 2000c;34(2):206-9.
32. Brasil, Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde. Portaria nº 16, de 14 de dezembro de 2000. Estabelece o Elenco Mínimo e Obrigatório de Medicamentos para pactuação na Atenção Básica. Brasília: Diário Oficial da República Federativa do Brasil; 2000d.
33. Brasil, Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Medicamentos. Brasília: MS; 2001a. Disponível em:<<http://www.opas.org.br/medicamentos/docs/pnm.pdf>>. Acesso em 13 fev. 2006.

34. Brasil, Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, Departamento de Atenção Básica, Gerência Técnica de Assistência Farmacêutica. Assistência farmacêutica na atenção básica: instruções técnicas para sua organização. Brasília: MS; 2001b. Disponível em:<<http://www.opas.org.br/medicamentos/docs/af-it-org.pdf>>. Acesso em 20 fev. 2006.
35. Brasil, Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, Departamento de Atenção Básica, Gerência Técnica de Assistência Farmacêutica. Relação Nacional de Medicamentos Essenciais - Rename. 3 ed. Brasília: MS; 2002b. Disponível em:<<http://www.opas.org.br/medicamentos/docs/rename02.pdf>>. Acesso em:13 fev. 2006.
36. Brasil, Ministério da Saúde, Secretarias de Políticas de Saúde, Departamento de Atenção Básica, Gerência Técnica de Assistência Farmacêutica. Incentivo à Assistência Farmacêutica Básica o que é e como funciona. Brasília: MS; 2001c. Disponível em:<<http://www.opas.org.br/medicamentos/docs/iafb.pdf>>. Acesso em 21 fev. 2006.
37. Brasil, Senado Federal. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília: Senado; 1988. Disponível em:<<http://www.senado.gov.br/sf/legislação/const/>>. Acesso em 13 fev. 2006.
38. Brzozowska A, Enzi G, Amorin Cruz J. Medicine use and supplementation practice among participants of SENECA Study. J Nutr Health Aging 2002;6(1):34-8.
39. Carvalho MF, Pascom AR, Souza-Junior PR, Damacena GN, Szwarcwald CL. Utilization of medicines by the Brazilian population, 2003. Cad Saúde Pública 2005;21 Suppl:100-8.
40. Cesar CL, 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 Saúde Pública 1996;12 Suppl 2:59-70.
41. Coelho Filho JM, Marcopito LF, Castelo A. Perfil de utilização de medicamentos por idosos em área urbana do Nordeste do Brasil. Rev Saúde Pública 2004;38(4):557-64.
42. Colombo D, Santa Helena ET, Agostinho ACMG, Didjurgeit JSMA. Padrão de prescrição de medicamentos nas Unidades de Programa de Saúde da Família de Blumenau. Rev Bras Ciênc Farm 2004;40(4).
43. Conill EM. Políticas de atenção primária e reformas sanitárias: discutindo a avaliação a partir da análise do Programa Saúde da Família em Florianópolis, Santa Catarina, Brasil, 1994-2000. Cad Saúde Pública 2002;18 Suppl:191-202.
44. Córdova JPD, García FD, Lorenzo IAS, Roche RGG, Gorbea MHB, Larrea NF. Estado de la prescripción de medicamentos en la atención primaria de salud de ciudad de la Habana, 1997. Rev Cubana Med Gen Integr 1999;15(2):140-50.

45. Council for International Organization of Medical Sciences, World Health Organization. International Ethical Guidelines for Biomedical Research Involving Human Subjects. Geneva: CIOMS/WHO; 1993.
46. Craig CL, Marshall AL, Sjostrom M, Bauman AE, Booth ML, Ainsworth BE, et al. International physical activity questionnaire: 12-country reliability and validity. *Med Sci Sports Exerc* 2003;35(8):1381-95.
47. Dean AG, Dean JA, Colombier D, Brendel KA, Smith DC, Burton AH, et al. EpiInfo Version 6.04: a word processing database and statistics program for epidemiology on microcomputers. Atlanta: Centers for Disease Control and Prevention; 2001.
48. DEF. Dicionário de Especialidades Farmacêuticas. 33ª ed. Rio de Janeiro: Publicações Científicas; 2005.
49. Dias da Costa JS, Facchini LA. Utilização de serviços ambulatoriais em Pelotas: onde a população consulta e com que frequência. *Rev Saúde Pública* 1997;31(4):360-9.
50. Dias da Costa JS, Fuchs SC, Olinto MTA, Gigante DP, Menezes AMB, Macedo S, et al. Cost-effectiveness of hypertension treatment: a population-based study. *São Paulo Med J* 2002;120(4):100-4.
51. Eggen AE. Pattern of drug use in a general population--prevalence and predicting factors: the Tromso study. *Int J Epidemiol* 1994;23(6):1262-72.
52. Faria NM, Facchini LA, Fassa AG, Tomasi E. Estudo transversal sobre saúde mental de agricultores da Serra Gaúcha (Brasil). *Rev Saúde Pública* 1999;33(4):391-400.
53. Fegadolli C, Simões MJS, Jorge IC, Tanaka KSS. Antibioticoterapia em crianças na prática diária em Unidades de Saúde de Araraquara-SP, 1997. *Rev ciênc farm* 1999;20(1):125-42.
54. Ferraes AMB. Política de medicamentos na atenção básica e a assistência farmacêutica no Paraná [Dissertação]. Londrina: Universidade Estadual de Londrina; 2002.
55. Fleiss JL, Levin B, Paik MC. Statistical methods for rates and proportions: Hoboken: John Wiley & Sons; 2003.
56. Flores LM, Mengue SS. Uso de medicamentos por idosos em região do sul do Brasil. *Rev Saúde Pública* 2005;39(6):924-9.
57. Goldbaum M, Gianini RJ, Novaes HMD, César CLG. Utilização de serviços de saúde em áreas cobertas pelo programa saúde da família (Qualis) no Município de São Paulo. *Rev Saúde Pública* 2005;39(1):90-9.
58. Halal IS, Sparrenberger F, Bertoni AM, Ciacommet C, Seibel CE, Lahude FM, et al. Avaliação da qualidade de assistência primária à saúde em localidade urbana da região sul do Brasil. *Rev Saúde Pública* 1994;28(2):131-6.

59. Hart JT. The inverse care law. *Lancet* 1971;1(7696):405-12.
60. Homedes N, Ugalde A. Improving access to pharmaceuticals in Brazil and Argentina. *Health Policy Plan* 2006;21(2):123-31.
61. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE. Censo demográfico 2000. Disponível em:<<http://www.ibge.gov.br/>>. Acesso em 03 mar. 2005.
62. Karnikowski MG, Nobrega OT, Naves JO, Silver LD. Access to essential drugs in 11 Brazilian cities: a community-based evaluation and action method. *J Public Health Policy* 2004;25(3-4):288-98.
63. Landis JR, Koch GG. The measurement of observer agreement for categorical data. *Biometrics* 1977;33(1):159-74.
64. Leyva-Flores R, Erviti-Erice J, Kageyama-Escobar ML, Arredondo A. Prescripción, acceso y gasto en medicamentos entre usuarios de servicios de salud en México. *Salud Publica Mex* 1998;40(1):24-31.
65. Lima-Costa MF, Barreto SM, Giatti L. Condições de saúde, capacidade funcional, uso de serviços de saúde e gastos com medicamentos da população idosa brasileira: um estudo descritivo baseado na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. *Cad Saúde Pública* 2003;19(3):735-43.
66. Lima-Costa MF, Peixoto SV, Firmo JOA. Validity of self-reported hypertension and its determinants (the Bambuí study). *Rev Saúde Pública* 2004;38(5):637-42.
67. 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.
68. Loyola Filho AI, Uchoa E, Firmo JOA, Lima-Costa MF. Estudo de base populacional sobre o consumo de medicamentos entre idosos: Projeto Bambuí. *Cad Saúde Pública* 2005;21(2):545-53.
69. Loyola Filho AI, Uchoa E, Guerra HL, Firmo JOA, Lima-Costa MF. Prevalência e fatores associados à automedicação: resultados do projeto Bambuí. *Rev Saúde Pública* 2002;36(1):55-62.
70. Marin N, Luiza VL, Osório de Castro CGS, Machado dos Santos S. Assistência farmacêutica para gerentes municipais. Rio de Janeiro: Opas/OMS; 2003. Disponível em:<<http://www.opas.org.br/medicamentos/docs/0080.pdf>>. Acesso em 14 fev. 2006.
71. Marques RM, Mendes A. Atenção Básica e Programa de Saúde da Família (PSF): novos rumos para a política de saúde e seu financiamento? *Ciênc Saúde Coletiva* 2003;8(2):403-415.
72. Mendoza-Sassi R, Beria JU. Utilización de los servicios de salud: una revisión sistemática sobre los factores relacionados. *Cad Saúde Pública* 2001;17(4):819-32.

73. Mendoza-Sassi R, Béria JU. Prevalence of having a regular doctor, associated factors, and the effect on health services utilization: a population-based study in Southern Brazil. *Cad Saúde Pública* 2003;19(5):1257-66.
74. Miralles MA, Kimberlin CL. Perceived access to care and medication use among ambulatory elderly in Rio de Janeiro, Brazil. *Soc Sci Med* 1998;46(3):345-55.
75. Mosegui GBG, Rozenfeld S, Veras RP, Vianna CMM. Avaliação da qualidade do uso de medicamentos em idosos. *Rev Saúde Pública* 1999;33(5):437-44.
76. Moxey ED, O'Connor JP, Novielli KD, Teutsch S, Nash DB. Prescription drug use in the elderly: a descriptive analysis. *Health Care Financ Rev* 2003;24(4):127-41.
77. Murray MD, Callahan CM. Improving medication use for older adults: an integrated research agenda. *Ann Intern Med* 2003;139(5 Pt 2):425-9.
78. Naves JOS, Silver LD. Evaluation of pharmaceutical assistance in public primary care in Brasília, Brazil. *Rev Saúde Pública* 2005;39(2):223-30.
79. Paiva DCP, Bersusa AAS, Escuder MML. Avaliação da assistência ao paciente com diabetes e/ou hipertensão pelo Programa Saúde da Família do Município de Francisco Morato, São Paulo, Brasil. *Cad Saúde Pública* 2006;22(2):377-85.
80. Pate RR, Pratt M, Blair SN, Haskell WL, Macera CA, Bouchard C, et al. Physical activity and public health. A recommendation from the Centers for Disease Control and Prevention and the American College of Sports Medicine. *Jama* 1995;273(5):402-7.
81. Pepe VLE, Castro CGSO. A interação entre prescritores, dispensadores e pacientes: informação compartilhada como possível benefício terapêutico. *Cad Saúde Pública* 2000;16(3):815-22.
82. Pinheiro RS, Travassos C. Estudo da desigualdade na utilização de serviços de saúde por idosos em três regiões da cidade do Rio de Janeiro. *Cad Saúde Pública* 1999;15(3):487-96.
83. Pinheiro RS, Viacava F, Travassos C, Brito AS. Gênero, morbidade, acesso e utilização de serviços de saúde no Brasil. *Ciênc Saúde Coletiva* 2002;7(4):687-707.
84. Reed M. An update on Americans' access to prescription drugs. *Issue Brief Cent Stud Health Syst Change* 2005(95):1-4.
85. Ribeiro JM, Costa NR, Pinto LFS, Silva PLB. Atenção ao pré-natal na percepção das usuárias do Sistema Único de Saúde: um estudo comparativo. *Cad Saúde Pública* 2004;20(2):534-45.
86. Rodrigues MAP, Facchini LA, Lima MS. Modificações nos padrões de consumo de psicofármacos em localidade do Sul do Brasil. *Rev Saúde Pública* 2006;40(1):107-14.
87. Rothman KJ. *Modern Epidemiology*. Boston: Little Brown Press; 1998.

88. Rozemberg B. O consumo de calmantes e o "problema de nervos" entre lavradores. *Rev Saúde Pública* 1994;28(4):300-8.
89. Rozenfeld S. Prevalência, fatores associados e mau uso de medicamentos entre os idosos: uma revisão. *Cad Saúde Pública* 2003;19(3):717-24.
90. Sans S, Paluzie G, Puig T, Balañá L, Balaguer-Vintró I. Prevalencia del consumo de medicamentos en la población adulta de Cataluña. *Gac Sanit* 2002;16(2):121-130.
91. Santos V, Nitrini SMOO. Indicadores do uso de medicamentos prescritos e de assistência ao paciente de serviços de saúde. *Rev Saúde Pública* 2004;38(6):819-26.
92. Senna MCM. Equidade e política de saúde: algumas reflexões sobre o Programa Saúde da Família. *Cad Saúde Pública* 2002;18 Suppl:203-11.
93. Shankar PR, Kumar P, Theodore AM, Partha P, Shenoy N. A survey of drug use patterns in western Nepal. *Singapore Med J* 2003;44(7):352-6.
94. Silva PV. O uso de medicamentos na atenção básica em Londrina, PR [Dissertação]. Londrina: Universidade Estadual de Londrina; 2004.
95. Silveira FG, Osório RG, Piola SF. Os gastos das famílias com saúde. *Ciênc Saúde Coletiva* 2002;7(4):719-31.
96. Simões MJS, Falvo IF. Estudo da prescrição de medicamentos para idosos atendidos em serviço público de saúde, em município da região sudeste, Brasil 1999. *Rev ciênc farm* 2000;21(2):217-227.
97. Simões MJS, Farache Filho A. Consumo de medicamentos em região do Estado de Sao Paulo (Brasil), 1985. *Rev Saúde Pública* 1988;22(6):494-9.
98. STATA CORP. Stata Statistical Software: Release 8.0. College Station, TX: Stata Corporation; 2003.
99. Steyn K, Bradshaw D, Norman R, Bradley H, Laubscher R. The use of prescribed drugs for common chronic conditions in South Africa in 1998. *Pharmacoepidemiol Drug Saf* 2005;14(2):91-100.
100. Szwarcwald CL, Viacava F, Vasconcelos MTL, Leal MC, Azevedo LO, Queiroz RSB. O Brasil em números. *Radis: Comunicação em Saúde* 2004;23:14-33.
101. Tasca RS, Soares DA, Cuman RKN. Acesso a medicamentos anti-hipertensivos em unidade básica de saúde em Maringá-Paraná. *Arq. ciências saúde UNIPAR* 1999;3(2):117-24.
102. Teixeira JJV, Lefèvre F. A prescrição medicamentosa sob a ótica do paciente idoso. *Rev Saúde Pública* 2001;35(2):207-13.

103. Vance MA, Millington WR. Principles of irrational drug therapy. *Int J Health Serv* 1986;16(3):355-62.
104. Vilarino JF, Soares IC, Silveira CM, Rodel APP, Bortoli R, Lemos RR. Perfil da automedicação em município do Sul do Brasil. *Rev Saúde Pública* 1998;32(1):43-9.
105. WHO. Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde, 10ª Revisão. São Paulo: Centro Colaborador da OMS (Organização Mundial de Saúde) para a Classificação de Doenças em Português; 1995.
106. WHO. Medicines Strategy: framework for action in essential drugs and medicines policy 2000-2003. Geneva: WHO; 2000. Disponível em: <http://whqlibdoc.who.int/hq/2000/who_EDM_2000.1.pdf>. Acesso em 23 fev. 2006.
107. WHO. Effective drug regulation: a multicountry study. Geneva: WHO; 2002a. Disponível em: <<http://whqlibdoc.who.int/hq/2002/9241562064.pdf>>. Acesso em 17 mar. 2006.
108. WHO. Essential Drugs and Medicines Policy. Extending the Evidence Base. Geneva: WHO; 2002b. Disponível em: <http://whqlibdoc.who.int/hq/2002/who_EDM_2002.1.pdf>. Acesso em 23 fev. 2006.
109. WHO. Essential Drugs and Medicines Policy. Geneva: WHO; 2003a. Disponível em: <http://whqlibdoc.who.int/hq/2004/who_EDM_2004.1.pdf>. Acesso em 23 fev. 2006.
110. WHO. How to develop and implement a national drug policy. Geneva: WHO; 2003b. Disponível em: <http://whqlibdoc.who.int/hq/2002/who_EDM_2002.5.pdf>. Acesso em 23 fev. 2006.
111. WHO. Collaborating Centre for Drug Statistics Methodology. Anatomical Therapeutic Chemical (ATC) classification index with Defined Daily Doses (DDD's). Oslo: WHO; 2004a. Disponível em: <<http://www.whocc.no/atcddd>>. Acesso em 13 fev. 2006.
112. WHO. Equitable access to essential medicines: a framework for collective action. Geneva: WHO; 2004b. Disponível em: <http://whqlibdoc.who.int/hq/2004/who_EDM_2004.4.pdf>. Acesso em 23 fev. 2006.
113. WHO. How to Investigate the Use of Medicines by Consumers. Geneva: WHO; 2004c. Disponível em: <http://whqlibdoc.who.int/hq/2004/who_EDM_PAR_2004.2.pdf>. Acesso em 23 fev. 2006.
114. WHO. What are essential medicines? Geneva: WHO; 2004d. Disponível em: <<http://www.who.int/medicines/>>. Acesso em 13 fev. 2006.
115. WHO. WHO Medicines Strategy 2004-2007: countries at the core. Geneva: WHO; 2004e. Disponível em: <http://whqlibdoc.who.int/hq/2004/who_EDM_2004.2.pdf>. Acesso em 23 fev. 2006.

8. ESTRUTURA DOS ARTIGOS

Artigo 1: Acesso a medicamentos de uso contínuo em população assistida por diferentes modelos de Atenção Básica em Saúde.

Motivação: O grande impacto da morbimortalidade cardiovascular na população brasileira, que tem o diabetes mellitus (DM) e a hipertensão arterial (HA) como importantes fatores de risco, trazem um desafio para o sistema público de saúde: a garantia de acompanhamento sistemático dos indivíduos identificados como portadores desses agravos, assim como o desenvolvimento de ações referentes à promoção do cuidado integral e resolutivo. O PSF prioriza o atendimento a grupos considerados de maior risco a agravos, entre eles, os doentes crônicos. Dessa forma, espera-se que o acesso gratuito a medicamentos destinados a esses grupos, ocorra de forma regular nas áreas do PSF.

Objetivos: Avaliar o acesso a medicamentos de uso contínuo para hipertensão, diabetes e problemas de saúde mental na população da região sul e nordeste do Brasil.

Métodos: O delineamento é transversal. A amostra está composta por indivíduos com 30 anos ou mais residentes em áreas cobertas por Postos de Saúde. O processo de amostragem foi realizado em múltiplos estágios, sendo as UBS sorteadas com probabilidade proporcional ao tamanho de cada município selecionado. Na área de abrangência de cada UBS foi obtida uma amostra sistemática por conglomerado de indivíduos.

Relevância: Após 10 anos de sua implantação, o PSF vem crescendo, entretanto, este crescimento tem sido desigual no país e mostra problemas preocupantes. A sua pequena participação em municípios com mais de 100 mil habitantes e a rotatividade das equipes, principalmente de médicos, pode comprometer o vínculo e a qualidade nos cuidados aos usuários. Este projeto permitirá conhecer a realidade do acesso a medicamentos de uso contínuo na Atenção Básica em saúde.

Artigo 2: Avaliação do acesso a medicamentos prescritos na última consulta médica.

Motivação: Acesso a cuidados em saúde é um direito humano fundamental e plenamente reconhecido no mundo. Entretanto, sem um acesso equitativo aos medicamentos essenciais necessários para tratar as doenças mais prevalentes, esse direito não pode ser garantido. A literatura revela que mais da metade das consultas médicas resulta em prescrição de medicamento. Entretanto muitos usuários, principalmente aqueles que dependem do serviço público, não tem acesso a todos os medicamentos receitados.

Objetivos: Avaliar o acesso a medicamentos receitados na última consulta médica segundo o número de medicamentos prescritos, em população assistida por diferentes modelos de Atenção Básica na região sul e nordeste do Brasil.

Métodos: O estudo possui delineamento transversal. A amostra está composta por indivíduos com 30 anos ou mais residentes em áreas cobertas por Postos de Saúde. O processo de amostragem foi realizado em múltiplos estágios, sendo as UBS sorteadas com probabilidade proporcional ao tamanho de cada município selecionado. Na área de abrangência de cada UBS, foi obtida uma amostra sistemática por conglomerado de indivíduos, totalizando 8063 (4060 adultos e 4003 idosos).

Relevância: O acesso aos medicamentos está diretamente relacionado à disponibilidade desses em quantidade e qualidade suficientes na rede pública de saúde. Entretanto, o acesso gratuito a medicamentos essenciais pela rede pública ainda é limitado. Esta situação indica uma limitação importante para o cumprimento da prescrição médica, principalmente para a população de baixa renda. Em vista desse panorama, inquéritos populacionais sobre acesso a medicamentos tornam-se importantes para a identificação da dificuldade de acesso a medicamentos existentes entre os grupos mais vulneráveis, bem como de fatores associados a estes problemas, de modo a fornecer subsídios para o seu adequado enfrentamento.

Artigo 3: Impacto do acesso gratuito a medicamentos na adesão ao tratamento prescrito (revisão).

Motivação: O acesso aos medicamentos é um determinante importante do cumprimento do tratamento prescrito. Mesmo que o diagnóstico e a prescrição estejam corretos, a adesão ao tratamento depende, além da orientação recebida e da aceitação do paciente, da disponibilidade e possibilidade de obter o medicamento. A falta de acesso gratuito pode comprometer o tratamento prescrito, sendo esta uma causa freqüente de não adesão.

Objetivos: Sumarizar, com base na revisão de literatura, evidências sobre o efeito do acesso gratuito aos medicamentos na adesão ao tratamento prescrito por médico.

Métodos: Revisão sistemática da literatura nacional e internacional sobre o efeito do acesso gratuito aos medicamentos, na adesão do paciente ao tratamento. Será realizada uma análise comparativa dos resultados encontrados nos estudos conduzidos por metodologia adequada, que sejam comparáveis.

Relevância: A falta de acesso ao medicamento prescrito é uma causa freqüente de retorno de pacientes aos serviços de saúde. Este fato revela que além da baixa resolutividade do serviço de saúde, para uma grande parte da população a obtenção gratuita é o único modo de realização do tratamento. Considerando-se que a maioria da população atendida no serviço público de saúde é de baixa renda, o custo mensal dos medicamentos ou compromete o orçamento familiar ou leva a não adesão total ou parcial à prescrição médica. Os resultados desta revisão podem contribuir para estabelecer a importância do acesso gratuito na adesão aos tratamentos prescritos.

RELATÓRIO DO TRABALHO DE CAMPO

1. INTRODUÇÃO

Este relatório apresenta as atividades desenvolvidas durante o trabalho de campo realizado para a coleta dos dados do projeto de doutorado intitulado “Acesso a medicamentos em população assistida por diferentes modelos de atenção básica nas regiões sul e nordeste do Brasil”. Este estudo foi desenvolvido no âmbito do Estudo de Linha de Base (ELB) do Projeto de Expansão e Consolidação do Saúde da Família (PROESF) nos 41 municípios com mais de 100 mil habitantes dos Lotes 2 da região Sul (RS, SC) e Nordeste (AL, PB, PE, PI, RN) do Brasil, no período de 15/03/2005 à 10/08/2005.

O trabalho de campo foi financiado nacionalmente pelo Ministério da Saúde para o Monitoramento e Avaliação do PROESF. O estudo envolveu a população residente na área de abrangência das unidades básicas de saúde (UBS) selecionadas nas duas regiões. Através de um delineamento transversal foram realizadas entrevistas individuais, domiciliares, com questionários estruturados, abordando questões relevantes para o estudo em amostras independentes de crianças, mulheres, adultos e idosos. Utilizando abordagem epidemiológica foi investigado o acesso a medicamentos na população de adultos e idosos. Serão descritas a seguir as etapas do trabalho de campo, com ênfase nos aspectos específicos deste estudo. A íntegra dos relatórios finais do ELB do PROESF está disponível na página da internet: <http://www.epidemiologia-ufpel.org.br/proesf/index.htm>.

Este trabalho é o resultado de um esforço coletivo de professores, técnicos e alunos vinculados ao Departamento de Medicina Social da Faculdade de Medicina, ao Departamento de Enfermagem da Faculdade de Enfermagem e Obstetrícia, ao Centro de Pesquisas Epidemiológicas e ao Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia. Igual apoio e estímulo foram recebidos de um grande número de pessoas que, em diferentes âmbitos, institucionais, administrativos e acadêmicos, viabilizaram o desenvolvimento do estudo. Agradecimentos

especiais e em particular são destinados ao professor Luiz Augusto Facchini, que viabilizou a coleta dos dados deste estudo no âmbito do ELB.

2. CONFECÇÃO DO QUESTIONÁRIO

O instrumento utilizado consistiu de blocos de questões comuns ao ELB do Monitoramento e Avaliação do Projeto de Expansão e Consolidação do Saúde da Família (PROESF), os quais encontram-se disponíveis na página do PROESF-UFPEL na Internet e são de livre acesso - <http://www.epidemiologia-ufpel.org.br/proesf/index.htm>, contendo também questões específicas deste estudo. O questionário sobre acesso a medicamentos foi elaborado entre janeiro e março de 2005 e fazia parte do bloco de questionários aplicados à população e denominados de bloco A (adultos de 30 a 64 anos, 11 meses e 29 dias) e bloco I (idosos com 65 anos e mais de idade) (ANEXO 1).

Foi realizado um estudo piloto no dia 28 de janeiro de 2005, aplicado na população residente na área de abrangência de três UBS que não faziam parte da amostra, na cidade de Pelotas. Este serviu para detectar possíveis problemas com os questionários e para treinamento e seleção dos supervisores do trabalho de campo, pela equipe do ELB.

Foi também realizado no mês de fevereiro um piloto na UBS Pycrespo, em Pelotas, para refinar as questões específicas sobre acesso a medicamentos. Consistiu de 20 entrevistas aplicadas pela pesquisadora, na população que se encontrava na UBS na faixa etária do estudo. Deste exercício resultaram pequenas modificações na formulação das perguntas e no recordatório utilizado, bem como na criação de novas alternativas, principalmente no que se refere ao motivo da falta de acesso aos medicamentos referidos. Também foi avaliado o tempo de duração para a aplicação de cada questionário, considerando que o entrevistado deveria referir todos os medicamentos que necessitava utilizar continuamente e também aqueles receitados na última consulta médica. Ao final desse processo, o questionário final foi

constituído de dois quadros de medicamentos (uso contínuo e receitados na última consulta médica) com espaço para o relato de cinco medicamentos cada e de folhas extras para aqueles indivíduos que relatassem mais de cinco medicamentos de uso contínuo. Os arquivos para entrada desses dados foram definitivamente estruturados para atender essas especificidades.

3. MANUAL DE INSTRUÇÕES

Foi confeccionado juntamente com os questionários, um manual de instruções usado como material de apoio no treinamento dos supervisores e que era utilizado pelos mesmos durante o trabalho de campo. O manual consiste de explicações específicas para cada questão e respectivas codificações, detalhando também a correta abordagem e preenchimento das questões sobre acesso a medicamentos (ANEXO 3).

4. ESCOLHA DA AMOSTRA

O universo do estudo é constituído pela totalidade de municípios que compõem o Lote 2 Sul e Lote 2 Nordeste. Neste universo foi realizada uma amostra estratificada por múltiplos estágios para selecionar UBS e indivíduos residentes na área de abrangência dos serviços.

4.1. Amostra de UBS

Tomando-se os “Projetos de Adesão ao PROESF” dos 21 municípios estudados no sul e 20 no nordeste foi identificado um total de 626 UBS no Lote 2 Sul e 855 no Lote 2 Nordeste. Destas, foram sorteadas aleatoriamente, em cada lote, 40 UBS que se tornaram PSF em decorrência do PROESF, 40 UBS que já eram PSF anteriormente ao PROESF e 40 UBS que utilizavam o modelo Tradicional de atenção básica, totalizando 120 UBS em cada região. Esta amostragem foi proporcional ao tamanho da rede básica de saúde de cada município, buscando uma maior representatividade das UBS selecionadas e do estágio amostral a elas vinculado (população residente na área de abrangência das UBS).

De modo a facilitar a comparação dos achados, as UBS dos três grupos foram pareadas, utilizando-se como critério o tamanho da área física. Desta maneira, obteve-se uma amostra total de aproximadamente 20% das UBS do Lote para avaliar se as mudanças eventualmente observadas no desempenho do sistema de saúde e na situação de saúde da população eram decorrentes da intervenção PROESF / PSF. As UBS sorteadas orientaram a seleção da amostra da população da área de abrangência dos serviços.

Todas as 120 UBS selecionadas nos 21 municípios do Lote 2 Sul foram estudadas. Do total, 27 UBS (22%) estavam localizadas em SC e 93 UBS (78%) no RS, sendo 45 (38%) na região metropolitana (RM) de Porto Alegre e 48 (40%) no interior do estado. Os municípios que contribuíram com o maior número de UBS para a amostra estudada foram Porto Alegre (15 UBS), Pelotas (9) e Santa Maria (9), no RS, e Florianópolis (9) e Criciúma (9), em SC. Em relação ao modelo de atenção, 42% (51) da amostra total eram UBS do modelo Tradicional, incluindo três unidades mistas, e 58% (69) do PSF, sendo 25% (30) do PSF pré-PROESF e 33% (39) do PSF pós-PROESF. Entre as unidades do PSF, 40 (34%) contavam com uma Equipe de Saúde da Família (ESF), 18 unidades (15%) possuíam duas ESF, 8 (7%) apresentavam três ESF e três unidades (3%) dispunham de quatro ESF.

Foram estudadas todas as 120 UBS selecionadas nos 20 municípios do Lote 2 Nordeste. Do total, 15 UBS (13%) estavam localizadas em AL, 17 na PB (14%), 58 em PE (48%), 12 no PI (10%) e 18 no RN (15%), sendo 42 (35%) na RM de Recife e 78 (65%) nas demais regiões do Lote. Os municípios que contribuíram com o maior número de UBS para a amostra estudada foram Recife (12 UBS) e Jaboatão dos Guararapes (9) em PE, Maceió (9) em AL, João Pessoa na PB (9), Teresina (9) no PI e Natal (9) no RN. Em relação ao modelo de atenção, 34% (41) da amostra total eram UBS do modelo Tradicional, incluindo sete unidades mistas, e 66% (79) do PSF, sendo 39% (47) do PSF pré-PROESF e 27% (32) do PSF pós-PROESF. Entre as unidades do PSF, 51% contavam com uma Equipe de Saúde da

Família (ESF), 33% possuíam duas ESF, 12% apresentavam três ESF e 4% dispunham de quatro ESF.

4.2. Amostra da população da área de abrangência das UBS

A amostra populacional foi dividida em quatro grupos: crianças de um a três anos de idade, mulheres que tiveram filhos nos últimos dois anos, adultos entre 30 e 64 anos de idade e idosos a partir dos 65 anos de idade. Estes indivíduos foram localizados na área de abrangência de cada uma das UBS, através de amostragem sistemática por conglomerados. Estimou-se uma amostra de 2100 indivíduos em cada um dos grupos para cada região, cujo tamanho era suficiente para atender os objetivos do estudo. Esta amostra foi dividida pelo número de UBS selecionadas (120) resultando em um número de 18 entrevistas a serem realizadas para cada grupo populacional da área de abrangência por região.

A amostra populacional foi localizada na área de abrangência da UBS, que foi o ponto inicial para a coleta de dados. Todos os domicílios do percurso seguido a partir da UBS até os limites da área foram visitados em busca dos indivíduos elegíveis de acordo com o grupo populacional.

A independência entre as amostras (somente um indivíduo de um subgrupo populacional era selecionado no domicílio) e a baixa densidade de indivíduos elegíveis em cada domicílio facilitou a distribuição da amostra por toda a área de abrangência da UBS, determinando um salto natural para seleção dos indivíduos e minimizando as possibilidades de viés de seleção ou efeito de *cluster* nas amostras.

A partir de estimativas do IBGE as crianças de 1 a 3 anos representavam cerca de 6,5% da população total, as mulheres com filhos nascidos nos últimos 2 anos cerca de 4% da população total, os adultos de 30 a 64 anos cerca de 40% da população total e os idosos (≥ 65 anos) cerca de 7% da população total. Aplicando estas estimativas a um bairro com cerca de

6500 pessoas e aproximadamente 2100 famílias (ou domicílios) encontraríamos uma criança de 1 a 3 anos a cada 5 famílias, uma mulher com filhos nascidos nos últimos 2 anos a cada 8 famílias, um adulto de 30 a 64 anos a cada família e um idoso a cada 4 ou 5 famílias.

Caso em um domicílio não residisse o indivíduo com as características requeridas, passava-se ao seguinte, respeitando a orientação do deslocamento pela área de abrangência. Nos domicílios selecionados, somente um indivíduo elegível (crianças, mulheres que tiveram filho nos últimos dois anos, adultos e idosos) foi convidado a participar do estudo, explicando-se a sua finalidade e apresentando termo de consentimento informado.

Considerando que a abordagem populacional procurou avaliar a utilização de serviços e o vínculo com a unidade de saúde, nos domicílios em que se encontraram dois adultos, o elegível era o mais velho, procedendo da mesma forma para os idosos. No caso dos idosos, a opção buscou valorizar um grupo com presença crescente na população do país, mas ainda não prioritário na atenção básica à saúde.

O pressuposto amostral de comparação dos achados por modelo de atenção e não de representatividade da população também minimiza o eventual viés de seleção de residentes mais próximos à UBS estudada.

A amostra populacional entrevistada na área de abrangência das UBS na região sul foi de 1940 adultos (92% do esperado) e 1891 idosos (90% do esperado). Na média foram aplicados cerca de 16 questionários em cada estrato da amostra populacional de cada UBS. Na região nordeste entrevistou-se 2.120 adultos (100% do esperado) e 2.112 idosos (100% do esperado). Na média foram aplicados cerca de 17 questionários em cada estrato da amostra populacional de cada UBS.

A forma de seleção da amostra está detalhada no projeto de pesquisa.

6. SELEÇÃO E TREINAMENTO DOS SUPERVISORES

No mês de janeiro de 2005 foi iniciada a seleção dos supervisores junto à secretaria do Centro de Pesquisas Epidemiológicas. Aos candidatos era exigido idade igual ou superior a 18 anos, ensino médio completo, experiência prévia em pesquisa e disponibilidade de tempo para permanecerem fora da cidade de Pelotas por seis meses, tempo previsto para a realização do trabalho de campo nas duas regiões do país. Foi realizado um treinamento específico por um período de 40 horas, entre os dias 24 e 28 de janeiro de 2005, com a participação dos 26 candidatos inscritos. No último dia do treinamento foi realizado um trabalho de campo com aplicação de questionários supervisionados pela equipe do projeto. Foram selecionados 16 supervisores para dar início ao trabalho de campo. Os demais candidatos ficaram como suplentes.

Aos supervisores selecionados, além da aplicação dos questionários populacionais, ficaram delegadas as seguintes atividades nos municípios: reunião diária para avaliação do andamento do trabalho de campo; arquivamento, catalogação de instrumentos e conclusão com o encaminhamento dos materiais para a coordenação do estudo, como também algumas atividades de apoio como a instalação e utilização de um *software*; supervisão do questionário coletivo da UBS e individual dos membros da equipe de saúde e apoio na coleta de dados da demanda atendida nas UBS.

6. TRABALHO DE CAMPO

6.1. Equipe técnica do projeto

Estiveram envolvidos neste trabalho quatro coordenadores gerais, um coordenador de trabalho de campo, dois coordenadores de processamento dos dados, três coordenadores executivos, dois apoios de informática, dez codificadores de dados, sete digitadores, um

coordenador e dois auxiliares de pesquisa para o controle de qualidade, quinze supervisores do trabalho de campo e sete alunos voluntários e bolsistas de iniciação científica.

6.2. Logística pré-trabalho de campo

Vários procedimentos foram realizados para facilitar a logística e orientar o trabalho dos supervisores. São exemplos destes procedimentos duas oficinas realizadas anteriormente a coleta dos dados, com os representantes das UBS e secretários municipais de saúde no município de Porto Alegre. Além dessas atividades, foram realizadas visitas durante o trabalho de campo a alguns dos municípios selecionados para melhorar a pactuação entre os pesquisadores e o município. Outra medida foi a divulgação do estudo em meios de comunicação (jornal e rádio).

6.3. Coleta dos dados

A coleta dos dados primários foi realizada através de entrevistas individuais domiciliares, mediante aplicação de questionários estruturados, por 15 supervisores criteriosamente selecionados e capacitados para o desenvolvimento de cada uma das etapas do trabalho de campo.

Logo após a chegada no município em estudo, os supervisores faziam um contato com o representante do Grupo Local de Avaliação em Saúde (GLAS), formado nas oficinas, para ultimar os detalhes do trabalho de campo. Na seqüência, eram aplicados os instrumentos de pesquisa na área de cada UBS selecionada, segundo critérios pré-estabelecidos de seleção dos indivíduos, detalhado no projeto de pesquisa.

Os supervisores visitavam cada domicílio portando crachá de identificação e carta de apresentação assinada pela coordenação da pesquisa. Além disso, cada dupla de supervisores portava material completo para o trabalho de campo e eram estimulados a realizar o número

total de entrevistas domiciliares para cada grupo populacional em 3 dias, tempo necessário para uma dupla realizar o trabalho completo em uma unidade. As entrevistas eram realizadas individualmente com cada indivíduo elegível.

6.4. Logística do trabalho de campo nos municípios

O estudo começou respeitando uma trajetória pelas cidades com início em Pelotas e término em Rio Grande. Para cada município, uma dupla de supervisores era responsável pelo trabalho durante 3 dias em uma UBS. Nas cidades com maior número de unidades, cada dupla podia ser responsável por mais de uma UBS e, portanto permanecer mais tempo no município. Ao finalizar todos os instrumentos de um município, os supervisores viajavam para o município seguinte dando continuidade ao trabalho de campo.

A coleta de dados nos municípios do Lote 2 Sul iniciou em 15 de março de 2005 com duração de 65 dias. A seqüência dos municípios no Lote 2 Sul foi: Pelotas, Bagé, Santa Maria, Uruguaiana, Santa Cruz, Caxias, Alvorada, Cachoeirinha, Sapucaia, Gravataí, Viamão, Canoas, São Leopoldo, Novo Hamburgo, Porto Alegre, Passo Fundo, Lages, Chapecó, Criciúma, Florianópolis e finalizando Rio Grande. O cronograma do trabalho de campo encontra-se exposto no quadro abaixo.

Cronograma do Trabalho de Campo. Estudo de Linha de Base, PROESF – UFPel, Lote 2 Sul, 2005.

Município	Período do Trabalho de Campo
Pelotas	15 a 23 de março
Bagé	21 a 24 de março
Santa Maria	21 a 27 de março
Santa Cruz do Sul	28 de março a 03 de abril
Uruguaiana	28 a 31 de março
Caxias do Sul	01 a 07 de abril
Alvorada	01 a 04 de abril
Cachoeirinha	05 a 07 de abril
Sapucaia	08 a 11 de abril
Gravataí	04 a 11 de abril
Viamão	08 a 13 de abril
Canoas	11 a 16 de abril
São Leopoldo	14 a 17 de abril

Porto Alegre	18 a 26 de abril
Passo Fundo	24 a 30 de abril
Lages	24 a 30 de abril
Novo Hamburgo	27 de abril a 07 de maio
Chapecó	01 a 04 de maio
Criciúma	01 a 08 de maio
Florianópolis	08 a 14 de maio
Rio Grande	18 e 19 de maio

Para o Lote 2 Nordeste, a logística para o desenvolvimento do trabalho de campo iniciado no dia 03 de junho e concluído no dia 10 de agosto de 2005, foi a mesma adotada para o Lote 2 Sul, porém pela característica geográfica da região, o grande grupo de supervisores foi dividido em dois. Esta estratégia permitiu que um grupo se deslocasse a partir de Recife (PE) para o sul, ao estado de Alagoas e posteriormente pelo interior deste estado, de Pernambuco, do Piauí, até a cidade de Natal (RN), enquanto os demais se deslocavam pelo litoral até o mesmo ponto avançando pelos estados de Pernambuco, Paraíba e Rio Grande do Norte. De Natal, todo o grupo de supervisores retornou para Recife, (PE) para a finalização do trabalho e retorno à Pelotas.

Outra estratégia utilizada na logística do trabalho de campo foi à realização de mutirões de supervisores em áreas consideradas de risco, ou seja, aquelas com maior índice de violência, drogas, etc. e, em casos de grandes concentrações urbanas, como Porto Alegre (RS) e Recife (PE), esta estratégia também foi adotada. O cronograma do trabalho de campo encontra-se exposto no quadro abaixo.

Cronograma do Trabalho de Campo. Estudo de Linha de Base. PROESF – UFPel, Lote 2 NE, 2005.

Município	Período do Trabalho de Campo
Recife	03 a 08 de junho e 05 a 06 de agosto
Jaboatão dos Guararapes	09 a 15 de junho
Camaragibe	13 a 18 de junho
Cabo de Santo Agostinho	20 a 22 de junho e 09 de agosto
Olinda	08 de agosto
Vitória de Santo Antão	27 a 29 de junho e 09 de agosto
Paulista	27 a 29 de junho
Campina Grande	01 a 03 de julho
João Pessoa	08 a 16 de julho

Santa Rita	18 a 20 de julho
Parnamirim	21 a 23 de julho
Mossoró	25 a 30 de julho
Maceió	06 a 21 de junho
Arapiraca	22 a 30 de junho
Garanhuns	02 a 04 de julho
Caruaru	01 a 09 de julho
Petrolina	11 a 16 de julho
Teresina	18 a 24 de julho
Parnaíba	26 a 27 de julho
Natal	29 de julho a 02 de agosto

6.5. Acompanhamento do trabalho de campo

Para acompanhar o trabalho de campo foram programadas visitas por parte dos coordenadores do estudo em alguns municípios, onde reuniões foram realizadas para discussão de questões que fossem de interesse da pesquisa, das dúvidas em geral e quanto à codificação. No sul, a equipe técnica realizou visitas estratégicas aos municípios de Porto Alegre, Sapucaia do Sul, Gravataí, e Passo Fundo (RS), além de Chapecó e Criciúma (SC), com o objetivo de antecipar algumas ações de apoio aos municípios e ao andamento da coleta de dados. No nordeste, a equipe técnica visitou os municípios de Petrolina (PE), Teresina (PI), Parnaíba (PI), Mossoró (RN) e Natal (RN). Também merece destaque a participação dos representantes dos estados, municípios, das UBS e dos Agentes Comunitários de Saúde.

Nesses encontros era estimulada a utilização dos manuais de instruções, do correto preenchimento da planilha de controle de entrevistas e o rigoroso respeito à metodologia estabelecida para a coleta de dados. Eram também recebidos os questionários preenchidos dos diferentes municípios para posterior deslocamento para a sede do estudo na Universidade Federal de Pelotas. Durante todo o período de trabalho de campo, os coordenadores da pesquisa prestavam esclarecimentos para o perfeito andamento do trabalho, mantinham contato com os diversos municípios e permaneciam em constante colaboração e apoio aos supervisores.

6.6. Rotina com os questionários

O envio do material da pesquisa na região sul foi feito pelos supervisores, sendo repostos pelos coordenadores da pesquisa nos encontros previamente agendados em pontos estratégicos. Para o retorno dos instrumentos à sede do projeto, duas estratégias foram utilizadas: na região sul, a busca foi realizada pelos coordenadores nos municípios previamente acertados: Porto Alegre (RS), Chapecó (SC), Criciúma (SC); na região nordeste, foi feito o envio das caixas contendo o material da pesquisa via correio para a sede do projeto na UFPEL.

Para a região nordeste, todos os instrumentos foram transportados para Recife via terrestre e lá entregues aos representantes das 120 UBS presentes na segunda oficina de preparação. Sendo assim, ao chegar os supervisores aos municípios, os instrumentos já estavam na unidade prontos para a utilização na pesquisa.

7.0. CONTROLE DE QUALIDADE

O controle de qualidade foi realizado, por telefone, mediante aplicação de questionários reduzidos para alcançar, no mínimo, 5% dos domicílios selecionados. Estes questionários eram compostos por perguntas-chave para identificar possíveis erros ou respostas falsas (ANEXOS 4 e 5). Para tanto, foi sorteado um questionário relativo a cada grupo populacional investigado (criança, mulher, adulto e idoso) por UBS.

Para padronizar e qualificar a coleta dos dados do controle de qualidade, uma pessoa especialmente treinada para este fim realizou o contato telefônico. Não existindo a possibilidade de contato telefônico com a pessoa sorteada, uma busca pelo endereço ou pela respectiva UBS, era realizada na tentativa de localizar e coletar os dados do entrevistado, não havendo, portanto, substituição para evitar possíveis vieses.

Para checagem imediata da consistência das informações, através de uma planilha (ANEXO 6), algumas respostas referidas pelo entrevistado no contato feito pelo supervisor eram comparadas com as repostas referidas no momento da aplicação do questionário de controle de qualidade. Esta medida facilitava a detecção precoce de possíveis erros na coleta dos dados e possibilitava a intervenção imediata junto ao supervisor do trabalho de campo. A atividade de controle de qualidade era supervisionada diariamente por um dos membros da equipe. Ao final, foi realizada a checagem da consistência das informações através do índice de concordância de Kappa.

Nos 21 municípios do Lote 2 sul, foram sorteados 480 questionários de um total de 7603, o que corresponde a 6,3% da amostra, sendo efetivamente localizados 419 indivíduos, ou 5,5% da amostra.

Resultado final do controle de qualidade em 21 municípios. Estudo de Linha de Base, PROESF – UFPel, Lote 2 Sul, 2005.

Situação	N	%
Completados	419	87,3
Não atenderam o telefone	27	5,6
Número de telefone não conferiu	33	6,9
Mudou de endereço	1	0,2
Total	480	100

Nos 20 municípios do Lote 2 nordeste, foram sorteados 476 questionários de um total de 8474, o que corresponde a 5,6% da amostra, sendo efetivamente localizados 341 indivíduos, ou 4,0% da amostra.

Resultado final do controle de qualidade nos 20 municípios do Lote 2 Nordeste.

Situação	N	%
Completados	341	71,7
Não atende telefone	93	19,5
Número de telefone não confere	42	8,8
Total	476	100

8.0. PROCESSAMENTO DOS DADOS

Até traduzir-se em informações, todos os dados coletados durante o trabalho de campo foram objeto de um conjunto de atividades, sistemática e rigorosamente encadeadas. Estas atividades foram desde a recepção e classificação dos instrumentos até as análises mais complexas e informativas.

8.1. Recepção e classificação dos instrumentos

Os instrumentos completados no trabalho de campo entravam no processamento por município, na mesma ordem da realização da coleta de dados. Uma vez “na bancada de trabalho”, os diferentes instrumentos eram separados por tipo para identificação.

8.2. Identificação e constituição dos lotes

Nesta fase, o questionário recebia um identificador numérico único. Para os questionários da população da área de abrangência da UBS, o identificador possuía sete algarismos: um para o Estado, dois para o município, dois para a UBS e dois para o entrevistado.

Para cada conjunto de instrumentos do mesmo tipo e da mesma UBS era constituído um lote de questionários, obedecendo a uma numeração seqüencial utilizada no formulário “capa de lote” (ANEXO 7). Neste formulário, eram registrados os números de identificação de cada questionário do lote, além do município, UBS, total de questionários, data e responsável pelo fechamento do lote.

Para cada município, foram sistematizados os totais de cada instrumento efetivamente completados no trabalho de campo, excluídas as perdas e recusas. Estes números eram registrados em uma planilha do processamento por município e UBS, denominada “Listagem

de Controle de Lote” (ANEXO 8). Esta rotina dava início ao processamento propriamente dito, com a seguinte seqüência de tarefas para os questionários populacionais:

- codificação de questões fechadas
- tabulação de questões abertas
- codificação de questões abertas
- revisão final
- digitação

A primeira folha de cada questionário recebia um carimbo com a seqüência de tarefas acima citadas para registro de data e responsável.

9.0. CODIFICAÇÃO E DIGITAÇÃO DOS DADOS

Os questionários foram revisados e posteriormente codificados por uma equipe especialmente treinada para este fim. As questões específicas da avaliação de acesso a medicamentos foram revisadas e codificadas pela pesquisadora. Foram criados bancos de dados no EPI-INFO 6.04b, que permite validação da entrada de dados para amplitude e consistência das variáveis. Além disso, qualquer problema que tivesse passado pela equipe de revisão e codificação e que fosse detectado pelos digitadores era encaminhado aos coordenadores da digitação para resolução junto aos supervisores. Após, os dados obtidos foram articulados em uma única base de dados utilizando-se o programa estatístico EPI-INFO 6.04b e Stata versão 8.0. Posteriormente, procedeu-se a análises de consistência dos dados.

10.0. ANÁLISE DOS DADOS

Digitados no programa EPI-INFO 6.04b, os bancos de dados foram exportados através do aplicativo STAT TRANSFER 5.0 para o pacote estatístico STATA 9.0 utilizado nas análises. Iniciou-se então, o processo de limpeza de dados tabulando-se todas as variáveis do

banco e verificando-se as inconsistências junto aos questionários, recodificando-se quando necessário. O nome dos medicamentos que estavam errados foram corrigidos no “do editor”.

O passo seguinte foi a confecção do banco de medicamentos a partir do banco original, através do comando “reshape” (transforma as variáveis de medicamentos “short” 1 a 15 linhas em “long”, uma linha por medicamento). O próximo passo foi passar a variável desfecho “acesso” do banco “long” para o “short”, usando-se o comando “collapse” no banco de medicamentos e gerando um outro banco que só tem essa variável (acesso). Depois se fez um “merge” do banco collapse. Assim foi possível construir o acesso total, parcial e nenhum acesso conforme o número de medicamentos citados por pessoa.

Posteriormente, foram colocados rótulos nas variáveis e em seus valores, verificando-se após, as frequências simples de cada variável, examinando as medidas de tendência central e as proporções para as variáveis independentes e para os desfechos. Realizou-se então, a análise bivariável através do teste do qui-quadrado e teste para tendência linear em proporções e a análise multivariável hierarquizada através da regressão de Poisson com variância robusta, subsidiada por um modelo teórico.

Os resultados foram então analisados de duas formas: utilizando-se o total de indivíduos como denominador para o estudo das prevalências de acesso total, parcial ou nenhum acesso a medicamentos e seus determinantes e de outro modo, utilizando-se como denominador o total de medicamentos referidos para a classificação de grupos farmacológicos e formas de obtenção. Para todas as análises foi considerado o efeito de delineamento para amostras por conglomerado de indivíduos.

11.0. PROJETO X EXECUÇÃO: A REALIDADE DE UMA PESQUISA

Na execução da pesquisa foi necessário fazer algumas adaptações em relação ao que estava previsto no projeto. A principal modificação na execução da pesquisa em relação ao

projeto foi a exclusão do estudo de acesso a medicamentos prescritos na última consulta médica nos últimos 30 dias, previsto como o segundo artigo desta tese. Isto ocorreu devido a quantidade de informações relevantes contidas na abordagem sobre o acesso a medicamentos de uso contínuo, que resultou em dois artigos (artigo 1 e 2). O estudo desta população poderia trazer informações importantes sobre a conduta do indivíduo que consultou por algum problema agudo de saúde, no que diz respeito ao acesso ao medicamento prescrito. Tais informações seriam importantes para orientar as políticas de medicamentos, entretanto essa abordagem é mais freqüente entre os estudos disponíveis na literatura, ao contrário da que foi abordada nos artigos apresentados.

Outra modificação realizada foi quanto ao tema do artigo de revisão desenvolvido, em relação ao que foi previsto no projeto. A abordagem proposta relacionando acesso gratuito e adesão ao tratamento prescrito tornou-se inviável pois não encontrou-se estudos para subsidiar a revisão, talvez porque os termos “adesão” e “acesso” possuem definições muito distintas e complexas, o que dificultou a captação de artigos. A dificuldade de encontrar estudos sobre acesso a medicamentos em nível domiciliar para subsidiar os dados encontrados nos artigos 1 e 2, justificam a escolha do tema do artigo de revisão.

ARTIGOS

ARTIGO 1

Acesso a medicamentos de uso contínuo em adultos e idosos nas regiões sul e nordeste do Brasil

Artigo publicado nos Cadernos de Saúde Pública 2008;24(2):267-80

Acesso a medicamentos de uso contínuo em adultos e idosos nas regiões Sul e Nordeste do Brasil

Access to continuous-use medication among adults and the elderly in South and Northeast Brazil

Vera Maria Vieira Paniz^I; Anaclaudia Gastal Fassa^I; Luiz Augusto Facchini^I; Andréa Dâmaso Bertoldi^{II}; Roberto Xavier Piccini^I; Elaine Tomasi^{III, IV}; Elaine Thumé^V; Denise Silva da Silveira^{I, IV}; Fernando Vinholes Siqueira^{I, III}; Maria Aparecida Rodrigues^{I, IV}

^IFaculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, Brasil

^{II}Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, Universidade do Vale do Rio dos Sinos, São Leopoldo, Brasil

^{III}Universidade Católica de Pelotas, Pelotas, Brasil

^{IV}Secretaria Municipal de Saúde e Bem-Estar de Pelotas, Pelotas, Brasil

^VFaculdade de Enfermagem e Obstetrícia, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, Brasil

Cad. Saúde Pública vol.24 no.2 Rio de Janeiro Feb. 2008

RESUMO

O objetivo deste estudo foi avaliar a prevalência de acesso a medicamentos de uso contínuo para tratar hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus e/ou problemas de saúde mental e fatores associados. Foi desenvolvido estudo transversal no âmbito do Projeto de Expansão e Consolidação Saúde da Família (PROESF) em 41 municípios do Sul e Nordeste do Brasil. A amostra incluiu 4.060 adultos e 4.003 idosos residentes na área das unidades básicas de saúde (UBS). A prevalência de acesso a medicamentos de uso contínuo em adultos foi de 81% e em idosos, 87%. O maior acesso entre os adultos da Região Sul esteve associado com maior idade, melhor nível econômico, tipo de morbidade crônica e participação em grupos na UBS; entre os adultos do Nordeste, com hipertensão arterial sistêmica exclusiva ou combinada com diabetes mellitus; entre os idosos do Sul, com maior escolaridade; entre os idosos do Nordeste, com maior idade, maior escolaridade, não fumantes, vínculo com a UBS e modelo de atenção Programa Saúde da Família (PSF). Os resultados revelam importante iniquidade em saúde, reforçando a necessidade de políticas para ampliar o acesso principalmente para populações de menor poder aquisitivo.

Medicamentos de Uso Contínuo; Uso de Medicamentos; Hipertensão; Diabetes Mellitus; Saúde Mental

ABSTRACT

This study aimed to evaluate the prevalence of access to continuous-use medicines for treatment of systemic arterial hypertension, diabetes mellitus, and/or mental health problems, and the associated factors. A cross-sectional study was developed under the Project for the Expansion and Consolidation of the Family Health Program in 41 cities in South and Northeast Brazil. The sample included 4,060 adults and 4,003 elderly living in the coverage areas for primary health care clinics. Prevalence of access to continuous-use medicines was 81% in non-elderly adults and 87% in the elderly. Greater access was associated with the following factors: adults in South Brazil – older age, higher socioeconomic status, type of chronic disease, and participation in support groups in the primary health clinic area; adults in the Northeast – systemic arterial hypertension with or without diabetes mellitus; elderly in the South – more schooling; and elderly in the Northeast – older age, more schooling, non-smoking, enrolment in the primary health care clinic coverage area, and the family health care model. The results show important inequity in health, reinforcing the need for policies to expand access, mainly for lower-income population groups.

Drug Continuous Use; Drug Utilization; Hypertension; Diabetes Mellitus; Mental Health

Introdução

O acesso a medicamentos é um indicador da qualidade e resolutividade do sistema de saúde ¹ e um determinante importante do cumprimento do tratamento prescrito. A literatura indica que a falta de acesso é uma causa freqüente de retorno de pacientes aos serviços de saúde ².

Os medicamentos de uso contínuo assumem grande importância no tratamento de doenças crônico-degenerativas, como a hipertensão arterial sistêmica e o diabetes mellitus, bem como de problemas de saúde mental, morbididades estas que apresentam prevalências crescentes no Brasil em decorrência do envelhecimento populacional ³. A falta de acesso a medicamentos para tratamento dessas enfermidades pode levar ao agravamento do quadro e aumentar os gastos com a atenção secundária e terciária ². Considerando-se que a maioria da população atendida no serviço público de saúde é de baixa renda, a obtenção gratuita é, freqüentemente, a única alternativa de acesso ao medicamento. Nesse contexto, o sistema público de saúde, e em particular o Programa Saúde da Família (PSF), desenvolve ações que visam a acompanhar de forma sistemática os indivíduos com essas morbididades e promover o cuidado integral, incluindo o acesso a medicamentos essenciais ⁴.

No Brasil, dados populacionais sobre o acesso a medicamentos são raros. A maioria dos estudos avalia o acesso com base na proporção de medicamentos prescritos que o usuário conseguiu obter ou que foi fornecido no serviço de saúde utilizado ^{4,5,6,7,8}. Dois inquéritos populacionais de abrangência nacional estudaram o acesso a medicamentos receitados na última consulta médica ^{4,9}. As prevalências de acesso observadas foram de 87% e 89,6%, sendo a última restrita a medicamentos para tratar problemas agudos de saúde. Na Região Sul do Brasil, também foi realizado estudo sobre o acesso a medicamentos na população coberta pelo PSF, revelando prevalência mais elevada (96,4%) ¹⁰.

Apesar de alguns estudos avaliarem a prevalência de acesso a medicamentos por meio de inquéritos domiciliares, a metodologia utilizada varia, e os fatores associados ao acesso não foram investigados. Os estudos de base populacional sobre a utilização de medicamentos mostram associação com sexo ^{2,11,12,13,14}, idade ^{2,11,12,13,14}, cor da pele ¹¹, nível econômico ¹¹, renda familiar ², tabagismo ¹¹, autopercepção de saúde ¹¹, doença crônica ² e número de consultas médicas ^{2,12}. Entretanto, diferenças sócio-econômicas e na utilização de serviços de saúde nas populações estudadas podem justificar os determinantes diferentes presentes no acesso a medicamentos.

Este estudo avalia a prevalência de acesso a medicamentos de uso contínuo para tratar hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus e problemas de saúde mental em adultos e idosos, residentes na área de abrangência das unidades básicas de saúde (UBS) das regiões Sul e Nordeste do Brasil. Também examina a associação entre o acesso a medicamentos e características demográficas e sócio-econômicas; tabagismo; indicadores da condição de saúde e de utilização de serviços de saúde; modelo de atenção e número de medicamentos referidos. Diferentemente dos estudos realizados em serviços de saúde, a abordagem populacional permite identificar dificuldades de acesso a medicamentos mesmo em indivíduos que não utilizam o serviço.

Portanto, esta pesquisa pode embasar políticas que visem a ampliar o acesso a medicamentos e a equidade no atendimento de portadores de doenças crônicas que usam medicamentos continuamente.

Metodologia

Os dados desta pesquisa são oriundos do estudo de linha de base do Projeto de Expansão e Consolidação Saúde da Família (PROESF) nos 41 municípios com mais de 100 mil habitantes dos lotes 2 das regiões Sul e Nordeste do Brasil. Compõem o lote 2 da Região Sul os estados do Rio Grande do Sul e Santa Catarina e o lote 2 da Região Nordeste os estados de Alagoas, Paraíba, Pernambuco, Piauí e Rio Grande do Norte ¹⁵.

Trata-se de um estudo transversal realizado no período de março a agosto de 2005. A amostra está constituída por adultos com 30 a 64 anos e idosos com 65 anos ou mais, residentes na área de abrangência das UBS. Indivíduos incapacitados de responder o questionário foram excluídos. O processo de amostragem foi realizado em múltiplos estágios. A amostra de UBS foi proporcional ao tamanho da rede básica de saúde de cada município e orientou a seleção da amostra populacional, sendo o ponto inicial da amostragem sistemática. Assim, sorteou-se aleatoriamente uma amostra estratificada, segundo modelo assistencial, de 120 UBS de cada lote, totalizando 240 UBS. Estimou-se entrevistar 2.100 indivíduos de cada grupo populacional por lote. Dividindo-se este número pelo total de UBS por lote, constatou-se a necessidade de entrevistar aproximadamente 18 indivíduos de cada grupo populacional na área das UBS.

Os entrevistadores partiram das UBS selecionadas, visitando domicílios consecutivos e entrevistando um único grupo populacional e um único indivíduo em cada domicílio, alternando o sexo. Nos domicílios em que se encontraram dois adultos, o elegível era o mais velho, procedendo da mesma forma para os idosos. A metodologia e detalhamento do plano amostral estão descritos em outras publicações ^{16,17,18}.

As entrevistas domiciliares foram realizadas por 15 supervisores previamente treinados, utilizando-se um questionário estruturado e pré-codificado, exceto para as questões relativas aos medicamentos. Os entrevistados foram questionados sobre a presença de hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus e/ou problema de saúde mental. Em caso afirmativo, perguntava-se sobre a necessidade de utilização de medicamento de uso contínuo, por indicação médica, para tratar as morbidades referidas, caracterizando qual o medicamento e para qual morbidade este era necessário. Medicamento de uso contínuo foi definido como aquele que o indivíduo precisa usar todos os dias, ou quase todos, sem data para parar. A fim de identificar melhor o medicamento, solicitou-se, quando possível, apresentação da receita, embalagem e/ou bula. Para cada medicamento referido, os indivíduos eram questionados sobre o acesso, mediante a pergunta: "*No último mês o(a) Sr.(a) deixou de usar o(a) [nome do medicamento] que precisava?*". Essa pergunta era feita também a indivíduos que não lembravam o nome do medicamento, mas sabiam responder para qual morbidade ele era necessário.

Para a análise das prevalências de acesso e dos fatores associados, utilizou-se como denominador o número total de adultos e de idosos. O acesso a medicamentos foi definido como a obtenção de todos os medicamentos que o indivíduo referiu necessidade de uso contínuo para tratar as doenças crônicas investigadas. A obtenção parcial foi definida como falta de acesso, uma vez que o indivíduo não teve acesso a todo tratamento prescrito.

As variáveis independentes em estudo foram as demográficas – sexo, idade (anos completos) e cor da pele (observada e classificada como branca, parda ou preta) – e as sócio-econômicas – escolaridade (anos completos de estudo) e nível econômico (cinco categorias conforme escore da Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa – ABEP) ¹⁹. Avaliou-se também o tabagismo (fumante – indivíduos que fumavam mais de um cigarro por dia há mais de um mês –, ex-fumante e não fumante). Como indicadores da condição de saúde, investigou-se a autopercepção de saúde (excelente, muito boa, boa, regular e ruim) e presença de doença crônica (hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus e problemas de saúde mental ou combinações destas). Como indicadores de utilização de serviços de saúde, avaliou-se o vínculo com a UBS da área (ter realizado no mínimo duas

consultas na UBS da área nos últimos seis meses para pelo menos uma doença crônica investigada) e a participação em grupos para tratar hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus e/ou problemas de saúde mental (ter participado de um grupo no último ano). Foi investigado, ainda, o modelo de atenção da UBS (PSF ou tradicional) e número de medicamentos de uso contínuo necessários (um, dois, três, quatro ou mais).

O controle de qualidade foi realizado por telefone mediante aplicação de questionário reduzido, alcançando cerca de 6% da amostra¹⁶. A análise de concordância foi obtida através do índice kappa. Os dados foram digitados no programa Epi Info 6.04 (Centers for Disease Control and Prevention, Atlanta, Estados Unidos), e a análise dos dados foi realizada no programa Stata 9.0 (Stata Corp., College Station, Estados Unidos).

A análise foi estratificada por grupo etário e região, uma vez que estas variáveis foram modificadores de efeito. A análise descritiva caracterizou a amostra de adultos e idosos conforme as variáveis investigadas e descreveu a prevalência de acesso a medicamentos (total, parcial e nenhum). A análise multivariada foi realizada através de regressão de Poisson com variância robusta, por tratar-se de um desfecho binário e freqüente. Foram utilizados os testes de Wald, para heterogeneidade de proporções, e de tendência linear, para variáveis ordinais, com descrição das razões de prevalências e respectivos intervalos de confiança de 95% (IC95%).

A análise ajustada seguiu um modelo conceitual. O modelo proposto compreende quatro níveis de determinação. No nível distal, encontram-se as variáveis demográficas e sócio-econômicas; no segundo nível, está o tabagismo; no terceiro, os indicadores da condição de saúde; no quarto nível, os indicadores de utilização de serviços de saúde. Para controle de fatores de confusão, o efeito de cada preditor foi controlado para outras variáveis do mesmo nível ou superior, com valor $p \leq 0,2$. O acesso a medicamentos foi analisado de forma dicotômica (sim = acesso total; não = acesso parcial ou nenhum acesso), e o efeito de delineamento amostral foi considerado nas análises.

Esta pesquisa foi aprovada pela Comissão de Ética e Pesquisa da Universidade Federal de Pelotas. Consentimentos livres e esclarecidos foram obtidos dos participantes antes da entrevista, garantindo o sigilo quanto à identidade, confidencialidade das informações, bem como o direito de não participar ou suspender a participação a qualquer momento.

Resultados

Foram entrevistados 4.060 adultos (1.940 no Sul; 2.120 no Nordeste) e 4.003 idosos (1.891 no Sul; 2.112 no Nordeste), correspondendo a 96,7% da amostra estimada para adultos (92,4% no Sul; 100% no Nordeste) e 95,3% para idosos (90,1% no Sul; 100% no Nordeste). Do total, 1.244 (30,6%) adultos e 2.706 (67,6%) idosos referiram ter hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus e/ou problemas de saúde mental e necessitar de medicamento de uso contínuo para pelo menos uma das morbidades referidas. Estes grupos compõem a amostra deste estudo.

Tanto a amostra de adultos obtida no Sul ($n = 618$) e no Nordeste ($n = 626$) quanto a de idosos obtida no Sul ($n = 1.290$) e no Nordeste ($n = 1.416$) permitiram estimar uma prevalência de acesso a medicamentos de uso contínuo de 65%, com margem de erro de $\pm 4,0$ pontos percentuais e nível de confiança de 95% para cada região estudada. Permitiram, ainda, detectar razões de prevalência de 1,15 ou maiores, com poder estatístico de 80%, utilizando-se um nível de confiança de 95%, prevalências de exposição entre 30%-70% e um efeito de delineamento de 1,43 para adultos e 1,14 para idosos.

A Tabela 1 descreve a amostra de adultos e idosos conforme região. Entre os adultos, a média de idade foi de 51 anos (desvio padrão - DP = 8,7 no Sul e DP = 8,9 no Nordeste),

Tabela 1

Descrição da amostra de adultos (N = 1.244) e idosos (N = 2.706) residentes na área de abrangência de unidades básicas de saúde (UBS) das regiões Sul e Nordeste do Brasil, que referiram medicamento de uso contínuo para tratar hipertensão arterial sistêmica (HAS), diabetes mellitus (DM) e/ou problemas de saúde mental (PSM), conforme as variáveis estudadas. Projeto de Expansão e Consolidação Saúde da Família (PROESF), Brasil, 2005.

Variável	Adultos *				Idosos **			
	Sul		Nordeste		Sul		Nordeste	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Total	618	100,0	626	100,0	1.290	100,0	1.416	100,0
Sexo								
Masculino	183	29,6	228	36,4	416	32,3	502	35,5
Feminino	435	70,4	398	63,6	874	67,8	914	64,6
Idade (anos)								
30-45	165	26,7	188	30,0	-	-	-	-
46-55	235	38,0	225	35,9	-	-	-	-
56-64	218	35,3	213	34,0	-	-	-	-
65-69	-	-	-	-	430	33,3	427	30,2
70-74	-	-	-	-	362	28,1	363	25,6
75-79	-	-	-	-	265	20,5	319	22,5
80 ou mais	-	-	-	-	263	18,1	307	21,7
Cor da pele								
Branca	477	77,8	308	49,4	1.066	82,9	820	58,0
Parda/Preta	136	22,2	315	50,6	220	17,1	593	42,0
Escolaridade (anos de estudo)								
0	85	13,8	202	32,4	513	40,4	879	63,2
1-4	210	34,2	151	24,2	493	38,8	318	22,9
5-8	209	34,0	150	24,1	218	17,2	147	10,6
9 ou mais	111	18,1	120	19,3	47	3,7	47	3,4
Nível econômico ¹⁹								
E	134	22,4	257	42,8	380	32,5	715	55,5
D	220	36,8	191	31,8	458	39,2	381	29,6
A, B, C	244	40,8	152	25,3	331	28,3	193	15,0
Tabagismo								
Nunca fumou	255	41,3	291	46,5	666	51,7	583	41,2
Ex-fumante	192	31,1	219	35,0	476	36,9	673	47,6
Fumante atual	171	27,7	116	18,5	147	11,4	159	11,2
Autopercepção de saúde								
Ruim	107	17,4	147	23,5	275	21,5	351	25,3
Regular	299	48,6	340	54,4	596	46,6	649	46,7
Excelente, muito boa, boa	209	34,0	138	22,1	409	32,0	390	28,1
Doença crônica								
PSM	136	22,0	117	18,7	87	6,7	60	4,2
HAS	210	34,0	243	38,8	524	40,6	723	51,1
DM	26	4,2	28	4,5	44	3,4	48	3,4
HAS e DM	45	7,3	55	8,8	188	14,6	221	15,6
HAS e PSM	158	25,6	151	24,1	316	24,5	269	19,0
Outras combinações	43	7,0	32	5,1	131	10,2	95	6,7
Vínculo com a UBS								
Não	431	71,0	369	60,7	796	65,2	851	63,1
Sim	177	29,0	239	39,3	425	34,8	498	36,9
Participação em grupos na UBS								
Não	507	84,2	461	75,1	1.010	82,2	1.039	75,8
Sim	95	15,8	153	24,9	219	17,8	331	24,2
Tipo de UBS								
Tradicional	247	40,0	156	24,9	502	38,9	400	28,3
PSF	371	60,0	470	75,1	788	61,2	1.016	71,8
Número de medicamentos referidos								
1	235	38,0	252	40,3	287	22,3	445	31,4
2	194	31,4	191	30,5	337	26,1	468	33,1
3	101	16,3	108	17,3	273	21,2	280	19,8
4 ou mais	88	14,2	75	12,0	393	30,5	223	15,8

PSF: Programa Saúde da Família.

* O número máximo de valores ignorados foi de 26 para nível econômico;

** O número máximo de valores ignorados foi de 127 para nível econômico.

sendo 70,4% no Sul e 63,6% no Nordeste do sexo feminino. Observou-se que a proporção de cor da pele parda ou preta foi de 22,2% no Sul e 50,6% no Nordeste. A média de escolaridade no Sul foi de 5,3 (DP = 3,8) e 13,8% não freqüentaram a escola, enquanto no Nordeste a média foi de 4,5 (DP = 4,3) e 32,4% não possuíam nenhum ano de estudo.

Quanto ao nível econômico, 22,4% dos adultos na Região Sul pertenciam ao estrato E, ao passo que, no Nordeste, o percentual neste estrato alcançava 42,8%. O tabagismo foi observado em 27,7% no Sul e 18,5% no Nordeste. A maioria percebeu sua saúde como regular ou ruim (66% no Sul; 78% no Nordeste). Quanto ao tipo de doença crônica, aproximadamente 75% eram hipertensos, metade referiu ter problemas de saúde mental e pouco menos de 20% eram diabéticos. Cerca de um quarto referiu ter problemas de saúde mental e hipertensão arterial sistêmica (Tabela 1).

Na população de adultos, verificou-se que, no Sul, 29% tinham vínculo com a UBS da área e 15,8% haviam participado de atividades de grupo; na Região Nordeste, por sua vez, os percentuais foram de 39,3% e 24,9%, respectivamente. Quanto ao modelo de atenção, 60% das UBS no Sul e 75,1% no Nordeste tinham PSF. Cerca de 70% necessitavam de até dois medicamentos para uso contínuo (Tabela 1).

Ainda na Tabela 1, pode ser observado que a prevalência de idosos com 75 anos ou mais foi de 38,6% na Região Sul e 44,2% na Região Nordeste. Verificou-se que a média de idade no Sul foi de 73 (DP = 6,4) e no Nordeste, 74 (DP = 7,0). A amostra apresentou 67,8% de mulheres no Sul e 64,6% no Nordeste. No Sul, 17,1% eram pardos ou pretos, enquanto no Nordeste esse percentual alcançou 42%. A proporção de indivíduos que não freqüentaram a escola foi de 40,4% no Sul e 63,2% no Nordeste. Observou-se que 32,5% dos idosos no Sul e 55,5% no Nordeste pertenciam ao nível econômico E. Na Região Sul, quase metade (48,3%) era tabagista ou ex-tabagista, enquanto na Região Nordeste o percentual atingiu 58,8%. A maioria percebeu sua saúde como regular ou ruim (68,1% no Sul; 72% no Nordeste). Com relação ao tipo de doença crônica, cerca de 90% relataram hipertensão arterial sistêmica isolada ou em combinação com outras morbidades estudadas. A presença de problemas de saúde mental foi relatada por cerca de 40% na Região Sul e 30% na Região Nordeste (Tabela 1).

Quanto à utilização da UBS da área, na Região Sul 34,8% dos idosos possuíam vínculo e 17,8% participaram de atividades de grupo; no Nordeste essas proporções foram de 36,9% e 24,2%, respectivamente. O percentual de modelo de atenção PSF correspondeu a 61,2% das UBS no Sul e 71,8% no Nordeste. Com relação à necessidade de medicamentos de uso contínuo, 30,5% na Região Sul e 15,8% na Região Nordeste necessitavam de, no mínimo, quatro medicamentos (Tabela 1).

Entre os adultos, a proporção de acesso a todos os medicamentos de uso contínuo foi de 81,2% (IC95%: 78,6-83,8), com efeito de delineamento de 1,43 e coeficiente de correlação intraclasse de 0,085. O acesso não apresentou diferença significativa entre as regiões ($p = 0,069$). Na população de idosos, a prevalência de acesso total foi de 87% (IC95%: 85,6-88,3), com efeito de delineamento de 1,14 e coeficiente de correlação intraclasse de 0,023. O acesso foi significativamente diferente entre as regiões ($p = 0,002$), sendo maior no Sul (89,2%) do que no Nordeste (85%) (Tabela 2).

Tabela 2

Prevalência de acesso total, parcial e nenhum acesso a medicamentos de uso contínuo para tratar hipertensão arterial sistêmica (HAS), diabetes mellitus (DM) e/ou problemas de saúde mental (PSM) na população adulta (N = 1.244) e idosa (N = 2.706) das regiões Sul e Nordeste do Brasil, geral e conforme região. Projeto de Expansão e Consolidação Saúde da Família (PROESF), Brasil, 2005.

Prevalência de acesso	Geral		Sul		Nordeste		Valor p*
	n	%	n	%	n	%	
Adultos							
Acesso	1.244		618		626		0,069
Total		81,2		83,7		78,8	
Parcial		7,0		6,5		7,5	
Nenhum		11,8		9,9		13,7	
Idosos							
Acesso	2.706		1.290		1.416		0,002
Total		87,0		89,2		85,0	
Parcial		7,7		6,8		8,4	
Nenhum		5,4		4,0		6,6	

* Valor p do teste do qui-quadrado para heterogeneidade de proporções.

A Tabela 3 apresenta a análise bruta e ajustada dos preditores do acesso a medicamentos de uso contínuo para adultos. Na Região Sul, após ajuste para fatores de confusão, idade e nível econômico apresentaram uma associação direta e significativa com o acesso. Doença crônica referida apresentou associação significativa com o desfecho, ocorrendo maior acesso para indivíduos que relataram hipertensão arterial sistêmica ou diabetes mellitus do que para aqueles que referiram problemas de saúde mental, com probabilidades de acesso de 24% e 26% maiores, respectivamente. Portadores de hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus combinadas não apresentaram associação com o acesso, ao passo que aqueles que referiram hipertensão arterial sistêmica em combinação com problemas de saúde mental ou outras combinações das morbidades estudadas apresentaram razão de prevalência igual a 1,16 e 1,20, respectivamente. A participação em grupos na UBS da área permaneceu associada significativamente ao desfecho ($p = 0,028$), aumentando em 9% a probabilidade de acesso.

Para os adultos da Região Nordeste (Tabela 3), na análise ajustada, apenas doença crônica permaneceu associada significativamente ao acesso a medicamentos de uso contínuo. Portadores de hipertensão arterial sistêmica exclusiva ou combinada com diabetes mellitus apresentaram 17% e 24% mais probabilidade de acesso, respectivamente.

Entre os idosos da Região Sul (Tabela 4), a análise ajustada mostrou um aumento linear significativo do acesso a medicamentos conforme a escolaridade; idosos com nove anos ou mais de estudo têm uma probabilidade 11% maior de acesso quando comparados àqueles com nenhum ano de estudo. Situação semelhante foi verificada no que se refere ao nível econômico, em que o acesso aumenta em direção aos estratos mais altos. Entretanto, após ajuste para sexo e escolaridade, a associação perde significância estatística.

Entre os idosos da Região Nordeste (Tabela 4), observou-se uma associação linear direta entre idade e acesso a medicamentos; neste caso, idosos com 80 anos ou mais apresentaram acesso 11% maior do que aqueles de 65-69 anos. O mesmo ocorreu com a escolaridade, idosos com nove anos ou mais de estudo têm uma probabilidade 14% maior de acesso quando comparados àqueles com nenhum ano de estudo. O acesso a medicamentos foi menor no grupo de fumantes, quando comparados àqueles que nunca fumaram. O vínculo com a UBS da área esteve associado a um maior acesso, bem como o modelo de atenção PSF, onde idosos atendidos por este programa apresentaram acesso 9% maior que os atendidos pelo modelo tradicional.

O índice kappa das variáveis idade, tabagismo, relato de hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus apresentou uma boa repetibilidade ($\kappa \geq 0,7$).

Discussão

O estudo indica elevada prevalência de acesso a medicamentos de uso contínuo para tratar doenças crônicas em adultos e idosos. A prevalência de acesso ocorre de forma diferente no Sul e no Nordeste do Brasil, sendo significativamente maior para os idosos daquela região. Os fatores associados ao acesso também foram distintos conforme o grupo populacional investigado e região. Para os adultos da Região Sul, maior idade, melhor nível econômico, tipo de morbidade crônica e participação em grupos na UBS mostraram-se associados a um maior acesso a medicamentos de uso contínuo. Entre os adultos do Nordeste, somente o relato de hipertensão arterial sistêmica exclusiva ou combinada com diabetes mellitus esteve associado. Para os idosos da Região Sul, maior escolaridade se associou a um maior acesso a medicamentos de uso contínuo, enquanto, entre os idosos do Nordeste, as variáveis associadas foram maior idade, maior escolaridade, não fumantes, vínculo com a UBS e modelo de atenção PSF.

A amostra estudada é representativa da população residente na área de abrangência das UBS das regiões avaliadas, permitindo a generalização desses resultados para essa população. A independência entre os grupos populacionais investigados e a baixa densidade de indivíduos elegíveis em cada domicílio, incluindo mulheres e crianças¹⁶, facilitou a distribuição da amostra na área de abrangência das UBS, minimizando as possibilidades de viés de seleção^{16,17}. O estudo teve baixo percentual de perdas em relação à amostra estimada para cada grupo populacional, reforçando sua validade interna.

Quanto ao período investigado, a maioria das pesquisas sobre uso de medicamentos utiliza um recordatório de 15 dias^{2,10,11,13,20}, entretanto este estudo investigou o acesso a medicamentos no último mês^{14,21}, por entender que capta melhor o acesso regular a medicamentos de uso contínuo. Para minimizar um possível viés de memória, foram adotados procedimentos padronizados para a coleta dos dados, que incluíram a solicitação de apresentação da receita, embalagem ou bula do medicamento referido. A estratégia parece ter sido bem-sucedida, uma vez que o número de medicamentos referidos por adultos e idosos está de acordo com a literatura sobre uso global de medicamentos¹¹. Além disso, foi apresentada receita, embalagem ou bula de mais da metade dos medicamentos a que os indivíduos não tiveram acesso.

Em virtude do delineamento transversal do estudo, a associação das variáveis indicadoras da utilização do serviço de saúde com o acesso a medicamentos de uso contínuo pode ter sido afetada pelo viés de causalidade reversa. A abordagem populacional utilizada possibilita estudar o acesso a medicamentos de uso contínuo em amostra de indivíduos, independentemente da realização de consultas médicas. Em face da escassez de estudos sobre acesso a medicamentos e das características metodológicas dos existentes, os resultados desta pesquisa serão comparados não somente com os estudos sobre acesso, mas também com aqueles sobre utilização de serviços de saúde e de medicamentos.

Tabela 3

Fatores associados ao acesso a medicamentos de uso contínuo para tratar hipertensão arterial sistêmica (HAS), diabetes mellitus (DM) e/ou problemas de saúde mental (PSM) em adultos das regiões Sul (N = 618) e Nordeste (N = 626), do Brasil. Projeto de Expansão e Consolidação Saúde da Família (PROESF), Brasil, 2005.

Níveis *	Variável	%	Análise bruta		Análise ajustada	
			RP (IC95%)	Valor p	RP (IC95%)	Valor p
	Região Sul	83,7				
1	Idade (anos)			0,021 **		0,010 **
	30-45	79,4	1,00		1,00	
	46-55	81,3	1,02 (0,91-1,16)		1,04 (0,92-1,17)	
	56-64	89,4	1,13 (1,01-1,26)		1,15 (1,03-1,29)	
	Nível econômico ¹⁹			0,004 **		0,002 **
	E	78,4	1,00		1,00	
	D	80,5	1,03 (0,92-1,14)		1,03 (0,92-1,14)	
	A, B, C	88,9	1,13 (1,03-1,24)		1,14 (1,04-1,25)	
3	Doença crônica			0,002 ***		0,007 ***
	PSM	72,1	1,00		1,00	
	HAS	91,0	1,26 (1,12-1,43)		1,24 (1,09-1,41)	
	DM	92,3	1,28 (1,09-1,50)		1,26 (1,08-1,48)	
	HAS e DM	80,0	1,11 (0,90-1,36)		1,09 (0,90-1,33)	
	HAS e PSM	82,9	1,15 (1,01-1,32)		1,16 (1,01-1,34)	
	Outras combinações	86,0	1,19 (1,04-1,37)		1,20 (1,04-1,37)	
4	Vínculo com a UBS			0,046 ***		0,160 ***
	Não	82,4	1,00		1,00	
	Sim	88,1	1,07 (1,00-1,14)		1,06 (0,98-1,14)	
	Participação em grupos na UBS			0,025 ***		0,028 ***
	Não	82,8	1,00		1,00	
	Sim	90,5	1,09 (1,01-1,18)		1,09 (1,01-1,18)	
	Região Nordeste	78,8				
1	Nível econômico ¹⁹			0,114 **		0,114 **
	E	77,0	1,00		1,00	
	D	78,0	1,01 (0,92-1,12)		1,01 (0,92-1,12)	
	A, B, C	83,6	1,08 (0,99-1,19)		1,08 (0,99-1,19)	
3	Doença crônica			0,028 ***		0,026 ***
	PSM	70,9	1,00		1,00	
	HAS	85,2	1,20 (1,05-1,37)		1,17 (1,02-1,33)	
	DM	78,6	1,11 (0,89-1,38)		1,07 (0,85-1,35)	
	HAS e DM	85,5	1,21 (1,03-1,41)		1,24 (1,05-1,46)	
	HAS e PSM	74,8	1,06 (0,91-1,23)		1,03 (0,89-1,19)	
	Outras combinações	65,6	0,93 (0,71-1,21)		0,91 (0,69-1,20)	
4	Vínculo com a UBS			0,005 ***		0,096 ***
	Não	75,3	1,00		1,00	
	Sim	83,7	1,11 (1,03-1,20)		1,08 (0,99-1,17)	
	Participação em grupos na UBS			< 0,001 ***		0,066 ***
	Não	75,9	1,00		1,00	
	Sim	86,3	1,14 (1,06-1,22)		1,09 (0,99-1,19)	

UBS: unidades básicas de saúde; %: prevalência de acesso total; RP (IC95%): razão de prevalência e intervalo de confiança de 95%.

* O nível 2 foi suprimido porque a variável tabagismo não permaneceu no modelo final;

** Valor p do teste de Wald para tendência linear;

*** Valor p do teste de Wald para heterogeneidade.

Tabela 4

Fatores associados ao acesso a medicamentos de uso contínuo para tratar hipertensão arterial sistêmica (HAS), diabetes mellitus (DM) e/ou problemas de saúde mental (PSM) em idosos das regiões Sul (N = 1.290) e Nordeste (N = 1.416) do Brasil. Projeto de Expansão e Consolidação Saúde da Família (PROESF), Brasil, 2005.

Níveis *	Variável	%	Análise bruta		Análise ajustada	
			RP (IC95%)	Valor p	RP (IC95%)	Valor p
1	Região Sul	89,2				
	Sexo			0,088 **		0,083 **
	Feminino	90,2	1,00		1,00	
	Masculino	87,0	0,97 (0,93-1,01)		0,96 (0,92-1,01)	
	Escolaridade (anos de estudo)			< 0,001 ***		0,001 ***
	0	86,0	1,00		1,00	
	1-4	90,5	1,05 (1,00-1,10)		1,04 (0,99-1,09)	
	5-8	93,1	1,08 (1,03-1,14)		1,08 (1,02-1,14)	
	9 ou mais	95,7	1,11 (1,04-1,20)		1,11 (1,04-1,19)	
	Nível econômico ¹⁹			0,012 ***		0,084 ***
E	87,4	1,00		1,00		
D	89,7	1,03 (0,98-1,08)		1,02 (0,97-1,07)		
A, B, C	93,1	1,07 (1,01-1,12)		1,05 (0,99-1,10)		
3	Doença crônica			0,289 **		0,127 **
	PSM	86,2	1,00		1,00	
	HAS	89,5	1,04 (0,95-1,14)		1,07 (0,96-1,18)	
	DM	81,8	0,95 (0,81-1,11)		0,97 (0,82-1,14)	
	HAS e DM	92,0	1,07 (0,96-1,18)		1,09 (0,98-1,22)	
	HAS e PSM	87,3	1,01 (0,92-1,11)		1,04 (0,94-1,15)	
	Outras combinações	92,4	1,07 (0,96-1,19)		1,11 (1,00-1,25)	
4	Vínculo com a UBS			0,192 **		0,109 **
	Não	88,2	1,00		1,00	
	Sim	90,6	1,03 (0,99-1,07)		1,04 (0,99-1,08)	
	Número de medicamentos referidos			0,716 ***		0,187 ***
	1	89,2	1,01 (0,95-1,07)		1,05 (0,98-1,13)	
	2	89,6	1,01 (0,96-1,07)		1,04 (0,98-1,10)	
1	Região Nordeste	85,0				
	Idade (anos)			0,001 ***		< 0,001 ***
	65-69	83,4	1,00		1,00	
	70-74	80,7	0,97 (0,90-1,04)		0,97 (0,90-1,04)	
	75-79	85,9	1,03 (0,97-1,10)		1,07 (1,01-1,15)	
	80 ou mais	91,2	1,09 (1,03-1,16)		1,11 (1,05-1,17)	
	Escolaridade (anos de estudo)			0,014 ***		0,002 ***
	0	83,7	1,00		1,00	
	1-4	86,2	1,03 (0,97-1,09)		1,04 (0,99-1,10)	
	5-8	87,8	1,05 (0,98-1,11)		1,06 (1,00-1,13)	
9 ou mais	93,6	1,12 (1,03-1,22)		1,14 (1,05-1,24)		
2	Tabagismo			0,017 **		0,026 **
	Nunca fumou	87,5	1,00		1,00	
	Ex-fumante	84,5	0,97 (0,92-1,01)		0,96 (0,92-1,00)	
3	Fumante atual	77,4	0,88 (0,81-0,97)		0,90 (0,82-0,98)	
	Doença crônica			0,243 **		0,160 **
	PSM	75,0	1,00		1,00	
	HAS	86,9	1,16 (1,00-1,34)		1,19 (1,02-1,38)	
	DM	87,5	1,17 (0,96-1,41)		1,19 (0,99-1,44)	
	HAS e DM	85,5	1,14 (0,98-1,33)		1,15 (0,98-1,35)	
4	HAS e PSM	83,3	1,11 (0,95-1,29)		1,14 (0,98-1,33)	
	Outras combinações	78,9	1,05 (0,89-1,25)		1,08 (0,91-1,28)	
	Vínculo com a UBS			0,022 **		0,024 **
	Não	83,0	1,00		1,00	
	Sim	87,8	1,06 (1,01-1,11)		1,06 (1,01-1,11)	
	Tipo de UBS			0,004 **		0,002 **
	Tradicional	80,5	1,00		1,00	
	PSF	86,7	1,08 (1,03-1,13)		1,09 (1,03-1,15)	
	Número de medicamentos referidos			0,368 ***		0,169 ***
	1	84,9	1,05 (0,97-1,13)		1,07 (0,98-1,17)	
2	86,1	1,06 (0,99-1,14)		1,07 (0,99-1,16)		
3	86,1	1,06 (0,98-1,15)		1,07 (0,98-1,17)		
4 ou mais	81,2	1,00		1,00		

UBS: unidades básicas de saúde; %: prevalência de acesso total; RP (IC95%): razão de prevalência e intervalo de confiança de 95%; UBS: unidade básica de saúde; PSF: Programa Saúde da Família.

* O nível 2 foi suprimido porque a variável tabagismo não permaneceu no modelo final;

** Valor p do teste de Wald para heterogeneidade;

*** Valor p do teste de Wald para tendência linear.

Prevalência de acesso a medicamentos de uso contínuo

No presente estudo, a prevalência de acesso a medicamentos de uso contínuo em idosos foi semelhante à dos estudos nacionais de base populacional ^{4,9}, que encontraram uma prevalência de cerca de 87%, e inferior à dos estudos de Leyva-Flores et al. ⁵, no México, e à encontrada por Bertoldi ¹⁰, de cerca de 97%, em estudo realizado na Região Sul com população coberta por PSF. Entre os adultos, a prevalência encontrada foi inferior à dos estudos mencionados ^{4,5,9,10}. Todavia, não se pode afirmar que esse acesso ocorra de forma regular, uma vez que uma parcela da população referiu acesso parcial ou nenhum acesso aos medicamentos de que necessitava no mês anterior à entrevista. Além disso, essas comparações devem ser feitas com cautela, por causa não só das especificidades das populações e faixas etárias investigadas, como também do período recordatório e indicação do medicamento.

A prevalência de acesso total para ambos os grupos populacionais avaliados foi maior na Região Sul (Tabela 2). A prevalência de acesso encontrada não distingue a proporção de medicamentos obtidos gratuitamente da proporção daqueles comprados. Um estudo na Região Sul em população coberta por PSF revelou que, do total de medicamentos usados para tratar doenças crônicas, 63% foram obtidos gratuitamente. Considerando somente os medicamentos usados para tratar hipertensão e diabetes, o fornecimento gratuito cobriu cerca de 80% dos medicamentos usados ¹⁰. As diferenças regionais observadas podem ser atribuídas ao fato de que, na Região Sul, a proporção de indivíduos pertencentes aos níveis econômicos A, B ou C, que mais freqüentemente podem comprar os medicamentos, foi maior.

Fatores associados ao acesso a medicamentos de uso contínuo em adultos

O maior acesso a medicamentos esteve associado ao aumento da idade somente para os adultos da Região Sul. Este achado pode estar relacionado, em parte, às desigualdades regionais na utilização de serviços de saúde. No Sul do Brasil, Dias-da-Costa & Facchini ²², após controlar para outras variáveis como necessidades em saúde, encontraram que as pessoas com 50 anos ou mais tinham 15% mais probabilidade de consultar. Dois estudos indicaram que, no Nordeste, a utilização de serviços de saúde é menor quando comparada à utilização no Sudeste ^{23,24}. Este aspecto está intimamente relacionado a um maior acesso a medicamentos, uma vez que a necessidade de medicamento de uso contínuo é o motivo da consulta para cerca de 80% dos indivíduos com doença crônica ⁶, e mais da metade das consultas médicas resulta em prescrição de medicamentos ^{1,5,7,9}.

O estudo mostrou que adultos da Região Sul com nível econômico mais alto apresentaram um maior acesso a medicamentos. Este achado deve-se à maior probabilidade de consultar ²² e consumir medicamentos ¹¹ conforme melhora o nível econômico, reforçando a importância da capacidade aquisitiva do indivíduo na obtenção e manutenção do tratamento ²⁵. No Nordeste, o nível econômico não apresentou associação com o desfecho, o que pode estar relacionado ao fato de a população avaliada ser mais pobre ¹⁶, dependendo em grande parte do fornecimento gratuito de medicamentos.

O tipo de morbidade crônica em adultos associou-se ao acesso a medicamentos nas duas regiões estudadas. Ao comparar as regiões, chama atenção a baixa prevalência de acesso dos indivíduos portadores de hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus na Região Sul, enquanto, no Nordeste, esta categoria apresentou significativamente mais acesso que os indivíduos com problemas de saúde mental. Isso parece indicar uma abordagem diferenciada do programa HIPERDIA (Programa Nacional de Assistência Farmacêutica para Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus). Neste caso, no Nordeste, onde a população tem menor renda, as prescrições seriam mais restritas aos medicamentos fornecidos por este programa, ao passo que, no Sul, principalmente no caso de o indivíduo apresentar ambas as morbidades, em que os medicamentos fornecidos podem não ser os mais adequados, a

prescrição não seria tão restrita, dependendo da compra, justificando um menor acesso. Além disso, há indícios de que o PSF tem melhor desempenho quanto à disponibilidade de consultas médicas ²⁶ e distribuição de medicamentos ²⁷ que o modelo tradicional. Neste estudo, a cobertura do PSF foi maior na Região Nordeste.

A participação em grupos na UBS da área esteve associada a um maior acesso entre os adultos da Região Sul, perdendo a significância estatística entre os adultos da Região Nordeste. É provável que este achado esteja relacionado aos diferentes procedimentos utilizados pelas unidades quanto à participação em grupos, prescrição e fornecimento de medicamentos de uso contínuo, conforme o modelo de atenção. Colombo et al. ²⁸ evidenciaram que, nas UBS/PSF, existe a "receita de uso contínuo", fornecida com validade de seis meses, para pacientes com controle adequado de doenças crônicas. Nesse período, o fornecimento dos medicamentos é realizado pelos auxiliares de enfermagem, sem a necessidade de nova consulta médica para emissão de receita e obtenção do medicamento ²⁸. Contudo, essa associação pode estar afetada por causalidade reversa, uma vez que o acesso pode ser preditor da participação em grupos na UBS.

Fatores associados ao acesso a medicamentos de uso contínuo em idosos

Entre os idosos da Região Nordeste, o acesso a medicamentos aumentou conforme a idade, elevando-se a partir dos 75 anos, enquanto, no Sul, a idade não se associou com o acesso. O efeito do aumento da idade sobre a maior utilização de medicamentos é sustentado por vários estudos ^{2,11,13,20,25,29}, dois deles realizados com idosos da Região Nordeste ^{2,20}, onde um autor verificou que o consumo acentua-se a partir dos 75 anos ²⁰. Esse quadro pode ser causado pelo aumento do número de doenças e complicações decorrentes da idade, pelo aumento de visitas a um ou mais médicos e pela necessidade de utilização de combinações medicamentosas ²⁵. A ausência de associação na Região Sul pode ser atribuída à elevada prevalência de acesso mesmo nas categorias de menor idade.

A escolaridade esteve diretamente associada a um maior acesso a medicamentos para idosos nas duas regiões. Essa tendência não é consistente com a literatura nacional sobre a utilização de medicamentos ^{2,11}. No entanto, a literatura relaciona a intensidade e o modo de utilização de serviços com o nível de conhecimento dos indivíduos sobre a saúde e sobre a rede de serviços ³⁰, sendo a escolaridade um preditor do maior número de consultas médicas ³¹. Assim, o efeito da escolaridade sobre o acesso a medicamentos pode indicar que indivíduos com maior grau de instrução percebem melhor suas necessidades em saúde, buscam mais assistência e têm maior grau de autonomia na busca de redes alternativas para atender suas necessidades em saúde de forma geral, bem como aquelas relativas ao acesso a medicamentos ³⁰.

O acesso a medicamentos foi maior no grupo de idosos não fumantes da Região Nordeste. O tabagismo não foi avaliado como um determinante do acesso, mas sim como um marcador de comportamento. Um estudo no Sul do Brasil encontrou maior prevalência de utilização de medicamentos entre os ex-fumantes ¹¹. Outro estudo na mesma região encontrou maior prevalência de uso de psicofármacos entre os fumantes ²⁹. Contudo, é possível que o fato de não fumar seja um marcador de conhecimentos sobre hábitos e comportamentos saudáveis, como a realização de consultas médica preventivas, busca de tratamento adequado para doenças crônicas e a priorização do acesso aos medicamentos necessários. A falta de associação na Região Sul pode indicar que, especificamente no que se refere a buscar tratamento, mesmo os fumantes dessa região o fazem.

O vínculo com a UBS e com o modelo de atenção PSF associou-se a maior acesso a medicamentos somente para idosos da Região Nordeste, reforçando os achados de um estudo de avaliação do PSF que apontou para o impacto positivo do programa em áreas

onde havia um grande déficit de serviços básicos de saúde, sobretudo nessa região do país ³². Quanto ao Sul, nossos achados contrariam os de um estudo realizado em áreas cobertas por PSF nessa região, o qual revelou um alto acesso a medicamentos por parte da população que é coberta pelo programa e que utiliza o serviço, revelando que 90% dos medicamentos prescritos pelos médicos do PSF foram fornecidos gratuitamente ¹⁰. Entretanto, esse percentual não foi restrito a idosos ou a problemas crônicos de saúde, dificultando a comparabilidade. A falta de associação entre o acesso a medicamentos no Sul e vínculo com a UBS e modelo de atenção pode indicar limitada disponibilidade de medicamentos de uso contínuo nas UBS dessa região, observada também em outros estudos ^{6,8}.

Em resumo, os resultados deste trabalho mostram que, de maneira geral, o acesso a medicamentos de uso contínuo é muito semelhante ao observado em outros estudos ^{4,9}, apesar das distintas metodologias empregadas. Todavia, verificou-se que o acesso total aos medicamentos de uso contínuo foi menor na Região Nordeste, independentemente do grupo etário. Este achado é preocupante, pois demonstra iniquidade no acesso a medicamentos, considerando que a maioria da população avaliada nessa região pertence aos estratos econômicos D e E, dependendo basicamente, portanto, do setor público para a obtenção de medicamentos.

Houve uma participação importante dos fatores sócio-econômicos no acesso para a Região Sul e do modelo de atenção para o Nordeste, embora a maior extensão de cobertura de UBS/PSF nesta região não tenha resultado em uma prevalência de acesso mais elevada que no Sul. Este resultado indica que os princípios deste programa, fundamentados na prestação de assistência universal, equânime e, acima de tudo, resolutiva à população adstrita, podem estar comprometidos pela falta de medicamentos de fornecimento gratuito.

Em virtude disso, preocupa não somente o fato de que a população que não tem acesso a medicamentos apresente altas necessidades em saúde (menor escolaridade, menor nível econômico, sem vínculo com a UBS da área e portadores de problemas de saúde mental), como também as dificuldades que o grupo que teve acesso precisou enfrentar para obter os medicamentos de que necessitava.

O acesso a medicamentos muitas vezes se dá pela compra destes, acarretando altos gastos para os indivíduos, comprometendo, inclusive, necessidades básicas. Esse aspecto aponta para uma importante limitação de programas como o HIPERDIA, de Medicamentos para Saúde Mental e de Medicamentos para o PSF, criados para garantir o fornecimento gratuito de medicamentos, de forma regular e sistemática, aos pacientes captados por esses programas ³³. Tais medicamentos são considerados essenciais pela Organização Mundial da Saúde (OMS) ³³ e deveriam estar disponíveis em quantidade suficiente para atender a população adstrita às UBS. No entanto, a disponibilidade de medicamentos no setor público é limitada, e é possível que um medicamento relevante para tratar problemas crônicos esteja indisponível em cerca de um quarto do ano ⁴. Isso compromete o acesso regular a medicamentos de uso contínuo, principalmente para a população de menor poder aquisitivo, e reforça a necessidade de políticas neste país para melhorar o acesso da população a esses medicamentos. O papel do fornecimento gratuito no acesso a medicamentos será mais bem avaliado em análises futuras neste mesmo banco de dados. Seria importante, também, realizar novos estudos de base populacional sobre acesso a medicamentos, a fim de poder avaliar a consistência dos achados.

Colaboradores

V. M. V. Paniz participou da revisão de literatura, elaboração do projeto e instrumentos de coleta de dados, treinamento dos supervisores, controle de qualidade, processamento e análise dos dados, redação do artigo final. A. G. Fassa e A. D. Bertoldi colaboraram na elaboração do projeto, análise dos dados e redação do artigo final. L. A. Facchini, R. X. Piccini, E. Tomasi, E. Thumé e D. S. Silveira participaram da concepção da pesquisa, elaboração dos instrumentos, coordenação do trabalho de campo e preparação do banco de dados. F. V. Siqueira coordenou o trabalho de campo e participou da elaboração dos instrumentos. M. A. Rodrigues contribuiu na elaboração dos instrumentos e do processamento dos dados. Todos os autores participaram da revisão do artigo final.

Agradecimentos

Este trabalho contou com o apoio financeiro da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) e integra o Componente 3 do Projeto de Expansão e Consolidação Saúde da Família (PROESF), financiado pelo Ministério da Saúde e Banco Mundial.

Referências

1. Halal IS, Sparrenberger F, Bertoni AM, Ciacomte C, Seibel CE, Lahude FM, et al. Avaliação da qualidade de assistência primária à saúde em localidade urbana da Região Sul do Brasil. *Rev Saúde Pública* 1994; 28:131-6.
2. 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; 21:1737-46.
3. Secretaria de Políticas de Saúde. Política nacional de medicamentos. *Rev Saúde Pública* 2000; 34:206-9.
4. Ministério da Saúde/Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde. Avaliação da assistência farmacêutica no Brasil: estrutura, processo e resultados. Brasília: Ministério da Saúde; 2005.
5. Leyva-Flores R, Erviti-Erice J, Kageyama-Escobar ML, Arredondo A. Prescripción, acceso y gasto en medicamentos entre usuarios de servicios de salud en México. *Salud Pública Méx* 1998; 40:24-31.
6. Tasca RS, Soares DA, Cuman RKN. Acesso a medicamentos anti-hipertensivos em unidade básica de saúde em Maringá-Paraná. *Arq Ciências Saúde UNIPAR* 1999; 3:117-24.
7. Ministerio de Salud de la Nación. Impacto de REMEDIAR sobre el acceso a medicamentos. *Bol PROAPS-remediar* 2003; 1:7-8.
8. Silva PV. O uso de medicamentos na atenção básica em Londrina, PR [Dissertação de Mestrado]. Londrina: Universidade Estadual de Londrina; 2004.

9. 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.
10. Bertoldi AD. Epidemiologia do acesso aos medicamentos e sua utilização em uma população assistida pelo Programa Saúde da Família [Tese de Doutorado]. Pelotas: Universidade Federal de Pelotas; 2006.
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. Loyola Filho AI, Uchôa E, Guerra HL, Firmo JOA, Lima-Costa MF. Prevalência e fatores associados à automedicação: resultados do Projeto Bambuí. *Rev Saúde Pública* 2002; 36:55-62.
13. Simões MJS, Farache Filho A. Consumo de medicamentos em região do Estado de São Paulo (Brasil), 1985. *Rev Saúde Pública* 1988; 22:494-9.
14. Vilarino JF, Soares IC, Silveira CM, Rodel APP, Bortoli R, Lemos RR. Perfil da automedicação em município do Sul do Brasil. *Rev Saúde Pública* 1998; 32:43-9.
15. Ministério da Saúde. Termo de referência para o estudo de linha de base nos municípios selecionados para o componente 1 do PROESF. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.
16. Facchini LA, Piccini RX, Tomasi E, Thumé E, Silveira DS, Siqueira FV, et al. Desempenho do PSF no Sul e Nordeste do Brasil: avaliação institucional e epidemiológica da atenção básica à saúde. *Ciênc Saúde Coletiva* 2006; 11:669-81.
17. Piccini RX, Facchini LA, Tomasi E, Thumé E, Silveira DS, Siqueira FV, et al. Necessidades de saúde comuns aos idosos: efetividade na oferta e utilização em atenção básica à saúde. *Ciênc Saúde Coletiva* 2006; 11:657-67.
18. Facchini LA, Piccini RX, Tomasi E, Thumé E, Silveira DS. Projeto de monitoramento e avaliação do Programa de Expansão e Consolidação do Saúde da Família (PROESF). Pelotas: Universidade Federal de Pelotas; 2006.
19. Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa. Critério de classificação econômica do Brasil. São Paulo: Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa; 2002.
20. Coelho Filho JM, Marcopito LF, Castelo A. Perfil de utilização de medicamentos por idosos em área urbana do Nordeste do Brasil. *Rev Saúde Pública* 2004; 38:557-64.
21. Berquó LS, Barros AJD, Lima RC, Bertoldi AD. Utilização de antimicrobianos em uma população urbana. *Rev Saúde Pública* 2004; 38:239-46.
22. Dias-da-Costa JS, Facchini LA. Utilização de serviços ambulatoriais em Pelotas: onde a população consulta e com que frequência. *Rev Saúde Pública* 1997; 31:360-9.
23. Travassos C, Viacava F, Fernandes C, Almeida CM. Desigualdades geográficas e sociais na utilização de serviços de saúde no Brasil. *Ciênc Saúde Coletiva* 2000; 5:133-49.

24. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa nacional por amostra de domicílios. Acesso e utilização de serviços de saúde, 2003. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; 2005.
25. Loyola Filho AI, Uchôa E, Firmo JOA, Lima-Costa MF. Estudo de base populacional sobre o consumo de medicamentos entre idosos: Projeto Bambuí. Cad Saúde Pública 2005; 21:545-53.
26. Conill EM. Políticas de atenção primária e reformas sanitárias: discutindo a avaliação a partir da análise do Programa Saúde da Família em Florianópolis, Santa Catarina, Brasil, 1994-2000. Cad Saúde Pública 2002; 18 Suppl:S191-202.
27. Ribeiro JM, Costa NR, Pinto LFS, Silva PLB. Atenção ao pré-natal na percepção das usuárias do Sistema Único de Saúde: um estudo comparativo. Cad Saúde Pública 2004; 20:534-45.
28. Colombo D, Santa Helena ET, Agostinho ACMG, Didjurgeit JSMA. Padrão de prescrição de medicamentos nas unidades de Programa de Saúde da Família de Blumenau. Rev Bras Ciênc Farm 2004; 40:549-58.
29. Rodrigues MAP, Facchini LA, Lima MS. Modificações nos padrões de consumo de psicofármacos em localidade do Sul do Brasil. Rev Saúde Pública 2006; 40:107-14.
30. Goldbaum M, Gianini RJ, Novaes HMD, César CLG. Utilização de serviços de saúde em áreas cobertas pelo Programa Saúde da Família (Qualis) no Município de São Paulo. Rev Saúde Pública 2005; 39:90-9.
31. Mendoza-Sassi R, Béria JU. Utilización de los servicios de salud: una revisión sistemática sobre los factores relacionados. Cad Saúde Pública 2001; 17:819-32.
32. Senna MCM. Eqüidade e política de saúde: algumas reflexões sobre o Programa Saúde da Família. Cad Saúde Pública 2002; 18 Suppl:S203-11.
33. Secretaria de Políticas de Saúde. Plano de reorganização da atenção à hipertensão arterial e ao diabetes mellitus. Rev Saúde Pública 2000; 35:585-8.

Correspondência:

V. M. V. Paniz
Programa de Pós-graduação em Epidemiologia
Faculdade de Medicina
Universidade Federal de Pelotas
Av. Duque de Caxias 250, Pelotas
RS 96030-002, Brasil
vpvieira@terra.com.br

Recebido em 05/Mar/2006
Versão final reapresentada em 14/Jun/2007
Aprovado em 30/Jul/2007

ARTIGO 2

Free access to hypertension and diabetes medicines among the elderly: a reality yet to be constructed

*Submetido para publicação nos “Cadernos de Saúde Pública”
Normas – Anexo 9*

FREE ACCESS TO HYPERTENSION AND DIABETES MEDICINES AMONG THE ELDERLY: A REALITY YET TO BE CONSTRUCTED

Running title: Free access to continuous-use medicine

Vera Maria Vieira Paniz ¹; Anaclaudia Gastal Fassa ¹; Luiz Augusto Facchini ¹; Andréa Dâmaso Bertoldi ²; Roberto Xavier Piccini ¹; Elaine Tomasi ^{3,4}; Elaine Thumé ⁵; Denise Silva da Silveira ^{1,4}; Maria Aparecida Rodrigues ^{1,4}; Marlos Rodrigues Domingues ¹

¹ Depto. de Medicina Social, Programa de Pós-graduação em Epidemiologia, Universidade Federal de Pelotas

² Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, Universidade do Vale do Rio dos Sinos

³ Universidade Católica de Pelotas

⁴ Secretaria Municipal de Saúde e Bem Estar de Pelotas

⁵ Depto. de Enfermagem, Faculdade de Enfermagem e Obstetrícia, Universidade Federal de Pelotas

Correspondence to: Vera Maria Vieira Paniz. Programa de Pós-graduação em Epidemiologia, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas. Rua: Marechal Deodoro, 1160 - 3º piso - Pelotas, RS 96020-220, Brasil. vpvieira@terra.com.br

ABSTRACT

As a part of the baseline study of the “Project for the Expansion and Consolidation of the Family Health Program” (PROESF), the prevalence and the characteristics of free access to antihypertensive and diabetes mellitus medicines were evaluated. The sample encompassed 4003 elderly people living in Primary Care Unit (PCU) coverage areas from 41 Southern and Northeastern Brazilian cities. Free access was higher in Northeast (62.4%). The Family Health Program (PSF) model was more effective in providing access than the Traditional model, being higher in northeast (61.2%) than in south (39.6%). Around 20% of medicines included in the National Program of Pharmaceutical Assistance to Arterial Hypertension and Diabetes Mellitus and 26% of those included in the Brazil’s National Essential Drug List were paid. In northeast, 25% of insulin and 32% of oral antidiabetics were paid. Unavailability within public sector and lack of money determined the lack of access. Although PSF, Hypertension and Diabetes Program and essential drug list expanded free access, coverage was insufficient. Greater connection between existing programs and clear definition of responsibilities can improve medicine acquisition process increasing the effectiveness of government pharmaceutical assistance.

Key-words: Continuous-use medicine; Drug utilization; Pharmaceutical Assistance; Hypertension, Diabetes Mellitus.

Introduction

In Brazil, free and widespread access to essential drugs standardized by the Brazilian Unified Health System (Sistema Único de Saúde, SUS) is guaranteed by the National Constitution ¹ and by the 8080/90 law (article 6) ², assuring complete therapeutic assistance, including pharmaceutical assistance. However, studies evidence obstacles in the process of obtaining essential medicines from the primary health care system ³⁻⁶, resulting in high medicine-related costs for the family ^{7,8}.

Because of population ageing and the increase in chronic diseases, as hypertension and diabetes mellitus, there is a growing demand for continuous-use medicines to treat such morbidities. After the establishment of the Family Health Program (Programa Saúde da família, PSF) in 1994, health initiatives aimed to link chronic patients to the Primary Care Unit (PCU) for treatment and follow-up, promoting an efficient and high-quality assistance ⁹.

In developing countries, especially, to assure access to essential medicines is still a challenge ¹⁰. In 1998 the government approved the National Drug Policy ¹¹, based on the Pharmaceutical Assistance Reorientation in an attempt to promote access and rational use of medicines along with the adoption of the Brazil's National Essential Drug List, a list of medicines considered basic and indispensable to most population health problems. Essential drug list is supposed to be the foundation for essential medicines lists to come at state and local level, and also guide the standardization, prescription and supply of medicines, mainly within SUS ¹².

Besides these guidelines, other programs were established aiming to provide essential medicine access among SUS, as the National Program of Pharmaceutical Assistance to Arterial Hypertension and Diabetes Mellitus ¹³. The National Strategy for Reorganization of Arterial Hypertension and Diabetes Mellitus Care implements, through this Program, the register and follow-up of hypertensive and diabetic patients detected by SUS and free supply

of five essential medicines: captopril 25mg, hydrochlorothiazide 25mg and propranolol 40mg for hypertension treatment; glibenclamide 5mg and metformin 850mg for diabetes treatment, besides NPH-100 insulin systematically distributed by the public service¹⁴ via the Program of Strategic Medicines¹⁵.

National publications about household-level medicine access is scant, methodologies employed vary, access is measured regardless of consumption conditions¹⁶⁻¹⁹ and some studies excluded chronic patients¹⁵. Other studies have evaluated medicine access based on the medicine availability in health services^{3-6, 20}. In spite of different methods, population studies using 15-day recall period report medicine access rates ranging from 87% to 96%¹⁵⁻¹⁷. A study among elderly people from Sao Paulo found a slightly lower access prevalence, 82.7%, during the previous year¹⁸. National data show low free access rates among Brazilian population, between 11% and 38.3%^{15, 18, 21-23}. Using as denominator chronic-disease medicines, a Southern Brazil study found a 66% free access rate regardless of supplying source and 63% when considering only free medicine acquisitions from PSF/SUS¹⁶.

The present study evaluated free access to hypertension and diabetes mellitus continuous-use medicines, among the elderly living in PCU coverage areas from south and northeast Brazil, according to health care model, morbidity to which the medicines were indicated, its inclusion in the Hypertension and Diabetes Program or in the essential drug list and pharmacologic groups. Besides, the study identified the reported reasons for lack of access to medicines.

Methods

A cross-sectional study was carried out from March to August, 2005, in two distinct Brazilian regions, including seven states and 41 cities with more than 100 thousand inhabitants. The methodology employed was originally designed for the baseline study of the Project for the

Expansion and Consolidation of the Family Health Program (Projeto de Expansão e Consolidação do Saúde da Família, PROESF) in south and northeast Brazil (Component 2)²⁴, comprising the states of Rio Grande do Sul and Santa Catarina in the south region and Alagoas, Paraíba, Pernambuco, Piauí and Rio Grande do Norte, in the northeast region, as regulated by the Health Department²⁵.

The target population of the study was elderly people (65 or older), living in PCU coverage areas, who were able to respond to the questionnaire. Subjects were sampled by a multi-stage process that considered PCU as primary sampling units, using probability proportional to the structure capacity of primary care network of each city. Each lot comprised 120 PCU randomly selected, according to health care model (PSF x Traditional) and temporality (Traditional, earlier; PSF pre-PROESF, intermediate; and PSF post-PROESF, more recent), totaling 240 PCU. The sample size necessary to accomplish PROESF's goals was 2100 elderly. This sample divided by the 120 selected PCU resulted in a quota of 18 elderly being interviewed at each service coverage area²⁴.

The sampling of selected individuals was done systematically and independently, using the PCU as start point. The area covered by each selected PCU was recognized, visiting consecutive households and elderly interview was done interspersed with other three population groups evaluated by PROESF, including only one person from each household, alternating the gender of interviewees. When two elderly were living in the same house, the oldest was interviewed. More details of the study design can be found elsewhere²⁴.

The need for continuous-use medicines was defined as “the need for taking the medicine every day, or most of the days, without a specific date to stop”. The access was evaluated among people responding “Yes” to questions about having hypertension and or diabetes and need for continuous-use medicine, as indicated by a doctor, to treat these morbidities. To assure medicine registry accuracy, and to avoid skipping (omitting)

medicines consumed, interviewers were instructed to ask for the prescription, packet and/or directions for use. For each medicine reported, subjects were asked about access using the following question: “During the last month have you not taken the <name of medicine> you needed?” when the response was positive, the reason why the medicine was not taken was asked: “Why haven’t you taken the medicine?” and the choices were: did not want to, forgot; it was not available at the PCU of the area; not available in another PCU/SUS pharmacy; could not afford; expired prescription; another reason. If the elderly did get his/her medicine in the last month, means of acquisition was asked along with the place where the medicine was obtained for free, using the question: “*Did you get the <medicine name> for free?*” and choices were: did not get; yes, at the PCU of the area; yes, another PCU; yes, SUS pharmacy; yes, elsewhere.

The results were analyzed by two different approaches. First, the denominator was the total number of elderly people to evaluate access prevalence (measured by the number of people taking medicine in the last month), free access (elderly people given medicine for free, regardless of place) and free access at the PCU of the area (people acquiring their medicine for free at the PCU of the area). Medicine access was categorized as follows: total access (person did not skip the use of any needed medicines); partial (person skipped the use of some needed medicines, regardless of the reason) and no access (person skipped the use of all needed medicines, regardless of the reason) and evaluated according to investigated region and health care model. The variable health care model was categorized as follows: PSF (before and after PROESF) and Traditional (Traditional and mixed).

The second approach considered the number of medicines reported by the population as the denominator. To this analysis the drugs were identified according to the Pharmaceutical Specialties Dictionary (Dicionário de Especialidades Farmacêuticas - DEF)²⁶ and categorized according to reported morbidity (hypertension and/or diabetes), included or not in

Hypertension and Diabetes Program, in essential drug list 2002, valid during data collection ²⁷ and in pharmacologic groups according to the Anatomical Therapeutic Chemical Classification System ²⁸. Two levels of the system were used: first representing main anatomical group and second, considering main therapeutic group.

Data were entered in EpiInfo 6.04 ²⁹ and analyses were carried out in Stata 9.0 ³⁰. Prevalence of different access types was estimated for each evaluated indicators. To study associations between regions and access prevalence among the elderly, 95% confidence intervals (95% CI) were estimated. Chi-square tests for proportions heterogeneity were used to compare access prevalence among people from different health care models and to evaluate potential differences in access means of medicines included in Hypertension and Diabetes Program and essential drug list. The design effect was considered during association analyses. A quality control was carried out by telephone with 6% of the sample answering to a short version of the questionnaire ²⁴. Agreement was measured by Kappa index for the reporting of hypertension and diabetes, which presented a good repeatability ($\text{Kappa} \geq 0.7$).

The research was approved by the Ethics Committee of the Medicine School of the Federal University of Pelotas. All subjects consented to participate before interviews. Confidentiality was assured to all participants as well as the right to not take part or drop out at any moment.

Results

A total of 4003 elderly people were interviewed (South: 1891; Northeast: 2112), corresponding to 95.3% of the estimated sample (South: 90.1%; Northeast: 100%). Out of which, 2460 (61.5%) reported to have hypertension and/or diabetes and to need continuous-use medicine, totaling 4563 reported medicines and 47 active principles.

Sample size studied in the south (n=1164) and northeast (n=1296), allowed to

estimate, with 95% confidence level, for each region, an access prevalence to continuous-use medicine of 90% with a margin of error of ± 1.7 percentage points. It also permitted to estimate a prevalence of free access, and free access at the PCU of the area of 50% with a margin of error of ± 4.5 percentage points, considering a design effect of 1.03 for access, 2.14 for free access and 3.19, free access at the PCU of the area.

Figure 1 classifies the 4563 continuous-use medicine referred by the elderly to treat hypertension and diabetes, according to reported disease, inclusion in essential drug list and Hypertension and Diabetes Program. Most reported medicines was to treat hypertension (84.0%) and belonged to essential drug list (around 87.0% - hypertension and diabetes drugs). The Hypertension and Diabetes Program covered 65.0% of antihypertensive drugs and 76.1% of diabetes drugs. Among hypertension medicines not included in Hypertension and Diabetes Program, 64.6% belong to essential drug list. Among diabetes medicines not included in the Hypertension and Diabetes Program, 44.8% are included in essential drug list.

Table 1 presents the characteristics of access to continuous-use medicines for the evaluated morbidities in the elderly population (n=2460) living in PCU coverage areas from south and northeast, according to health care model. The proportion of access to reported medicines, and free access at the PCU of the area was significantly different in studied regions. Access to all medicines reported was higher in south 92.6% (95%CI 91.0 – 94.2) than northeast 89.7% (95%CI 88.1 – 91.4) (p=0.025). However, free access and free access at the PCU of the area were higher in the northeast (p<0.001). Overall total free access was 55.1% (95%CI 51.0 – 59.2) in south and 62.4% (95%CI 58.2 – 66.5) in northeast, while total free access at the PCU of the area was just 36.0% (95%CI 30.8 – 41.1) in south, reaching 54.1% (95%CI 49.5 – 58.6) in northeast.

Table 1 also shows that, in south region, access to all reported medicines was similar regardless of health care model (p=0.495). Quite the opposite to what happens in northeast,

where access was significantly different between health care models ($p=0.030$), presenting higher access among elderly living in PCU/PSF coverage areas (91.0%) compared to those living in PCU/Traditional coverage areas (86.6%). When free access in the south is evaluated, data shows that it was significantly higher areas with PCU/PSF (59.2%) compared to Traditional health care model (48.9%) ($p<0.001$). The same happens in northeast, where total free access presented a prevalence of 66.1% in areas assisted by PCU/PSF and 52.2% by Traditional model ($p<0.001$). Examining how the PCU of the area influences medicine access, one concludes that on both regions the PCU/PSF are mostly responsible for free access ($p<0.001$), with 39.6% of elderly in south and 61.2% in northeast getting their medicines from the PCU/PSF of the area.

Table 2 shows profile and means of access to the medicines according to, Hypertension and Diabetes Program, essential drug list and pharmacologic group in the south ($n=2298$). People did not have access to nearly 5.0% of continuous-use medicine, regardless of referred morbidity, and inclusion in Hypertension and Diabetes Program or essential drug list. As for pharmacological groups, highest access was observed to beta-blockers (98.0%) and lowest to renin-angiotensin system agents (94.6%).

From all medicines acquired, 35.1% were paid for; 42.0% were obtained at the PCU of the area and 22.9% were received for free at different PCU, SUS pharmacy or by other means. Half of the diabetes medicines and only 40.4% of antihypertensive drugs were obtained for free at the PCU of the area. From all medicines covered by Hypertension and Diabetes Program, 23.0% were not freely supplied and 50.8% were supplied by the PCU of the area. However, 39% of reported medicines are not covered by Hypertension and Diabetes Program and most of them (53.9%) were bought ($p<0.001$) (Table 2).

With respect to access means of medicines included in essential drug list, 27.9% were paid for and, among those obtained for free (72.1%), 2/3 was supplied by the PCU of the area.

As for the reported pharmacologic groups, among cardiovascular drugs, highest free access was verified for diuretics (65.2%) and renin-angiotensin system agents (70.4%). However, 51.0% of beta-blockers and 55% of calcium channel blockers were not obtained for free. In terms of the pharmacologic group acting in the metabolism, 11.4% of insulin used in diabetes treatment and 1/4 of oral antidiabetics were bought (Table 2).

Table 3 presents access characteristics and means of acquisition according to studied variables, in the northeast (n=2265). Lack of access to medicines reported by elderly was around 7.0%. Proportionally, access to antihypertensive was the highest (98.4%) while more than 7.0% of beta-blockers and renin-angiotensin system agents were not consumed by elderly in the last 30 days.

As for the means of acquisition of medicines in the northeast region, more than half (60.7%) was supplied by the PCU of the area, 30.4% were paid and only 9.0% were obtained for free on different PCU, SUS pharmacy or in a different manner. Most medicines for hypertension (61.5%) and diabetes (56.2%) were acquired for free at the PCU of the area. Only 15.8% of medicines included in Hypertension and Diabetes Program were paid for and 75.0% were obtained at the PCU of the area. Considering the amount of medicines not included in HIPERDIA (28.0% of reported drugs), more than 2/3 were bought ($p < 0.001$) (Table 3).

Table 3 also shows that 76.8% of medicines included in essential drug list were obtained for free in the northeast region, out of which 88.1% were acquired at the PCU of the area. Among pharmacological groups studied, most cardiovascular medicines were obtained for free at the PCU of the area, except for calcium channel blockers that were mostly paid for (79.8%). The figures on metabolism pharmacologic group are outstanding, since 1/4 of insulin and more than 30.0% of oral antidiabetics were not obtained for free.

When we compare the proportions of access for each studied region, as shown in

Tables 2 and 3, it can be observed that lack of access was higher in the Northeast, but that region also presented a higher level of free access. In addition to that, in northeast, the PCU of the area were responsible for the supply of 3/4 of medicines included in Hypertension and Diabetes Program, while in the south only half of these medicines were available to users. Access to essential drug list medicines in northeast was also, mostly, obtained through the PCU of the area, while in the south the free access to 1/4 of the list's medicines occurred elsewhere. The calcium channel blockers was the pharmacologic group presenting the lowest free access on both regions, lower in northeast where only 20% was supplied by the public service. It is also remarkable that in the northeast the proportion of medicines bought to treat diabetes was higher than in the south.

Table 4 shows the reasons for lack of access to continuous-use medicine during the previous month. For nearly 1/3 of reported medicines, the drug unavailability in SUS and unaffordability was the reason for lack of access. This situation was more common in northeast (36.6%) than in south (31.1%) ($p=0.001$). In the northeast, unavailability at the PCU of the area resulted in 26.2% of lack of access to the medicine.

Discussion

This study revealed a high prevalence of access to continuous-use medicine prescribed for chronic diseases among the elderly. In the northeast, where access prevalence was lower, free access was more common. As for health care model, PSF was more effective in providing free access than the Traditional health care model, especially in northeast.

When access was evaluated using as denominator medicines reported by elderly, it could be observed that the Hypertension and Diabetes Program and essential drug list enhanced free access, having a greater impact over northeast region. On both regions, the medicines that implied in highest expenses for elderly were calcium channel blockers

indicated in the treatment of hypertension, however, a lower free supply of diabetes medicines was observed in northeast, especially insulin. Unavailability of medicines in SUS and lack of money to buy them were key determinants of lack of access.

Cross-sectional design is appropriate to estimate access prevalence to medicines and to evaluate pharmaceutical assistance provided to the population in need of continuous-use medicine. The population approach employed allowed to measure access to continuous-use medicine, regardless of visits to the doctors. The sample selected represents population living in PCU coverage area of studied regions and internal validity is reinforced by the low missing rate based on the estimated sample size ²⁴.

As for the investigation period, studies on medicine access usually rely on 15-day ¹⁶ or 12-month recall periods ^{18, 31, 32}. Other studies have evaluated access since the last visit to a doctor ^{17, 33}, medical appointment in the last 15 days ¹⁵ or 30 days ²³. Because this study deals with continuous-use medicine, the choice was to investigate medicine access in the last month. To reduce the chance of recall bias, medical prescription, packet or directions for medicines use were requested, regardless of elderly access status.

The high prevalence of access to continuous-use medicine to treat chronic diseases in elderly people was similar to other national studies; despite the use of different approaches ¹⁵⁻¹⁷. The lower access prevalence observed in the northeast along with a higher proportion of free access indicates that, in that region, the access relies on the free supply of medicines in the public sector. It corroborates the results of other analyses from the same research, showing the importance of socioeconomic aspects in the south while in the northeast health care model and link with the PCU of the area are more important to establish access ³⁴.

It is remarkable that this study found low prevalence of free access among people living in PCU coverage areas in both regions, in agreement with a 11-city Brazilian research showing that only 55.4% of the 61 medicines investigated were available in public health

services ³. However, measuring access based on the amount of medicines stocked in health services reveals important aspects of pharmaceutical care, but it does not show the amount of patients unable to obtain all prescribed medicines. Availability is measured by having at least one medicine sample in stock, which, frequently, does not translate into a patient's treatment. Besides, Naves & Silver observed that despite having in stock 83.2% of the 40 key-medicines list evaluated, interruption of hypertension or diabetes medicines supply was frequent ⁵.

The proportion of elderly obtaining all medicines for free at the PCU of the area was higher in PSF than Traditional health care model, although both prevalences were small. A study from Sao Paulo identified that only 42.2% of hypertensive and/or diabetic PSF users obtained all medicines at the PCU/PSF where they are being followed-up ³⁵. Moreover, from the 57.8% not getting the medicine, 83.8% bought and 5.4% did not consume the drug until it was supplied for free. However, another study among a PSF-covered population in south Brazil, considering as denominator reported medicines, showed that 80% of hypertension and diabetes medicines, as well as, 88% of medicines prescribed by PSF doctors, were supplied for free in the PSF/SUS ¹⁶.

Although the access to Hypertension and Diabetes Program medicines was higher than others, many were not obtained for free and, in the south, free supply occurred in an important amount out of the PCU of the area. Insufficiency of Hypertension and Diabetes Program medicines on primary health care may indicate flaws in the process of planning, purchasing, stocking or distributing these medicines. A 19-cities study carried out in the state of Minas Gerais found low availability of glibenclamide (21.4%) in public health units, denoting a need for the Health Department to evaluate purchase and distribution of this drug to the state health departments and thereafter the planning and delivering to the cities ⁴. A study carried out in the Federal District found that, in public health services, two medicines included in the Hypertension and Diabetes Program, captopril and metformin, were, respectively, second and

sixth in the list of non-dispensed drugs ⁵. A national-level study also found inadequate coverage of hypertension and diabetes medicines in PCU/PSF ³⁶. The Hypertenses and Diabetics Information System ³⁷ associates the medicine supply to the number of registered patients. Therefore, incomplete or outdated information on Hypertension and Diabetes Program may result in shortage of these medicines in primary health care.

An aspect that must be highlighted is that many medicines not included in the Hypertension and Diabetes Program are listed on essential drug list and, therefore, should be available to population. However, more than 80% of medicines prescribed belong to essential drug list, indicating high essentiality in this study, although 1/4 were not obtained for free. The findings agree with a study showing that 60.6% of medicines not available at PCU belonged to essential drug list ⁵. Another study observed that 75% of medicines consumed by the elderly were acquired in the private sector and 27% were considered essential ⁷.

According to the World Health Organization (WHO), the pharmaceutical assistance is considered effective when 100% of prescriptions are based on the essential medicines list. However, tailoring prescriptions to the lists is not usual in the public sector, since many studies have found lower prevalence, ranging from 57.7% to 92.7% ^{5, 6, 15, 20, 38-42}.

This study adopted essential drug list as essentiality parameter, as suggested by a national survey ³. In spite of the states' autonomy to develop the list, it must be guided by the essential drug list ¹⁵. Besides, this strategy was chosen due to the broadness of the study, including seven states and 41 cities, and also because some places did not have essential medicines lists, which would increase data analysis complexity. However, comparisons of our findings to WHO indicators must be taken cautiously, since a previous study carried out in south Brazil revealed that most (82,4%) prescribed medicines were included in the local reference list, but only 57.7% belonged to essential drug list ⁴⁰.

As for pharmacological groups, it was verified that even first-choice medicines

indicated for hypertension treatment, such as diuretics and beta-blockers, are highly accessed by payment. Paid access was even higher than a previous study carried out in south Brazil ¹⁶. A Sao Paulo research, carried out in 2003, revealed that 62.6% of individuals reporting hypertension and currently consuming medicine have paid for the treatment ²². A national survey found an affordability of only two days for the treatment of hypertension among adults in the private sector ¹⁵. This result highlights the impact that these costs might have over chronic-disease patients who cannot get their medicines for free.

Focusing on medicines indicated for diabetes treatment, the proportion of insulin that was not provided for free is striking, mainly in northeast, where population affordability is lower, depending hugely on free supplies. Free access to oral antidiabetics was also lower in the northeast, in agreement with a study showing that insulin was unavailable in stock at health services of three out of eleven cities investigated and metformin (oral hypoglycemic) was unavailable in all services of the four studied cities ³.

Medicine unavailability on the public sector and lack of money to afford it were among the main reasons for the lack of access. Medicine cost is the most frequent reason in many studies that evaluated reasons for lack of access ^{15, 17-19}. However, in our study, most frequent reason for not using medicine corresponded to the response “did not want to, forgot”. Although this answer might be related to non-adherence to the treatment, this choice eventually included people facing other access barriers not detailed by the instrument, potentially resulting in an information bias impairing interpretation of this result.

In conclusion, the study found low free-access coverage for all cardiovascular and metabolism-related pharmacologic groups, and for medicines belonging to the Hypertension and Diabetes Program and to the essential drug list. It probably occurs because budget and medicine acquisition sources belong to various programs that use different financial policies leading to a significant overlap. The responsibility for medicines purchase is unclear. Besides,

some aspects of the National Drug Policy, were not fully accomplished, such as development of municipal lists, or specific programs, like the patients register of the Hypertension and Diabetes Program. This impaires effective pharmaceutical assistance. In an attempt to solve these problems, the national-level medicine supply system is being decentralized. This strategy aims to make medicine acquisition process more suitable for local needs decreasing overlaps.

However, for the improvement of pharmaceutical assistance it is not appropriate to simply transfer responsibility to municipal authorities, there is a need for an adequate medicine selection when preparing local and state standardized lists to guide physician's prescription, with periodic update and appropriateness to local population health needs. It is also necessary to have a medicine acquisition strategy able to attend health service demand. In programs such as the Hypertension and Diabetes Program, planning not only comprehends gathering and registering hypertensive and diabetic individuals, in primary health care, but also constant updates of the information system. The better planning has a straight impact in all other stages of pharmaceutical assistance.

Better links in the pharmaceutical assistance influenced by better integration among existent programs, avoiding programs overlaps and promoting a clear definition of responsibilities, will optimize the medicines acquisition process at ambulatory level increasing the efficacy of government strategies in the health sector.

Authors

V. Paniz was in charge of literature review, project design and data collection, instruments development, supervisors training, quality control, data processing and analysis and writing of the manuscript. **A. Fassa** collaborated in the project design, instruments development, data analysis and writing of the manuscript. **A. Bertoldi** collaborated in the project design, data

analysis and writing of the manuscript. **L. Facchini, R. Piccini, E. Tomasi, E. Thumé, D. Silveira** participated in the research design, instruments development, fieldwork coordination and dataset preparation. **M. Rodrigues** participated in the instruments development and data analysis. **M. Domingues** assisted in the writing of the manuscript and translation of the original into English. All authors participated of the reviewing process of the final version of the manuscript.

Acknowledgements

The study was financially supported by the National Council of Technological and Scientific Development, CNPq and is enrolled in the Component 3 of PROESF, supported by the National Health Department and World Bank.

REFERENCES

1. Brasil, Senado Federal. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília: Senado 1988.
2. Brasil. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília: Diário Oficial da República Federativa do Brasil 1990.
3. Karnikowski MG, Nobrega OT, Naves JO, Silver LD. Access to essential drugs in 11 Brazilian cities: a community-based evaluation and action method. *J Public Health Policy*. 2004;25(3-4):288-98.
4. Guerra AA, Jr., Acurcio Fde A, Gomes CA, Miralles M, Girardi SN, Werneck GA, et al. [Availability of essential drugs in two regions of Minas Gerais, Brazil]. *Rev Panam Salud Publica*. 2004 Mar;15(3):168-75.
5. Naves JOS, Silver LD. Evaluation of pharmaceutical assistance in public primary care in Brasília, Brazil. *Rev Saúde Pública*. 2005 Apr;39(2):223-30.
6. Santos V, Nitrini SMOO. [Prescription and patient-care indicators in healthcare services]. *Rev Saúde Pública*. 2004 Dec;38(6):819-26.
7. Lima MG, Ribeiro AQ, Acurcio Fde A, Rozenfeld S, Klein CH. [Out-of-pocket drug expenditures by retirees and pensioners 60 years and older in Belo Horizonte, Minas Gerais, Brazil]. *Cad Saude Publica*. 2007 Jun;23(6):1423-30.
8. Lima-Costa MF, Barreto SM, Giatti L. [Health status, physical functioning, health services utilization, and expenditures on medicines among Brazilian elderly: a descriptive study using data from the National Household Survey]. *Cad Saúde Pública*. 2003 May-Jun;19(3):735-43.
9. Brasil, Ministério da Saúde, Departamento de Atenção Básica, Secretaria de Políticas de Saúde. [Family Health Program]. *Rev Saúde Pública*. 2000 Jun;34(3):316-9.
10. Romero CP. [Health sector reform and pharmaceutical policy in Peru]. *Cad Saúde Pública*. 2002 Jul-Aug;18(4):1121-38.
11. Brasil, Ministério da Saúde. Portaria GM nº 3.916, 30 de outubro de 1998. Aprova a Política Nacional de Medicamentos. Brasília: Diário Oficial da República Federativa do Brasil 1998.
12. Brasil, Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Medicamentos. Brasília: MS 2001.
13. Brasil, Ministério da Saúde. Portaria GM nº 371, de 04 de março de 2002. Institui o Programa Nacional de Assistência Farmacêutica para Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus, parte integrante do Plano Nacional de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus. Brasília MS 2002.
14. Brasil, Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde. [Brazilian National Strategy for the Reorganization of Care for Arterial Hypertension and Diabetes Mellitus]. *Rev Saúde Pública*. 2000 Dec;35(6):585-8.
15. Brasil, Ministério da Saúde, Organização Pan-Americana da Saúde, Organização Mundial da Saúde. Avaliação da assistência farmacêutica no Brasil: estrutura, processo e resultados. Brasília: MS 2005.
16. Bertoldi AD, Barros AJD, Wagner A, Ross-Degnan D, Hallal PC. Medicine access and utilization in a population covered by primary health care in Brazil. *Health Policy*. 2008;doi: 10.1016/j.healthpol.2008.07.001.
17. Carvalho MF, Pascom AR, Souza-Junior PR, Damacena GN, Szwarcwald CL. Utilization of medicines by the Brazilian population, 2003. *Cad Saúde Pública*. 2005;21 Suppl:100-8.

18. Carvalho MFC. A polifarmácia em idosos no município de São Paulo - Estudo SABE - Saúde, Bem-estar e Envelhecimento [Dissertação]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2007.
19. Lebrão ML, Laurenti R. [Health, Well-Being and aging: the SABE Study in São Paulo, Brazil]. *Rev Bras Epidemiol*. 2005;8(2):127-41.
20. Cunha MCN, Zorzatto JB, Castro LLC. [An evaluation of drug use in the municipal health care service of Campo Grande/MS]. *Revista Brasileira de Ciências Farmacêuticas*. 2002;38(2):215-27.
21. Costa AA, Moura AAC, Mangueira JL, Barbosa-Branco A. [Use of medicines by families assisted at Centro de Saúde 8 do Gama - DF]. *Com Ciências Saúde*. 2007;18(2):117-27.
22. Souza JGG. Hipertensão arterial referida e uso de anti-hipertensivos em adultos na cidade de São Paulo, 2003: em estudo de base populacional [Dissertação]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2006.
23. Fernandes MEP. A utilização de medicamentos na atenção à saúde, em nível domiciliar, no município de Fortaleza [Dissertação]. Fortaleza: Departamento de Saúde Comunitária, Universidade Federal do Ceará; 1998.
24. Facchini LA, Piccini RX, Tomasi E, Thumé E, Teixeira VA, Silveira DS, et al. [Evaluation of the effectiveness of Primary Health Care in South and Northeast Brazil: methodological contributions]. *Cad Saúde Pública*. 2008;24(supl.1):159-72.
25. Brasil, Ministério da Saúde. Termo de referência para o estudo de linha de base nos municípios selecionados para o componente 1 do PROESF. Brasília: MS 2004.
26. DEF. Dicionário de Especialidades Farmacêuticas 2004-2005. 33ª ed. Rio de Janeiro: Publicações Científicas 2005.
27. Brasil, Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, Departamento de Atenção Básica, Gerência Técnica de Assistência Farmacêutica. *Relação Nacional de Medicamentos Essenciais - Rename 3ed*. Brasília: MS 2002.
28. WHO. Collaborating Centre for Drug Statistics Methodology. *Anatomical Therapeutic Chemical (ATC) classification index with Defined Daily Doses (DDD's)* Oslo: WHO 2004.
29. Dean AG, Dean JA, Colombari D, Brendel KA, Smith DC, Burton AH, et al. *EpiInfo Version 6.04: a word processing database and statistics program for epidemiology on microcomputers*. Atlanta: Centers for Disease Control and Prevention 2001.
30. STATA CORP. *Stata Statistical Software: Release 9.0*. College Station, TX: Stata Corporation 2003.
31. Reed M. An update on Americans' access to prescription drugs. *Issue Brief Cent Stud Health Syst Change*. 2005 May(95):1-4.
32. Piette JD, Heisler M, Wagner TH. Cost-related medication underuse among chronically ill adults: the treatments people forgo, how often, and who is at risk. *Am J Public Health*. 2004 Oct;94(10):1782-7.
33. Tediosi F, Aye R, Ibodova S, Thompson R, Wyss K. Access to medicines and out of pocket payments for primary care: evidence from family medicine users in rural Tajikistan. *BMC health services research*. 2008;8:109.
34. Paniz VM, Fassa AG, Facchini LA, Bertoldi AD, Piccini RX, Tomasi E, et al. [Access to continuous-use medication among adults and the elderly in South and Northeast Brazil]. *Cad Saude Publica*. 2008 Feb;24(2):267-80.
35. Paiva DCP, Bersusa AAS, Escuder MML. [Healthcare assessment for patients with diabetes and/or hypertension under the Family Health Program in Francisco Morato, São Paulo, Brazil]. *Cad Saúde Pública*. 2006 Feb;22(2):377-85.

36. Costa DMN. Atuação do SUS no controle da hipertensão arterial: a experiência de Juiz de Fora [Tese]. Rio de Janeiro: Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 2006.
37. Brasil, Ministério da Saúde. HIPERDIA. Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos. <http://hiperdia.datasus.gov.br> (accessed on 20/feb/2006).
38. Simões MJS, Falvo IF. [A study on medicament prescription in elderly patients treated at the municipal health service in southeast region of the Brazil, 1999]. Rev ciênc farm. 2000;21(2):217-27.
39. De Bernardi CLB, Bieberbach EW, Thomé HI. [Evaluation of Pharmaceutical Assistance in Cities of the 17th Regional Health Department/Rio Grande do Sul]. Saude Soc. 2006 jan.-abr;15(1):73-83.
40. Colombo D, Santa Helena ET, Agostinho ACMG, Didjurgeit JSMA. [Prescribed Drugs in Attendance Sampling at Basic Health Service in Blumenau]. Rev Bras Ciênc Farm. 2004 out-dez;40(4).
41. Farias AD, Cardoso MAA, Medeiros ACD, Belém LF, Simões MOS. [Prescription indicators in Family Health basic units of the municipal district of Campina Grande, PB]. Rev bras epidemiol. 2007 jun;10(2):149-56.
42. Marcondes NSP. A assistência farmacêutica básica e o uso de medicamentos na zona urbana do município de Ponta Grossa, Paraná: estudo de caso [Tese]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública; 2002.

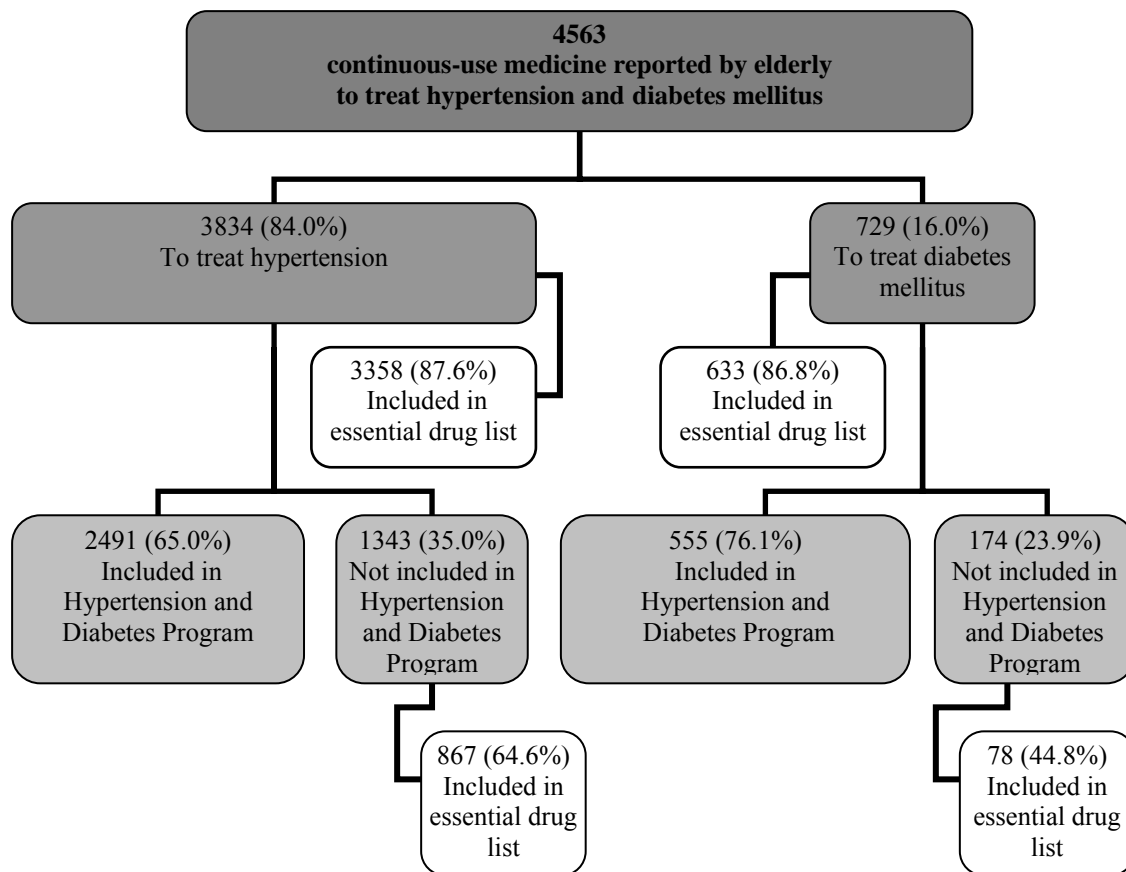


Figure 1- Classification of the 4563 continuous-use medicine reported by subjects to treat hypertension and diabetes mellitus, according to reported disease, inclusion in the Brazil's National Essential Drug List and in the National Program of Pharmaceutical Assistance to Arterial Hypertension and Diabetes Mellitus.

Table 1 – Description of access to continuous-use medicine to treat hypertension and diabetes mellitus in the elderly population living in Primary Care Unit (PCU) coverage areas from South (n=1164) and Northeast (n=1296) Brazil, overall and according to primary health care model - Traditional or Family Health Program (PSF). PROESF, Brazil, 2005.

Access Characteristics ^a	SOUTH REGION				NORTHEAST REGION				
	OVERALL	Traditional PCU	PSF PCU	<i>Health Care model p-value*</i>	OVERALL	Traditional PCU	PSF PCU	<i>Health Care model p-value*</i>	<i>Between regions p-value*</i>
	N %	N %	N %		N %	N %	N %		
Access	1164	456	708		1296	357	939		
Total	92.6	93.2	92.2	<i>0.495</i>	89.7	86.6	91.0	<i>0.030</i>	<i>0.025</i>
Partial	2.6	2.9	2.4		4.3	4.8	4.2		
None	4.8	4.0	5.4		5.9	8.7	4.9		
Free Access	1107	438	669	<i><0.001</i>	1217	326	891	<i><0.001</i>	<i><0.001</i>
Total	55.1	48.9	59.2		62.4	52.2	66.1		
Partial	12.8	10.1	14.7		13.1	9.8	14.3		
None	32.1	41.1	26.2		24.6	38.0	19.6		
Free Access at the PCU of the area	1107	438	669	<i><0.001</i>	1217	326	891	<i><0.001</i>	<i><0.001</i>
Total	36.0	30.4	39.6		54.1	34.7	61.2		
Partial	9.6	6.4	11.7		12.4	7.1	14.4		
None	54.5	63.2	48.7		33.5	58.3	24.5		

a – Maximum missing values was 3 for variables “Free access” and “Free access at the PCU of the area”

* Chi-square test for heterogeneity of proportions

Table 2 – Access characteristics and means of access to continuous-use medicine to treat hypertension and diabetes mellitus reported by elderly people living in Primary Care Unit (PCU) coverage areas in the south region, according to independent variables. PROESF, Brazil, 2005.

Variable*	TOTAL N	ACCESS %	MEANS OF ACCESS ^d		
			Payment %	Free	
				PCU of the area %	Another place %
Medicines reported by 1164 people	2298	95.5	35.1	42.0	22.9
CHRONIC DISEASE					
Hypertension	1921	95.5	37.4	40.4	22.2
Diabetes	377	95.8	23.3	50.4	26.3
HYPERTENSION AND DIABETES PROGRAM^a				<i>p</i> <0.001 [#]	
Yes	1406	95.0	23.0	50.8	26.2
No	892	96.4	53.9	28.4	17.7
ESSENTIAL DRUG LIST^b				<i>p</i> <0.001 [#]	
Yes	1990	95.4	27.9	47.4	24.7
No	308	96.4	81.1	7.8	11.2
PHARMACOLOGIC GROUPS^c					
Cardiovascular System					
Antihypertensives	97	97.9	40.4	40.4	19.2
Beta-blockers	252	98.0	51.0	27.1	21.9
Calcium channel blockers	187	96.8	55.0	25.6	19.4
Diuretics	696	94.7	34.8	43.9	21.3
Renin-angiotensin system agents	689	94.6	29.6	45.9	24.5
Metabolism					
Human Insulin (regular and NPH)	45	97.8	11.4	43.2	45.5
Other oral antidiabetic drugs	332	95.5	24.9	51.4	23.7

a – National Program of Pharmaceutical Assistance to Arterial Hypertension and Diabetes Mellitus (covers 5 medicines = captopril, hydrochlorotiazide, propranolol, glibenclamide, metformina)

b – Brazil's National Essential Drug List

c – Categorized according to Levels 1 and 2 of the *Anatomical Therapeutic Chemical Classification System*

d – The denominator in the variable “Means of access” considers only people reporting access

* Maximum missing values was 3 for variable “Means of access”

[#] Chi-Square test for proportions heterogeneity from the association between Hypertension and Diabetes Program/Essential Drug List and Means of access

Table 3 – Access characteristics and means of access to continuous-use medicine to treat hypertension and diabetes mellitus reported by elderly people living in Primary Care Unit (PCU) coverage areas in the northeast region, according to independent variables. PROESF, Brazil, 2005.

Variable*	TOTAL N	ACCESS %	MEANS OF ACCESS ^d		
			Payment %	Free	
				PCU of the area %	Another place %
Medicines reported by 1296 people	2265	93.6	30.4	60.7	9.0
CHRONIC DISEASE					
Hypertension	1913	93.5	30.1	61.5	8.4
Diabetes	352	94.0	31.6	56.2	12.2
HYPERTENSION AND DIABETES PROGRAM^a				<i>p</i> <0.001 [#]	
Yes	1640	93.7	15.8	75.0	9.2
No	625	93.3	68.6	23.0	8.4
ESSENTIAL DRUG LIST^b				<i>p</i> <0.001 [#]	
Yes	2001	93.5	23.2	67.6	9.2
No	264	94.3	83.9	8.4	7.6
PHARMACOLOGIC GROUPS^c					
Cardiovascular system					
Antihypertensives	61	98.4	37.3	47.5	15.3
Beta-blockers	221	92.8	37.8	51.5	10.8
Calcium channel blockers	132	97.7	79.8	17.8	2.3
Diuretics	787	93.3	25.3	66.5	8.2
Renin-angiotensin system agents	712	92.8	22.8	68.7	8.5
Metabolism					
Human Insulin (regular and NPH)	33	93.9	25.8	41.9	32.3
Other oral antidiabetic drugs	319	94.0	32.2	57.7	10.1

a – National Program of Pharmaceutical Assistance to Arterial Hypertension and Diabetes Mellitus (covers 5 medicines = captopril, hydrochlorotiazide, propranolol, glibenclamide, metformina)

b – Brazil's National Essential Drug List

c – Categorized according to Levels 1 and 2 of the *Anatomical Therapeutic Chemical Classification System*

d – The denominator in the variable “Means of access” considers only people reporting access

* Maximum missing values was 8 for variable “Means of access”

[#] Chi-Square test for proportions heterogeneity from the association between Hypertension and Diabetes Program/Essential Drug List and Means of access

Table 4 – Reasons for lack of access to continuous-use medicine to treat hypertension and diabetes mellitus reported by the elderly (n=2460) living in Primary Care Unit (PCU) coverage areas from South (n=103) and Northeast (n=145) Brazil. PROESF, Brazil, 2005.

Reasons for lack of access	SOUTH		NORTHEAST		p-value*
	N	%	N	%	
Did not want to, forgot	46	44.7	72	50.0	<i>0.001</i>
Not available at the PCU of the area	12	11.7	38	26.2	
Could not afford	11	10.7	14	9.7	
Could not find it in another unit, SUS** pharmacy	9	8.7	1	0.7	
Expired prescription	6	5.8	2	1.4	
Different reasons	19	18.5	18	12.4	

*Chi-square test for heterogeneity of proportions between regions

**Brazilian Health Unified System

ARTIGO 3

Acesso a medicamentos: uma revisão dos métodos de avaliação em nível domiciliar

*Será submetido para publicação nos “Cadernos de Saúde Pública”
Normas – Anexo 9*

**ACESSO A MEDICAMENTOS: UMA REVISÃO
DOS MÉTODOS DE AVALIAÇÃO EM NÍVEL DOMICILIAR**

**MEDICINE ACCESS: A REVIEW
OF HOUSEHOLD-LEVEL ASSESSING METHODS**

Medicine access: a review

Vera Maria Vieira Paniz ¹; Anaclaudia Gastal Fassa ¹; Andréa Dâmaso Bertoldi ²; Maria de Fátima S. Maia ¹

¹ Depto. de Medicina Social, Programa de Pós-graduação em Epidemiologia, Universidade Federal de Pelotas

² Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, Universidade do Vale do Rio dos Sinos

Correspondência: Vera Maria Vieira Paniz. Programa de Pós-graduação em Epidemiologia, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas. Rua: Marechal Deodoro, 1160 - 3º piso - Pelotas, RS 96020-220, Brasil. vpvieira@terra.com.br

RESUMO

O acesso a medicamentos é um objetivo central da política de medicamentos, porém a avaliação do acesso a medicamentos é uma área em construção conceitual e metodológica. Objetivou-se examinar as metodologias sobre acesso a medicamentos em nível domiciliar, definindo acesso como a obtenção do medicamento, com ou sem pagamento pelo usuário. Realizou-se buscas em bases eletrônicas e sites de instituições de saúde; nas citações das publicações e em contato com autores, encontrando-se nove estudos. As metodologias utilizadas apresentaram diversidade quanto ao recordatório utilizado, forma de seleção dos sujeitos e caracterização do acesso a medicamentos. Assim, é necessário que se padronize os indicadores de acesso a medicamentos estabelecendo o período adequado de recordatório para avaliar cada tipo de medicamento e cada dimensão de acesso, ampliando a comparabilidade dos estudos. Além disso, é preciso estabelecer descritores específicos para estudos sobre acesso a medicamentos para facilitar as revisões bibliográficas sobre o tema.

Palavras-chave: Uso de Medicamentos; Acesso; Medicamentos Essenciais, Revisão de Literatura

ABSTRACT

Medicine access is the major goal of medicine policies; however the concepts and methodologies involved in the evaluation of medicine access are still under development. The aim of this study was to evaluate methodologies on medicine access on household level, access expressed as paid or unpaid medicine acquisition. Searches were carried out in electronic databases and health institutional sites; within references from retrieved papers and by contacting authors, nine papers were found. The methodologies showed differences in the recall period, the way subjects were selected and medicines access characterization. Therefore, standardization of medicine access indicators is needed settling appropriate recall periods to assess every medicine and access dimension, improving studies comparison. Besides, specific subject headings (keywords) must be established to allow literature reviews about the theme.

Key-words: Medicine Use; Essential Medicines; Access; Literature Review

Introdução

O acesso a medicamentos é um objetivo central da política de medicamentos da Organização Mundial de Saúde (OMS), assim como do Brasil e da maioria dos países ¹ e está relacionado a uma das metas de Desenvolvimento do Milênio ^{2, 3}. A OMS define acesso a medicamentos como a disponibilidade e a capacidade financeira para sua obtenção de forma equitativa ⁴.

Há quase 10 anos a OMS desenvolveu indicadores para monitorar a situação farmacêutica no mundo ⁵. Recentemente a OMS e o Management Science for Health (MSH) desenvolveram indicadores e metodologias de avaliação da assistência farmacêutica, que divide a abordagem em três níveis ⁵⁻⁸. O nível I avalia estrutura e processo, o nível II, avalia resultados e o nível III avalia aspectos específicos de cada país. Dentro do nível II de avaliação foi testada em alguns países, incluindo o Brasil, a metodologia de avaliação do acesso e uso de medicamentos em nível domiciliar ¹.

Há um entendimento de que inquéritos domiciliares são ideais para prover informações sobre como as políticas farmacêuticas afetam o bem-estar dos indivíduos, porque estes permitem avaliar o acesso do ponto de vista do indivíduo, seja ele usuário ou não dos serviços de saúde. Isto é importante especialmente para a avaliação de acesso a medicamentos para doenças crônicas, uma vez que os medicamentos necessários ao tratamento podem não estar vinculados a uma consulta médica recente. Entretanto, os inquéritos domiciliares são onerosos e complexos em termos logísticos. A metodologia proposta pela OMS e MSH avalia se e como as pessoas têm acesso a medicamentos, como elas utilizam, quanto as pessoas pagam por eles e qual o impacto desse pagamento sobre a renda do domicílio ⁶.

Entretanto, não existe até o momento uma definição operacional de acesso a medicamentos, nem um modelo acabado de avaliação que permita monitorar o acesso a medicamentos em um determinado país ao longo do tempo ou a comparação do desempenho entre países ⁹. Assim, esta revisão objetiva examinar as metodologias de avaliação do acesso a

medicamentos identificando como o acesso foi operacionalizado, bem como, vantagens e desvantagens das diferentes metodologias utilizadas. Espera-se com isto contribuir para a padronização da metodologia ampliando a comparabilidade dos estudos.

Metodologia

Foram incluídos na revisão, estudos que avaliaram o acesso a medicamentos em nível domiciliar, analisado como objetivo principal ou secundário, selecionados até julho de 2008. O acesso foi considerado como a obtenção do medicamento com ou sem pagamento pelo usuário ¹⁰. Desta forma estudos sobre as dimensões de acessibilidade, adequação e aceitabilidade não foram incluídos nesta revisão.

As estratégias para a localização das publicações incluíram buscas em bases eletrônicas, em sites de instituições de saúde, nas citações das publicações adquiridas na íntegra e ainda o contato com autores. As bases de dados eletrônicas pesquisadas foram: PubMed, Lilacs, Embase e Web of Science. Buscou-se também no portal de revistas eletrônicas SCIELO (Scientific Electronic Library Online). Foram consultados os sites institucionais como o da Organização Mundial da Saúde (www.who.org); Escola Nacional de Saúde Pública (www.ensp.fiocruz.br), Ministério da Saúde do Brasil (www.saúde.gov.br), Organização Pan-Americana de Saúde (www.opas.org) e Management Sciences for Health (www.msh.org/seam).

No que diz respeito às sintaxes, optou-se em não limitar as buscas por descritores, utilizando-se “qualquer palavra” (*any field*). Esta opção foi devido à observação que algumas referências adicionadas recentemente nas bases, demoram um pouco a receber os descritores e, neste caso, só são localizadas através de palavras do título ou resumo. Um exemplo são as referências incluídas antes da publicação em papel (*ahead of print*), estas muitas vezes demoram a receber o campo descritor na base de dados.

As palavras utilizadas nas buscas das publicações foram: *drug utilization; drug access; drug use habits; essential drugs; drug prescription; drugs expenditures; drug delivery systems; drug evaluation; self-medication; pharmacoepidemiology; pharmaceutical preparations; medication; medicine*. Como as palavras medicamentos e drogas são muito utilizadas na literatura médica e muitas vezes para designar o uso de drogas ilícitas, optou-se em combiná-las com outras para obter um grau de especificidade maior nos resultados. As palavras utilizadas nas combinações foram: *primary care; patient care; health care; primary health care; family health program; aging health; health services; health services accessibility; hypertension; diabetes mellitus; compliance; prescription; knowledge, attitudes, practice; risk factors; aged; elderly*.

Foram utilizados os seguintes critérios de exclusão: artigos de revisão; artigos de metodologia qualitativa; estudos que não eram de base domiciliar (estudos que avaliaram a disponibilidade de medicamentos em estabelecimentos públicos ou privados, por medirem a dimensão do acesso através da disponibilidade do medicamento); estudos que mesmo sendo de base domiciliar avaliaram o acesso medindo somente a capacidade aquisitiva (gastos com saúde), por não preencherem a definição de acesso empregada nesta revisão; artigos sobre acesso a medicamentos específicos como os utilizados no tratamento da DST/AIDS, tuberculose, hanseníase e controle de endemias (malária, leishmaniose, esquistossomose, etc), por possuírem legislação específica e particular em cada país; estudos sobre o acesso a medicamentos de alto custo (medicamentos excepcionais) utilizados para o tratamento de agravos complexos; estudos realizados somente com população coberta por plano de saúde, (Medicare, Remediare), bem como aqueles específicos para determinada raça/etnia.

Foram lidos mais de nove mil títulos e/ou resumos. Este volume aponta para a dificuldade enfrentada na estratégia de busca para efetivamente discriminar o que realmente se pretendia estudar. Assim, a estratégia utilizada captou grande volume de estudos sobre

acesso a medicamentos para programas específicos como AIDS, tuberculose, estudos em usuários de planos de saúde e todas as dimensões de acesso, inclusive aquelas não incluídas nesta revisão. Após a leitura e análise detalhada dos estudos mais relevantes obtidos na íntegra, foram selecionados nove trabalhos para fazer parte desta revisão: seis artigos, um livro e duas dissertações. Estes nove trabalhos permitiram analisar as metodologias empregadas nos estudos sobre acesso a medicamentos.

Dos artigos selecionados, foram extraídas informações em relação a:

- 1- Local do estudo/ Ano da publicação
- 2- Delineamento
- 3- Âmbito do estudo/ Período/Ano da coleta
- 4- Objetivo principal do estudo
- 5- Descritores (utilizaram-se os descritores mencionados nos estudos e, quando estes não estavam descritos (três estudos se encontravam nessa situação), utilizou-se os descritores utilizados na estratégia de busca do estudo)
- 6- Instrumento: formulado pelos próprios autores ou proposto por organizações internacionais
- 7- Amostra estudada (refere-se à amostra na qual foi avaliado o acesso a medicamentos, podendo, portanto, ser inferior à amostra total do estudo)
- 8 - Critério de captação do indivíduo para a avaliação do acesso (muitos estudos possuem além do critério de inclusão na pesquisa, uma ou mais perguntas filtro para avaliar o acesso a medicamentos, diferenciando a amostra desta análise da amostra original do estudo)
- 9- Medicamentos avaliados: (todos, problemas agudos, doenças crônicas)
- 10- Definição do acesso / período de recordatório
- 11- Pergunta utilizada para medir acesso
- 12 - Forma de aplicação (entrevistador, telefone, internet)

13- Perdas

14- Respondente da entrevista (usuário do medicamento, usuário e pais, usuário e proxy, usuário e cuidador)

15- Solicitação da receita, embalagem, bula

16- Coleta de informação sobre o nome do medicamento (alguns estudos coletam informações apenas do indivíduo com relação à obtenção dos medicamentos necessários enquanto outros investigaram ainda o nome dos medicamentos)

Estes dados foram sumarizados identificando vantagens e desvantagens nas diferentes metodologias utilizadas.

Resultados

Foram encontrados na literatura revisada, nove estudos que abordaram o acesso a medicamentos em nível domiciliar^{1, 11-18}, embora o objetivo principal de alguns não tenha sido a avaliação do acesso a medicamentos¹²⁻¹⁴.

Na Tabela 1 observa-se que dentre os estudos selecionados, seis foram conduzidos na América do Sul^{1, 11-15}, dois na América do Norte^{16, 17} e um na Ásia¹⁸, sendo quase a totalidade deles publicados a partir de 2004. Todos os estudos utilizaram delineamento transversal^{1, 11-18}, quase metade são de âmbito nacional^{1, 12, 16, 17} dois são regionais^{15, 18} e três são municipais^{11, 13, 14} e em apenas um a coleta dos dados foi anterior ao ano 2000¹⁴.

Avaliar o acesso a medicamentos foi o objetivo principal de seis dos nove estudos apresentados^{1, 11, 15-18}. Nos demais¹²⁻¹⁴, a avaliação do acesso foi medida em estudos de adesão¹³ e de utilização de medicamentos^{12, 14}. Em relação aos descritores citados, “drug utilization” foi o mais freqüente sendo incluído em seis estudos^{11, 12, 14-17} enquanto somente dois estudos incluíram “acesso”^{11, 17}, porém este descritor não se referia a medicamentos e sim à avaliação e acessibilidade aos serviços de saúde (Tabela 1).

Observou-se que em aproximadamente metade dos estudos selecionados o instrumento utilizado foi formulado pelo próprio pesquisador ^{11, 15, 16, 18}. Dois estudos empregaram metodologia proposta pela OMS ^{1, 12}, e apenas um tinha o objetivo de avaliar o acesso a medicamentos ¹, o outro, foi empregado na avaliação do desempenho dos sistemas de saúde ¹² (Tabela 1).

A tabela 2 apresenta a população e os medicamentos avaliados, bem como a definição de acesso empregada em cada estudo. Com relação à amostra estudada, seis estudos são de base populacional ^{1, 12-14, 16, 17}, dois avaliaram a população residente na área de abrangência de Unidades Básicas de Saúde (UBS) ^{11, 15} e um utilizou usuários do serviço de saúde local ¹⁸. Todos os estudos abordaram o acesso a medicamentos incluindo os idosos ^{1, 11-18}, um terço trabalhou com todas as faixas etárias ^{1, 11, 14} e três investigaram indivíduos com 18 anos ou mais ^{12, 17, 18}. O menor tamanho de amostra incluiu 248 pessoas de todas as idades ¹⁴, mas a maioria dos estudos ^{1, 11-13, 15-17} analisou amostras acima de 2000 indivíduos.

O critério utilizado para a inclusão do indivíduo na avaliação específica do acesso a medicamentos não foi similar entre os estudos. Alguns captaram o indivíduo para esta análise através da necessidade de medicamento prescrito ^{13, 15, 17}, sendo um deles específico para três doenças crônicas ¹⁵ e outro apenas indivíduos com problemas de obtenção devido ao custo ¹⁷. Quatro estudos vincularam a avaliação do acesso aos medicamentos receitados na última consulta médica ^{1, 12, 14, 18}, sendo que um destes excluía as consultas por problemas crônicos ¹. Entre os dois estudos restantes, um deles não restringiu a amostra para avaliar o acesso, ficando a critério do indivíduo a necessidade de uso do medicamento ¹¹ e no outro, o indivíduo deveria ter usado medicamento para pelo menos uma entre cinco doenças crônicas para participar da avaliação do acesso ¹⁶. (Tabela 2).

Quanto aos medicamentos avaliados, seis estudos investigaram todos os tipos de medicamentos ^{11-14, 17, 18}, um avaliou somente medicamentos para problema agudo de saúde ¹

e outros dois incluíram apenas medicamentos utilizados no tratamento de doenças crônicas¹⁵.
¹⁶ (Tabela 2).

Com relação à definição de acesso, os estudos apresentaram diferentes operacionalizações com distintos períodos investigados, que variaram de 15 dias até 12 meses. Dois estudos definiram o acesso como a obtenção dos medicamentos prescritos na última consulta médica nos 15¹ ou 30¹⁴ dias anteriores a pesquisa, enquanto outros dois referiram-se apenas a última consulta médica sem definição de período^{12, 18}. Um estudo definiu falta de acesso a medicamentos como aqueles necessários, mas não usados nos últimos 15 dias, independente de indicação médica¹¹. Em dois estudos, o acesso foi definido como a obtenção dos medicamentos necessários por indicação médica, num período de 30 dias¹⁵ ou 12 meses¹⁷, sendo que apenas este último deu ênfase na falta de obtenção devido ao custo. Entretanto, em outros dois estudos^{13, 16}, o acesso foi definido de forma muito diferente dos demais. Um deles definiu acesso como adesão¹³, ou seja, indivíduos que não deixaram de tomar o medicamento nem tomaram menos do que foi prescrito por médico nos últimos 12 meses, independente do motivo. No outro estudo¹⁶, a sub-utilização foi a definição usada para medir acesso num período de 30 dias ou 12 meses para medicamentos usados no tratamento de doenças crônicas (Tabela 2).

A tabela 3 descreve a pergunta utilizada para avaliar o acesso a medicamentos e os aspectos logísticos relacionados à aplicação do instrumento nos estudos incluídos na revisão. Apenas um estudo não apresentou a pergunta utilizada para avaliar o acesso¹⁴. Entre os que apresentaram, o termo “deixou de usar/tomar o medicamento” foi utilizado na questão sobre acesso de três estudos^{11, 13, 15}, enquanto “possibilidade de obtenção do medicamento necessário/receitado” foi empregado na pergunta que avaliou acesso em quatro^{1, 12, 17, 18}. Em dois deles a questão sobre acesso se referia à capacidade aquisitiva^{16, 17} e em outros dois o termo “tomou menos” foi empregado^{13, 16} (Tabela 3).

Do total de estudos utilizados apenas em um o instrumento foi auto-aplicado através da internet ¹⁶, nos demais, o questionário foi aplicado por um entrevistador ^{1, 11-15, 17, 18} sendo um deles por telefone ¹⁷ e três apresentando baixa taxa de resposta (<85%) ^{13, 16, 17}. Alguns estudos não deixam claro quem forneceu os dados na entrevista ^{12, 16-18} e naqueles que mencionam, as informações são fornecidas pelos próprios usuários ^{1, 11, 13, 15}, como também pelos pais quando envolvem crianças ¹¹ e por proxy ou cuidador quando envolvem idosos ^{1, 13}. Em apenas um estudo as informações foram fornecidas pelo chefe da família ou quem exercia esse papel ¹⁴. A solicitação da apresentação da embalagem do medicamento referido foi uma estratégia utilizada na maioria dos estudos ^{1, 11-13, 15} em que os dados foram coletados presencialmente e em dois, essa conduta não foi descrita ^{14, 18}. Já a solicitação também da receita no momento da entrevista foi adotada por apenas três estudos ^{11, 12, 15}. Além de avaliar o acesso aos medicamentos, cinco estudos ^{1, 11-13, 15} coletaram ainda o nome dos medicamentos prescritos, apresentados ou referidos pelo entrevistado, enquanto os demais, não informaram se esse dado foi captado ^{14, 16-18} (Tabela 3).

Discussão

O conhecimento das metodologias disponíveis na literatura para avaliar o acesso a medicamentos em nível domiciliar é o primeiro passo para se estabelecer estratégias que capturem com maior grau de detalhamento e acurácia, as dificuldades que os indivíduos encontram para ter acesso aos medicamentos que necessitam. Entretanto, ao tentar sumarizar estas metodologias, a primeira dificuldade encontrada foi quanto à busca de artigos sobre acesso a medicamentos que demandou diferentes estratégias e intenso trabalho manual. Observou-se que a literatura sobre acesso a medicamentos em nível domiciliar é escassa. Além disso, os estudos existentes utilizam metodologias distintas para investigar este tema o que acaba restringindo a comparabilidade. Assim, serão discutidos a seguir os aspectos que

dificultaram esta revisão, bem como a adequação das diferentes abordagens metodológicas, com o intuito de contribuir para o estabelecimento de metodologias de mensuração do acesso, que permitam a comparação entre futuros estudos.

DIFICULDADES ENCONTRADAS

Descritores

Não existe até o momento “acesso a medicamentos” como descritor em ciências da saúde, o que dificulta sobremaneira a localização de estudos sobre esse tema. A busca de estudos sobre acesso a medicamentos em nível domiciliar é permeada por estudos de acesso/utilização de serviços de saúde ou de uso de medicamentos. Entretanto os usuários de medicamentos de uso contínuo (doenças crônicas) ou de uso regular (como os anticoncepcionais) podem ter uma indicação médica para obtenção do medicamento que não passa necessariamente por consultas médicas recentes ou regulares. Além disso, alguns medicamentos possuem venda livre na maioria dos países (anti-térmicos) e, neste caso, não são avaliados nesse tipo de abordagem. Assim, justifica-se a necessidade de um descritor específico de acesso a medicamentos, para se captar estudos sobre esse tema prescindido de buscas manuais.

Objetivo principal do estudo

O fato do estudo do acesso a medicamentos ser investigado como um objetivo secundário¹²⁻¹⁴ pode implicar num menor grau de detalhamento sobre essa questão e numa maior dificuldade nas buscas de artigos sobre este tema. O tema acesso a medicamentos é incluído em estudos cujo objetivo primário é a avaliação da utilização de medicamentos. Frequentemente, o resumo não discrimina se o estudo avaliou acesso a medicamentos, sendo mencionado com maior frequência, o local e a forma de obtenção do medicamento (pago/gratuito). Assim, sempre que são mencionados indicadores de utilização de medicamentos ou de serviços é

preciso examinar a publicação na íntegra para verificar se foi abordada a questão do acesso a medicamentos, implicando em grande trabalho manual.

Definição de acesso

Um dos grandes problemas enfrentados para reunir publicações sobre este tema é que a definição de acesso possui diferentes dimensões e indicadores, sem consistência entre os estudos. Ainda que na seleção dos artigos para esta revisão, se tenha utilizado como definição de acesso “*a obtenção do medicamento em caso de necessidade*”¹⁰, com o objetivo de excluir estudos que avaliam outras dimensões do acesso como disponibilidade física, acessibilidade geográfica, adequação⁹, observou-se que essa definição pode captar além da obtenção do medicamento também a sub-utilização devido ao custo¹⁶, como uma forma de avaliar se o indivíduo interrompeu o uso ou usou menos o medicamento que precisava por motivos financeiros. A obtenção do medicamento está representada pela afirmativa de que o indivíduo não deixou de usar o medicamento necessário ou que conseguiu obter todos aqueles que foram receitados. Já sub-utilização parece ser uma outra forma de definir acesso, que capta se o indivíduo interrompeu o tratamento ou reduziu a dose ou o número de tomadas. Porém esta definição se confunde com uso racional.

Encontrou-se ainda um estudo que definiu o acesso como adesão¹³, pelo entendimento de que se o indivíduo deixou de tomar o medicamento que precisava ou tomou menos, conseqüentemente, não aderiu ao tratamento. Entretanto, se a razão para ter deixado de usar foi a impossibilidade de obter, o motivo da falta de adesão foi, na verdade, a falta de acesso ao medicamento. Assim, é preciso que a terminologia utilizada nos estudos, tais como uso, acesso, adesão, uso racional, seja claramente definida.

Local do estudo/ Ano da publicação

Esta revisão excluiu os estudos sobre acesso a medicamentos para o tratamento da DST/AIDS e aqueles realizados somente com população coberta por plano de saúde, que são a maioria dos estudos realizados nos Estados Unidos, Além disso, se restringiu a estudos domiciliares. Isto pode justificar o maior número de publicações da América do Sul na revisão.

Três estudos realizados no Brasil fizeram parte respectivamente da Pesquisa Mundial de Saúde realizada em 71 países, do estudo multicêntrico SABE (Saúde, Bem-Estar e envelhecimento) em seis países na América Latina e no Caribe ou utilizou a metodologia de Avaliação da Situação Farmacêutica Nacional, recomendada pela Organização Mundial de Saúde para todos os países.^{1, 12, 13}. Não foram encontradas publicações de outros países sobre acesso a medicamentos referentes a estes estudos. Entretanto, isto não é limitante da revisão, porque como todos os estudos devem utilizar a mesma metodologia, apenas um seria incluído.

O fato de que houve um aumento do número de publicações a partir de 2004 pode sinalizar a preocupação de pesquisadores com o monitoramento das políticas nacionais de medicamentos, visando o atendimento dos objetivos da OMS para o período 2004-2007 em resposta aos desafios enfrentados na área de acesso a medicamentos essenciais³.

ASPECTOS METODOLÓGICOS DA AVALIAÇÃO DO ACESSO

Âmbito do estudo

Estudos de âmbito nacional, estadual, regional ou municipal permitem responder questões distintas sobre acesso a medicamentos, podem tanto avaliar a política de assistência farmacêutica de um determinado país, quanto programas específicos em nível nacional, regional ou local.¹⁹. Estudos mais abrangentes fornecem informações sobre padrões gerais de acesso a cuidados em saúde, sendo de maior utilidade para as decisões políticas, enquanto estudos menos abrangentes em nível local, devem responder à questões mais específicas,

necessárias à gerência local dos serviços de saúde. Portanto, este aspecto está diretamente relacionado à pergunta de pesquisa que se quer responder e, conseqüentemente, ao instrumento que se vai utilizar ou elaborar.

Instrumento

A falta de consistência entre os instrumentos utilizados nas avaliações de acesso a medicamentos e a grande variabilidade na forma de abordar o tema dificulta a comparabilidade dos estudos e confirma que esta é uma área ainda em construção conceitual e metodológica²⁰.

Na maioria dos estudos, para que seja investigado o acesso ao medicamento receitado, os indivíduos são captados a partir da realização de uma consulta médica num determinado período. Assim, alguns instrumentos utilizados refletem mais o acesso aos serviços de saúde do que ao medicamento em si⁸. Este tipo de instrumento é adequado para avaliar medicamentos para morbidades agudas de alta prevalência, porém limita a avaliação de acesso a medicamentos para as doenças crônicas, uma vez que neste caso a consulta médica pode ter ocorrido antes do período pesquisado⁹ e não avalia acesso a medicamentos que independem de prescrição médica.

Portanto, a escolha do instrumento para avaliar este tema deve levar em conta o tipo de população e faixa etária em que ele vai ser administrado (população em geral, usuários, moradores da área de abrangência de UBS), (todas as faixas etárias, somente crianças, adultos, idosos) e o tipo de medicamento que será avaliado (todos, problemas agudos, problemas crônicos) para então definir o período de recordatório adequado e a forma de captação do indivíduo para o estudo. Estes aspectos vão influenciar a formulação da pergunta sobre acesso, a forma de aplicação do questionário (entrevistador, auto-aplicado) e a definição

do informante (usuário, pais, cuidador, proxy, chefe da família). Os aspectos anteriores terão impacto na qualidade da informação coletada e na quantidade de perdas do estudo.

População

O tipo de amostra estudada (população em geral, usuários ou moradores da área da UBS) responde a questões diferentes sobre acesso. Quando é avaliada a população em geral, pode-se ter uma idéia dos problemas enfrentados para obtenção dos medicamentos em todos os níveis econômicos. Já em população de moradores da área de UBS ou de usuários do serviço público, a população estudada tem baixo nível econômico e o principal aspecto avaliado é o fornecimento gratuito de medicamento.

Além do tipo de amostra a ser estudada, deve-se considerar a faixa etária que se pretende analisar. Muitos estudos avaliaram populações de todas as faixas etárias e a totalidade deles incluiu a população idosa. Os idosos apresentam alta prevalência de doenças crônicas necessitando de um número grande de medicamentos continuamente, enquanto crianças ou adolescentes necessitam com maior frequência de medicamento para problemas agudos de saúde.

Tipos de medicamentos

Uma grande dificuldade encontrada nos estudos revisados é a utilização de uma metodologia única para investigar o acesso a diferentes tipos de medicamentos com implicações na qualidade das informações coletadas. A avaliação de acesso a medicamentos para problemas agudos e crônicos devem utilizar períodos de recordatório diferentes. Além disso, é preciso ter clareza em relação ao objetivo do estudo para definir a inclusão ou não de medicamentos sem prescrição, adequando a pergunta a esta definição. Ao perguntar se o indivíduo deixou de

utilizar algum medicamento num determinado período, também serão incluídos os medicamentos sem prescrição.

Período de Recordatório

Em estudos sobre acesso a medicamentos pode ocorrer viés de memória, com os sujeitos do estudo lembrando melhor dos medicamentos aos quais tiveram acesso. Para minimizar esta limitação, o período de recordatório utilizado em estudos sobre acesso a medicamentos deve ser bem avaliado, em consonância com a definição de acesso, o tipo de medicamento que se quer avaliar e a faixa etária em estudo.

Conforme foi descrito, cada uma das definições de acesso encontradas considera aspectos diferentes. O acesso definido como a obtenção do medicamento que o indivíduo necessita utilizar, por indicação médica, tanto é utilizado para abordar os medicamentos receitados na última consulta médica num determinado período (15 a 30 dias), sendo portanto, útil para medir acesso a medicamentos para problemas agudos de saúde, como também pode restringir o tipo de medicamento a determinadas doenças crônicas e assim, avaliar medicamentos de uso contínuo por um período um pouco maior (12 meses). Já a subutilização, demonstrada em um dos estudos ¹⁶, necessitou estender o período de recordatório para 12 meses para avaliar a falta de acesso a medicamentos de uso contínuo devido ao custo.

Observa-se que para avaliar acesso a medicamentos para problemas agudos o período de recordatório pode ser curto e para problemas crônicos o período pode ser estendido para captar a dificuldade de obtenção do medicamento na continuidade do tratamento. Assim, em estudos que investigam tanto medicamentos para problemas agudos como para doenças crônicas, a adoção de períodos de recordatório distintos deve ser considerada.

Critério de captação do indivíduo para a avaliação do acesso

Ao contrário dos estudos de utilização de medicamentos, não é a pergunta utilizada para medir acesso que permite ou restringe o tipo de medicamento avaliado. Neste caso, algumas perguntas filtro ou critérios de inclusão no estudo é que o fazem. Os estudos de acesso a medicamentos perpassam os estudos de utilização de serviços de saúde, uma vez que o indivíduo necessita de um diagnóstico médico e conseqüente prescrição do tratamento. Assim, muitas vezes é necessário captar o indivíduo através do diagnóstico de uma morbidade específica e da necessidade de medicamento para seu tratamento ou de uma consulta médica que tenha resultado em prescrição de medicamento. Outra forma utilizada é o questionamento inicial sobre a utilização de medicamentos para determinadas doenças ou ainda a relação de usuários de determinados serviços de saúde que o tenham utilizado no período a ser investigado. Portanto, a população total investigada em estudos dessa natureza poderá, muitas vezes, ser bem maior que a amostra em que o acesso a medicamentos é avaliado.

Pergunta utilizada para medir o acesso

As perguntas utilizadas possuem dois focos principais: a obtenção/uso do medicamento e o sub-uso (devido ao custo). Segundo os indicadores propostos pela OMS , essas formas de avaliação podem estar medindo as seguintes dimensões do acesso: a disponibilidade, a capacidade aquisitiva ou ambas ¹. As perguntas que investigam se o indivíduo deixou de usar ou obteve o medicamento necessário/prescrito abrem duas possibilidades: se afirmativo pode ser investigado o motivo e, se negativo pode-se saber se a obtenção ocorreu de forma gratuita ou mediante pagamento pelo usuário. Neste caso, ambas as dimensões estarão sendo avaliadas. Quando é investigado se houve falta de acesso devido ao custo, não são explorados outros motivos, desta forma a avaliação fica limitada à dimensão da capacidade aquisitiva.

Forma de aplicação, perdas e solicitação da receita, embalagem, bula

A maior parte dos estudos envolveu amostras grandes. Por outro lado, nos dois estudos em que o instrumento foi aplicado por telefone ou através da Internet encontrou-se alto percentual de perdas^{16, 17}. Apesar destas formas de aplicação de questionários possibilitarem o estudo de grandes amostras facilitando a logística, a baixa taxa de resposta é uma limitação importante. Além disso, as entrevistas não presenciais inviabilizam a solicitação da receita, embalagem ou bula e dificultam a investigação do nome dos medicamentos. Esta estratégia melhora a completude e a acurácia da informação coletada, reduzindo o viés de memória. Este viés superestima o acesso a medicamentos visto que os entrevistados lembram mais dos medicamentos aos quais tiveram acesso.

Nome do medicamento

Quando o nome do medicamento é coletado é possível realizar dois tipos de análise de acesso a medicamentos: a primeira tem como denominador os indivíduos e examina quanto dos medicamentos necessários foi conseguido podendo ser classificada em acesso total, parcial ou nenhum acesso; a segunda tem como denominador os medicamentos e avalia o acesso a cada grupo farmacológico ou nome químico. Mesmo informações incompletas podem ser aproveitadas, por exemplo, se o indivíduo referir que necessita medicamento para determinada morbidade e não souber informar o nome, ainda assim ele poderá responder as questões sobre acesso ao medicamento ou o motivo da falta de acesso, relacionando estes dados com a morbidade para o qual o medicamento foi prescrito.

Especialmente em inquéritos domiciliares, a coleta do nome do medicamento requer um bom treinamento de entrevistadores, tendo em vista que os entrevistados freqüentemente não sabem informar corretamente. Neste caso, a solicitação da receita ou embalagem do medicamento, bem como o auxílio de outros informantes que tenham conhecimento dos

medicamentos, principalmente no caso de crianças ou idosos, podem melhorar a qualidade da informação.

Respondente da entrevista

No caso dos sujeitos do estudo pertencerem a faixas etárias extremas, crianças ou idosos, estes freqüentemente não saberão informar com detalhe os medicamentos que necessitam e seu respectivo acesso. No caso de crianças será necessário que um dos pais seja o informante enquanto no caso de idosos será preciso que um proxy ou o cuidador seja o respondente da entrevista. Alguns dos estudos revisados não indicaram quem foi o respondente, esta informação, entretanto, é de grande relevância para que se possa considerar o grau de acurácia da informação coletada. Alguns estudos excluíram indivíduos incapacitados de responder o questionário, neste caso é preciso considerar que estes indivíduos podem necessitar de um grande número de medicamentos e com isto apresentarem maior dificuldade de acesso.

Conclusões

O presente artigo resumizou as metodologias utilizadas para a avaliação do acesso a medicamentos em nível domiciliar. Apesar do número de publicações ter aumentado nos últimos cinco anos, surpreende o reduzido número de estudos encontrados, dada a relevância do tema.

Esta revisão mostrou que as metodologias para a avaliação do acesso a medicamentos apresentam diversidade quanto ao período de recordatório utilizado, forma de seleção dos sujeitos e caracterização do acesso a medicamentos.

Assim, é necessário que se padronizem os indicadores de acesso a medicamentos como obtenção, gastos, classificando-os conforme a dimensão avaliada (disponibilidade, capacidade aquisitiva, acessibilidade geográfica, adequação) estabelecendo o período

adequado de recordatório para avaliar cada tipo de medicamento e cada dimensão de acesso, ampliando assim a comparabilidade dos estudos. Além disso, é preciso estabelecer descritores específicos para estudos sobre acesso a medicamentos para facilitar as revisões bibliográficas sobre o tema.

Colaboradores

V. Paniz participou da elaboração do projeto, revisão de literatura, redação do artigo final. **A. Fassa** participou da elaboração do projeto e redação do artigo final. **A. Bertoldi** contribuiu na elaboração do projeto e redação do artigo final. **F. Maia** participou da revisão de literatura. Todos os autores participaram da revisão do artigo final.

Agradecimentos

Este trabalho contou com o apoio financeiro da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior, CNPq e integra o Componente 3 do PROESF, financiado pelo Ministério da Saúde e Banco Mundial.

REFERÊNCIAS

1. Brasil, Ministério da Saúde, Organização Pan-Americana da Saúde, Organização Mundial da Saúde. Avaliação da assistência farmacêutica no Brasil: estrutura, processo e resultados. Brasília: MS 2005.
2. PNUD (Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento). Objetivos de desenvolvimento do milênio.
3. WHO. WHO Medicines Strategy 2004-2007: countries at the core. Geneva: WHO 2004.
4. WHO. How to develop and implement a national drug policy. Geneva: WHO 2003.
5. WHO. Indicators for monitoring national drug policies: A Practical Manual. 2 ed. Geneva: WHO 1999.
6. WHO. Using indicators to measure country pharmaceutical situations. Fact Book on WHO Level I and Level II monitoring indicators: WHO 2006.
7. WHO. WHO Operational package for assessing, monitoring and evaluating country pharmaceutical situations. Guide for coordinators and data collectors. Geneva: WHO 2007.
8. WHO (World Health Organization), MSH (Management Sciences For Health). Defining and Measuring Access to Essential Drugs, Vaccines, and Health Commodities. Report of the WHO–MSH Consultative Meeting. Ferney-Voltaire, France: WHO, MSH; 2000.
9. Oliveira BB. Investigações de Acesso a Medicamentos em Nível Domiciliar: um estudo comparativo de iniciativas realizadas no Brasil entre 2002 e 2004 [Dissertação]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública; 2006.
10. Leyva-Flores R, Erviti-Erice J, Kageyama-Escobar ML, Arredondo A. Prescripción, acceso y gasto en medicamentos entre usuarios de servicios de salud en México. Salud publica de Mexico. 1998 Jan-Feb;40(1):24-31.
11. Bertoldi AD, Barros AJD, Wagner A, Ross-Degnan D, Hallal PC. Medicine access and utilization in a population covered by primary health care in Brazil. Health Policy. 2008;doi: 10.1016/j.healthpol.2008.07.001.
12. Carvalho MF, Pascom AR, Souza-Junior PR, Damacena GN, Szwarcwald CL. Utilization of medicines by the Brazilian population, 2003. Cad Saúde Pública. 2005;21 Suppl:100-8.
13. Carvalho MFC. A polifarmácia em idosos no município de São Paulo - Estudo SABE - Saúde, Bem-estar e Envelhecimento [Dissertação]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2007.
14. Fernandes MEP. A utilização de medicamentos na atenção à saúde, em nível domiciliar, no município de Fortaleza [Dissertação]. Fortaleza: Departamento de Saúde Comunitária, Universidade Federal do Ceará; 1998.
15. Paniz VM, Fassa AG, Facchini LA, Bertoldi AD, Piccini RX, Tomasi E, et al. [Access to continuous-use medication among adults and the elderly in South and Northeast Brazil]. Cad Saude Publica. 2008 Feb;24(2):267-80.
16. Piette JD, Heisler M, Wagner TH. Cost-related medication underuse among chronically ill adults: the treatments people forgo, how often, and who is at risk. Am J Public Health. 2004 Oct;94(10):1782-7.
17. Reed M. An update on Americans' access to prescription drugs. Issue Brief Cent Stud Health Syst Change. 2005 May(95):1-4.

18. Tediosi F, Aye R, Ibodova S, Thompson R, Wyss K. Access to medicines and out of pocket payments for primary care: evidence from family medicine users in rural Tajikistan. *BMC health services research*. 2008;8:109.
19. Cesar CL, 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 Saúde Pública*. 1996;12 Suppl 2:59-70.
20. Emmerick ICM. Avaliação da assistência farmacêutica no Brasil: um pensar sobre a abordagem de pesquisa proposta pela OMS e seus indicadores [Dissertação]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública; 2006.

Tabela 1- Descrição dos estudos que avaliaram acesso a medicamentos em nível domiciliar.

Autor /Local do estudo / Ano / Delineamento/	Âmbito do estudo / período/ano da coleta	Objetivo principal do estudo	Descritores	Instrumento
Bertoldi et al. / Brasil, 2008 Transversal	Município do sul / Julho-setembro / 2003	Descrever o padrão de utilização de medicamentos, avaliar o acesso e acesso gratuito a medicamentos	<i>health care quality, access, and evaluation; drug utilization; health expenditures; pharmaceutical policy; developing countries</i>	Formulado pelos autores da pesquisa
Paniz et al. / Brasil / 2008 / Transversal	Região sul e nordeste / Março-agosto / 2005	Avaliar a prevalência de acesso a medicamentos de uso contínuo e fatores associados	<i>drug continuous use; drug utilization; hypertension; diabetes mellitus; mental health</i>	Formulado pelos autores da pesquisa
Tediosi et al. / Tajiquistão / 2008 / Transversal	Dois distritos rurais / Maio-junho / 2005	Avaliar os gastos dos pacientes com cuidado primário em saúde e a acessibilidade a prescrição de medicamentos em distritos rurais com medicina da família	<i>Prescriptions, Drug AND primary health care *</i>	Formulado pelos autores da pesquisa
Carvalho MFC/ Brasil / 2007 Transversal	Município da região sudeste / Ano de 2000	Estudar os riscos de polifarmácia em idosos no município de São Paulo, Brasil	<i>Idoso; farmacoepidemiologia; medicamento, uso impróprio; inquérito populacional</i>	SABE – elaborado pelos pesquisadores do estudo multicêntrico coordenado pela OPAS (América Latina/ Caribe) /
Carvalho et al. / Brasil / 2005 / Transversal	Nacional / Janeiro-setembro / 2003	Caracterizar a utilização de medicamentos pela população brasileira	<i>drugs; drug utilization; drug prescriptions</i>	OMS para avaliação do desempenho dos sistemas de saúde nos países membros (adaptado para o Brasil)
OPAS, OMS, MS / Brasil /2005 / Transversal	Nacional / 13-24 de setembro / 2004	Avaliar os resultados das políticas farmacêuticas em termos de acesso, qualidade e uso racional de medicamentos	<i>política de saúde; assistência farmacêutica; avaliação; política de medicamentos; vigilância sanitária; Brasil</i>	OMS para pesquisa domiciliar sobre acesso / uso de medicamentos (adaptado para o Brasil)
Reed M. / Estados Unidos/ 2005 Transversal	Nacional / 2000-01 e 2003	Investigar a proporção de adultos que têm problemas para obter o medicamento prescrito	<i>Drugs; medication; medicine; drug utilization AND health services accessibility *</i>	Center for Studying Health System Change (HSC) Community Tracking Study (CTS) Household Survey
Piette et al. / Estados Unidos/ 2004 Transversal	Nacional / Novembro–dezembro/ 2002	Verificar o sub-uso de medicamento devido ao custo, quais são sub-usadas, por quem e com que frequência	<i>Drug utilization *</i>	Formulado pelos autores da pesquisa
Fernandes MEP / Brasil / 1998 Transversal	Município da região nordeste / 17 fev -15 maio/ 1997	Mensurar a participação dos medicamentos nas alternativas de atenção à saúde no que se refere a utilização e despesas	<i>Assistência à saúde; política de saúde; economia da saúde; medicamentos – utilização, despesas</i>	Baseado no documento do UNICEF – Série iniciativa de Bamako – “Pesquisa domiciliar sobre demanda de atenção médica e gastos com saúde a nível domiciliar”

*Descritor utilizado na busca do artigo

Tabela 2- População/medicamentos avaliados e definição de acesso a medicamentos em nível domiciliar.

Autor / Ano	Amostra estudada	Critério de captação do indivíduo para a avaliação do acesso	Medicamentos avaliados	Definição do acesso/ Período de recordatório
Bertoldi et al. / 2008	900 domicílios, 2988 indivíduos de todas as idades, moradores da área de abrangência das UBS*	Mesmo critério de inclusão na pesquisa	Todos	Falta de acesso= medicamentos necessários, mas não usados nos últimos 15 dias Falta de acesso gratuito= medicamentos pagos usados nos últimos 15 dias
Paniz et al. / 2008	1244 adultos (30-64 anos) e 2706 idosos (65 anos e +), moradores da área de abrangência das UBS* de 41 municípios com + de 100.000 habitantes em sete estados de duas regiões	Presença de HAS, DM e/ou PSM ** e necessidade de uso contínuo de medicamentos, por indicação médica, para tratar essas morbidades	Para hipertensão, diabetes e saúde mental	Acesso total, parcial ou nenhum=obtenção de todos, alguns ou nenhum dos medicamentos referidos nos últimos 30 dias
Tediosi et al. / 2008	901 pacientes com 18 anos e +, usuários de 15 unidades de cuidados primários em saúde dos dois distritos avaliados, que utilizaram esse serviço em abril de 2005	Utilização de um serviço de saúde com prescrição de medicamento na consulta	Todos	Obtenção de todos os medicamentos prescritos pelo médico de família na última consulta
Carvalho MFC/ 2007	2143 pessoas de 60 anos e + residentes na área urbana do município de São Paulo em 2000	Necessidade de medicamento prescrito	Todos	Adesão= não deixar de tomar nem tomar menos de algum remédio receitado nos últimos 12 meses
Carvalho et al. / 2005	5000 adultos, 18 anos e +, em 5 mil domicílios, 250 setores censitários, 188 municípios, 25 estados	Ter recebido prescrição de medicamento na última consulta médica	Todos	Acesso a todos os medicamentos prescritos na última consulta médica; acesso a maioria; acesso a muito poucos; nenhum acesso
OPAS, OMS, MS 2005	Um único morador, independente da idade, com episódio agudo de doença nas duas últimas semanas, em 916 domicílios, cinco estados, dois municípios por estado	Ter estado doente de um problema agudo nos últimos 15 dias, ter consultado um médico e ter recebido uma prescrição de medicamento	Para problemas agudos	Ter conseguido todos os medicamentos receitados na consulta médica nos últimos 15 dias; conseguiu alguns; não conseguiu
Reed M. / 2005	46400 (2001) e 36500 (2003), população civil, não institucionalizada com 18 anos e +	Necessidade de medicamento prescrito	Todos	Não ter enfrentado problemas para obter todos os medicamentos prescritos nos últimos 12 meses
Piette et al. / 2004	4055 membros do estudo de painel de 1999, avaliados em 2002, 50 anos e +, com telefone, que usaram medicamento para uma das cinco doenças crônicas***	Estar usando medicamento para cinco doenças crônicas ***	Para problemas crônicos	1-Sub-uso para tratamento específico p/medicamento; 2-Sub-uso uma vez / mês; 3-Sub-uso / último ano; 4-Sub-uso para uma ou + medicações uma vez / mês
Fernandes MEP / 1998	248 moradores de todas as idades, que consultaram nos últimos 30 dias em 384 domicílios, 58 setores censitários de 29 bairros de Fortaleza	Utilização de um serviço de saúde com prescrição de medicamento na consulta	Todos	Fornecimento de todos, alguns ou nenhum dos medicamentos receitados no local da consulta nos últimos 30 dias ou pagos

* Unidade Básica de Saúde

** Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), Diabetes Mellitus (DM), Problemas de Saúde Mental (PSM)

*** Diabetes mellitus, depressão, problemas cardíacos, hipertensão arterial sistêmica ou hipercolesterolemia

Tabela 3- Pergunta utilizada e aspectos logísticos relacionados a aplicação do instrumento nos estudos que avaliaram acesso a medicamentos em nível domiciliar.

Autor / Ano	Pergunta utilizada para medir o acesso	Forma de aplicação	Perdas	Respondente da entrevista	Solicitação da receita, embalagem ou bula	Coleta de informação sobre o nome do medicamento
Bertoldi et al. / 2008	<i>“No período de 15 dias, você deixou de usar algum medicamento que necessitava?”</i>	Aplicada por entrevistador	4,4% de perdas	Usuário e pais	Embalagem e receita	Sim
Paniz et al. / 2008	<i>“No último mês o(a) Sr. (a) deixou de usar o(a) <nome do medicamento> que precisava?”</i>	Aplicada por entrevistador	Menos de 5% de perdas	Usuário	Receita, embalagem ou bula	Sim
Tediosi et al. / 2008	<i>“Você obteve o medicamento prescrito pelo médico de família?”</i>	Aplicada por entrevistador	9,9% de perdas	Não informado	Não informado	Não informado
Carvalho MFC/ 2007	<i>“Em algum momento, durante os últimos 12 meses, o(a) Sr(a) deixou de tomar, ou tomou menos de algum remédio que lhe foi receitado?”</i>	Aplicada por entrevistador	Taxa de resposta = 84,6%	Usuário e proxy	Embalagem	Sim
Carvalho et al. / 2005	<i>“Na sua última consulta médica o profissional de saúde prescreveu algum medicamento? Se sim, quantos desses medicamentos você conseguiu obter?”</i>	Aplicada por entrevistador	Não houve relato de perdas	Não informado	Embalagem e receita	Sim
OPAS, OMS, MS 2005	<i>“Conseguiu obter todos os medicamentos receitados pelo médico (ou dentista)?”</i>	Aplicada por entrevistador	Não houve relato de perdas	Usuário e cuidador	Embalagem	Sim
Reed M. / 2005	<i>“Durante os últimos 12 meses, alguma vez você necessitou de medicamento prescrito, mas não obteve porque não tinha condições de pagar?”</i>	Aplicada por entrevistador pelo telefone	Taxa de resposta em 2001= 59% Taxa de resposta em 2003= 57%	Não informado	Não aplicável	Não informado
Piette et al. / 2004	<i>“Nos últimos 12 meses, você tomou menos de sua medicação que o prescrito pelo seu médico devido ao custo?”</i>	Auto-aplicada pela Internet	Taxa de resposta =76%	Não informado	Não aplicável	Não informado
Fernandes MEP / 1998	<i>Não apresentada</i>	Aplicada por entrevistador	Não houve relato de perdas	Chefe de família ou que exercesse esse papel	Não informado	Não informado

RESUMO PARA DIVULGAÇÃO NA IMPrensa

Metade da população que usa medicamentos continuamente tem que pagar pelo tratamento

O acesso a medicamentos usados para tratar hipertensão, diabetes e problemas de saúde mental é o tema da tese de doutorado desenvolvida pela farmacêutica e mestre em epidemiologia Vera Maria Vieira Paniz, sob orientação da Profa Dra Anaclaudia Gastal Fassa do Programa de Pós-graduação em Epidemiologia da Universidade Federal de Pelotas. A tese é parte do Estudo de Linha de Base do Projeto de Expansão e Consolidação do Saúde da Família (PROESF) coordenado pelo Prof. Dr. Luiz Augusto Facchini e financiado pelo Ministério da Saúde e Banco Mundial. O estudo abrangeu 41 municípios com mais de 100 mil habitantes, distribuídos em sete estados do sul e nordeste do Brasil e entrevistou no domicílio, entre os meses de março e agosto de 2005, 4060 adultos e 4003 idosos moradores das áreas próximas à unidades básicas de saúde (UBS), assistidos ou não pelo Programa Saúde da Família (PSF).

Da população estudada 1244 adultos e 2706 idosos referiram ter hipertensão, diabetes e/ou problemas de saúde mental e necessitar de medicamento de uso contínuo para pelo menos uma das doenças referidas. O acesso a todos os medicamentos necessários no mês anterior a entrevista foi alto, 81% nos adultos e 87% nos idosos. Entretanto, aqueles com menor nível econômico ou menor escolaridade apresentaram menor acesso a medicamentos. Embora o PSF desenvolva ações que têm o objetivo de acompanhar os indivíduos com essas morbidades e promover o cuidado integral, incluindo o acesso a medicamentos o estudo mostrou que apenas entre os idosos da região nordeste estar em área de abrangência do PSF contribuiu para um maior acesso aos medicamentos quando comparado ao modelo tradicional de atenção à saúde.

Ao avaliar o acesso gratuito a medicamentos para hipertensão e diabetes observou-se

que entre os 2460 idosos que referiram ter pelo menos uma das doenças e necessitar de medicamentos para o seu tratamento cerca de 10% deixaram de usar os medicamentos que necessitavam no mês anterior a entrevista e metade não obteve o medicamento gratuitamente. O acesso gratuito foi maior no nordeste do que na região sul e maior nas áreas com PSF do que naquelas com modelo tradicional. A indisponibilidade no SUS e a falta de dinheiro para comprar foi um importante determinante da falta de acesso.

Os medicamentos pertencentes ao Programa Nacional de Assistência Farmacêutica para Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus – HIPERDIA, captopril, hidroclorotiazida, propranolol, glibenclamida, metformina, são considerados essenciais e deveriam estar disponíveis para todas as pessoas que necessitassem. Mesmo neste caso 1 em cada 4 medicamentos no sul e 1 em cada 7 medicamentos no nordeste tiveram que ser comprados.

Entre os medicamentos necessários para tratamento de hipertensão observou-se que na região sul 50% dos bloqueadores dos canais de cálcio e dos betabloqueadores, 40% dos antihipertensivos e 30% dos diuréticos e dos agentes do sistema renina angiotensina foram pagos. No nordeste os valores encontrados foram 80% dos bloqueadores dos canais de cálcio, 40% dos antihipertensivos e dos betabloqueadores e 25% dos diuréticos e dos agentes do sistema renina angiotensina.

Entre os medicamentos necessários para o tratamento de diabetes, a insulina, também é considerada medicamento essencial sendo sua distribuição responsabilidade do governo federal. Porém 11% da insulina obtida no sul e 25 % no nordeste foi paga. Em relação aos antidiabéticos orais 25% no sul e 30% no nordeste não foram obtidos gratuitamente

É preciso considerar que hipertensão, diabetes e saúde mental são doenças crônicas e que o tratamento deveria estar disponível gratuitamente para a população, além disso, parte dos medicamentos avaliados são considerados essenciais. Assim, embora o acesso aos medicamentos seja alto, o acesso é fortemente garantido pela compra dos medicamentos,

implicando num alto custo para as famílias e fazendo com que os que mais precisam tenham menos acesso, reforçando a necessidade de políticas para ampliar o acesso principalmente para populações de menor poder aquisitivo.

Para tentar solucionar as dificuldades o sistema de fornecimento de medicamentos em nível nacional, no âmbito do SUS, tem sido descentralizado. Entretanto, para melhorar a assistência farmacêutica não basta repassar a responsabilidade para os municípios, é preciso que haja uma adequada seleção dos medicamentos com a elaboração de listas municipais ou estaduais padronizadas para orientar a prescrição médica, com atualização periódica e adequada às necessidades de saúde da população do local. É necessário também, fazer uma programação dos medicamentos a serem adquiridos de forma que atenda a demanda do serviço. Em programas como o HIPERDIA a programação passa não só pela captação e cadastramento dos indivíduos hipertensos e diabéticos, na atenção básica, como também pela atualização periódica do sistema de informação do programa. A melhor programação se reflete diretamente nas demais etapas da assistência farmacêutica.

Uma melhor articulação da assistência farmacêutica no âmbito dos serviços de saúde influenciada também por uma maior integração entre os programas existentes, evitando a sobreposição com clara definição de responsabilidades, conduzirá a uma otimização dos processos de aquisição de medicamentos de forma regular no nível ambulatorial, aumentando a eficácia das ações governamentais no setor saúde.

ANEXOS

ANEXO 1- Questionário

Questionário relativo a acesso a medicamentos de uso contínuo e medicamentos receitados na última consulta médica

<p>A34. O(A) Sr.(a) tem pressão alta? (0) Não (1) Sim (9) IGN <u>SE NÃO OU IGN PULE PARA A QUESTÃO A46</u></p>	<p>AHAS __</p>
<p>A35. Há quanto tempo o(a) Sr.(a) sabe que tem pressão alta? __ __ anos (00 = menos de um ano) (88) NSA</p>	<p>AHASANO __ __</p>
<p>A36. Desde <SEIS MESES ATRÁS> quantas vezes o(a) Sr.(a) consultou devido à pressão alta no <POSTO DE SAÚDE DE ABRANGÊNCIA>? __ __ vezes (88) NSA (99) IGN <u>SE NÃO CONSULTOU NO POSTO DE SAÚDE DE ABRANGÊNCIA PULE PARA A QUESTÃO A41</u></p>	<p>AHASCON __ __</p>
<p>A37. Desde <SEIS MESES ATRÁS> quantas vezes o(a) Sr.(a) consultou com o mesmo médico devido à pressão alta no <POSTO DE SAÚDE DE ABRANGÊNCIA>? __ __ vezes (88) NSA (99) IGN</p>	<p>AHASMED __ __</p>
<p>A38. Quantos dias se passaram desde que o(a) Sr.(a) solicitou a consulta até o dia que consultou? __ __ __ dias (888) NSA</p>	<p>AHASTPC __ __ __</p>
<p>A39. Essa consulta foi agendada? (0) Não (1) Sim (8)NSA</p>	<p>AHASAGD __</p>
<p>A40. Há quanto tempo foi sua última consulta médica no <POSTO DE SAÚDE DE ABRANGÊNCIA>, devido à pressão alta? __ __ __ dias (888) NSA (999) IGN</p>	<p>AHASTUC __ __ __</p>
<p>A41. Desde <DOIS ANOS ATRÁS> quantas vezes o(a) Sr.(a) baixou no hospital devido a pressão alta ou por algum outro problema relacionado à pressão alta? __ __ vezes (88) NSA (99) IGN</p>	<p>ABPRE __ __</p>
<p>A42. O(A) Sr.(a) precisa usar remédio (s) para a pressão alta? (0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN</p>	<p>AHASRE __</p>
<p>A43. O(A) Sr(a) usa outras formas de tratar a pressão alta, além do tratamento indicado pelo Médico? (chá, benzedeira...) (0) Não (1) Sim (8) NSA <u>SE NÃO PULE PARA A QUESTÃO A45</u></p>	<p>AHASCURI __</p>
<p>A44. Quais são estas outras formas? _____ _____ (88) NSA</p>	<p>AHASCUR2 __ __</p>
<p>A45. Desde <UM ANO ATRÁS> o(a) Sr.(a) participou de algum grupo de hipertensos <NO POSTO DE SAÚDE DE ABRANGÊNCIA>? (0) Não (1) Sim (8) NSA</p>	<p>AHASGRU __</p>

<p>A46. O(A) Sr.(a) tem diabetes ou açúcar alto no sangue?</p> <p>(0) Não (1) Sim (9) IGN</p> <p><u>SE NÃO OU IGN PULE PARA A QUESTÃO A58</u></p>	<p>ADM __</p>
<p>A47. Há quanto tempo o(a) Sr.(a) sabe que tem diabetes ou açúcar alto no sangue?</p> <p>__ __ anos (00 = menos de um ano) (88) NSA</p>	<p>ADMANO __ __</p>
<p>A48. Desde <SEIS MESES ATRÁS> quantas vezes o(a) Sr.(a) consultou devido à diabetes no <POSTO DE SAÚDE DE ABRANGÊNCIA>?</p> <p>__ __ vezes (88) NSA (99) IGN</p> <p><u>SE NÃO CONSULTOU NO POSTO DE SAÚDE DE ABRANGÊNCIA PULE PARA A QUESTÃO A53</u></p>	<p>ACON __</p>
<p>A49. Desde <SEIS MESES ATRÁS> quantas vezes o(a) Sr.(a) consultou com o mesmo médico devido à diabetes no <POSTO DE SAÚDE DE ABRANGÊNCIA>?</p> <p>__ __ vezes (88) NSA (99) IGN</p>	<p>AMESMED __ __</p>
<p>A50. Quantos dias se passaram desde que o(a) Sr.(a) solicitou a consulta até o dia que consultou? __ __ __ dias (888) NSA</p>	<p>ADMCTP __ __ __</p>
<p>A51. Essa consulta foi agendada? (0) Não (1) Sim (8) NSA</p>	<p>ADMAGD __</p>
<p>A52. Há quanto tempo foi sua última consulta médica no <POSTO DE SAÚDE DE ABRANGÊNCIA>, devido à diabetes? __ __ __ dias (888) NSA (999) IGN</p>	<p>IDMTUC __ __ __</p>
<p>A53. Desde <DOIS ANOS ATRÁS> quantas vezes o(a) Sr.(a) baixou no hospital devido à diabetes ou por algum outro problema relacionado à diabetes?</p> <p>__ __ vezes (88) NSA (99) IGN</p>	<p>ADMHOS __ __</p>
<p>A54. O(A) Sr.(a) precisa usar remédio(s) para diabetes?</p> <p>(0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN</p>	<p>ADMRE __</p>
<p>A55. O(A) Sr.(a) usa outras formas de tratar a diabetes além do tratamento indicado pelo médico (chá, benzedeira,...)?</p> <p>(0) Não (1) Sim (8) NSA</p> <p><u>SE NÃO PULE PARA A QUESTÃO A57</u></p>	<p>ADMCUR _</p>
<p>A56. Quais são essas outras formas? _____</p> <p>_____ (88) NSA</p>	<p>ADFQUA __ __</p>
<p>A57. Desde <UM ANO ATRÁS> o (a) Sr (a) participou de algum grupo de diabéticos no <POSTO DE SAÚDE DE ABRANGÊNCIA>?</p> <p>(0) Não (1) Sim (8) NSA</p>	<p>ADMGRU __</p>

<p>A58. O(a) Sr.(a) tem ou sofre de problema de nervos? (0) Não (1) Sim (9) IGN <u>SE O ENTREVISTADO RESPONDEU NÃO NAS QUESTÕES A34, A46 E A58 PULE PARA A PRÓXIMA INSTRUÇÃO</u></p>	<p>ANERVOS __</p>
<p>A59. Há quanto tempo sabe que tem problema dos nervos? ___ anos (00 = menos de um ano) (88 = NSA)</p>	<p>ANERANO ___</p>
<p>A60. Desde <SEIS MESES ATRÁS> quantas vezes o(a) Sr.(a) consultou devido a problema dos nervos no <POSTO DE SAÚDE DE ABRANGÊNCIA>? ___ vezes (88) NSA (99) IGN <u>SE NÃO CONSULTOU NO POSTO DE SAÚDE DE ABRANGÊNCIA PULE PARA A QUESTÃO A65</u></p>	<p>ANERCON __</p>
<p>A61. Desde <SEIS MESES ATRÁS> quantas vezes o(a) Sr.(a) consultou com o mesmo médico devido a problema dos nervos no <POSTO DE SAÚDE DE ABRANGÊNCIA>? ___ vezes (88) NSA (99) IGN</p>	<p>AMED__</p>
<p>A62. Quantos dias se passaram desde que o(a) Sr.(a) solicitou a consulta até o dia que consultou? ___ dias (888) NSA</p>	<p>ANERTP ___</p>
<p>A63. Essa consulta foi agendada? (0) Não (1) Sim (8) NSA</p>	<p>ANERAGD __</p>
<p>A64. Há quanto tempo foi sua última consulta médica no <POSTO DE SAÚDE DE ABRANGÊNCIA>, devido à problema dos nervos? ___ dias (888) NSA (999) IGN</p>	<p>ANERTUC ___</p>
<p>A65. Desde <DOIS ANOS ATRÁS> quantas vezes o(a) Sr.(a) baixou no hospital devido a problema dos nervos? ___ vezes (88) NSA (99) IGN</p>	<p>ANERHOS ___</p>
<p>A66. O(A) Sr.(a) <u>precisa</u> usar remédio (s) para problema dos nervos? (0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN</p>	<p>ANERRE __</p>
<p>A67. O(A) Sr.(a) usa outras formas de tratar o problema dos nervos além do tratamento indicado pelo médico (chá, benzedeira,...)? (0) Não (1) Sim (8) NSA</p>	<p>ANEROUME__</p>
<p>SE NÃO PULE PARA A QUESTÃO A69</p> <p>A68. Quais são essas outras formas? _____ _____ (88) NSA</p>	<p>AQUALF ___</p>

A69. Desde <UM ANO ATRÁS> o (a) Sr (a) participou de algum grupo de pessoas com problema de nervos no <POSTO DE SAÚDE DE ABRANGÊNCIA>?	AGRUPNER __
(0) Não (1) Sim (8) NSA	

SE O(A) ENTREVISTADO(A) RESPONDEU SIM PARA PELO MENOS UMA DAS QUESTÕES A42, A54 OU A66, FAÇA O QUADRO ABAIXO SOBRE MEDICAÇÃO DE USO CONTÍNUO

SE O(A) ENTREVISTADO(A) RESPONDEU NÃO OU IGN PARA AS QUESTÕES A42, A54 E A66 (TODAS)

PULE PARA A PRÓXIMA INSTRUÇÃO

Agora eu gostaria de saber o nome do(s) remédio(s) que o(a) Sr.(a) precisa utilizar continuamente por indicação médica, isto é, precisa usar todos os dias (ou quase todos) sem data para parar:

(Peça para ver a receita e registre o(s) nome(s) do(s) remédio(s), mesmo que a pessoa não tenha usado ou tenha parado de usar. Caso o(a) entrevistado(a) use o remédio, peça para ver a embalagem ou bula e confira se está prescrito na receita, assinalando para qual doença foi prescrito. Assinale qual a forma utilizada para o registro do remédio e faça as outras perguntas do quadro).

A72. Qual o nome do(s) remédio(s)?	A73.O(a) <remédio> é para que doença ou problema de saúde?	A74.<registro do remédio>	A75. No último mês o(a) Sr.(a) deixou de usar o (a) <remédio> que precisava?	A76. O(a) Sr.(a) conseguiu o(a) <remédio> de graça?	A77. Porque não usou o (a) <remédio>?
(0) Informado (1) Receita (2) Embalagem (3) Bula (4) Receita e embalagem (5) Receita diferente da embalagem (8) NSA	(0) Não quis, esqueceu (1) Não tinha no Posto de abrangência (2) Não podia pagar (3) Não tinha em outro posto, Farmácia do SUS (4) Receita vencida (5) Outro motivo (8) NSA	(0) Não→A76 (1) Sim→A77 (8) NSA	(0) Não conseguiu (1) Sim. Posto de Saúde de abrangência (2) Sim. Outro Posto SUS (3) Sim. Farmácia do SUS (4) Sim. Outro modo (8) NSA <i>Fim do quadro</i>		
1. _____ ACMED1	_____ ACMEDO1 __ __	_____ ACMERE G1 __	_____ ACMEDX1 __	_____ ACMEGRA1 __	_____ ACMEMOT1 __
2. _____ ACMED2	_____ ACMEDO2 __ __	_____ ACMERE G2 __	_____ ACMEDX2 __	_____ ACMEGRA2 __	_____ ACMEMOT2 __
3. _____ ACMED3	_____ ACMEDO3 __ __	_____ ACMERE G3 __	_____ ACMEDX3 __	_____ ACMEGRA3 __	_____ ACMEMOT3 __
4. _____ ACMED4	_____ ACMEDO4 __ __	_____ ACMERE G4 __	_____ ACMEDX4 __	_____ ACMEGRA4 __	_____ ACMEMOT4 __
5. _____ ACMED5	_____ ACMEDO5 __ __	_____ ACMERE G5 __	_____ ACMEDX5 __	_____ ACMEGRA5 __	_____ ACMEMOT5 __

NÚMERO TOTAL DE REMÉDIOS RELATADOS __ __ ATOTRE __ __

AGORA FALAREMOS SOBRE SUA ÚLTIMA CONSULTA AO MÉDICO E REMÉDIOS QUE FORAM RECEITADOS EXCLUINDO AQUELES DE USO CONTÍNUO QUE SÃO PRESCRITOS PARA PRESSÃO ALTA, DIABETES OU PARA OS NERVOS

<p>A78. Desde <30 dias atrás> o(a) Sr(a) consultou com médico no <Posto de Saúde de abrangência> por qualquer problema de saúde?</p> <p>(00) Não Sim. Quantas vezes? ___ __ (99) IGN</p>	<p>ACONMIM ___ __</p>
<p>A79. Desde <30 dias atrás> onde o(a) Sr(a) consultou na sua última consulta médica por qualquer problema de saúde?</p> <p>(00) Não consultou nos últimos 30 dias → PULE PARA A PRÓXIMA INSTRUÇÃO (01) Posto de Saúde de Abrangência (02) Outro Posto de Saúde (03) Pronto-Socorro (04) Ambulatório do hospital / Faculdade / Sindicato ou empresa (05) Consultório Médico por Convênio ou Plano de Saúde (06) Consultório Médico Particular (07) CAPS (Centro de Atenção Psicossocial) (08) Outro – Qual? _____ (88) NSA (99) IGN</p>	<p>AOUTLOC ___ __</p>
<p>A80. Qual a especialidade do médico com quem o(a) Sr(a) consultou na sua última consulta médica nos últimos 30 dias?</p> <p>(01) Clínico geral (02) Psiquiatra (03) Ginecologista</p> <p>(04) Outro especialista _____</p> <p>(88) NSA (99) IGN</p>	<p>ACONESP ___ __</p>
<p>A81. Há quanto tempo foi sua última consulta médica nos últimos 30 dias? ___ __ dias</p> <p>(88) NSA (99) IGN</p>	<p>ATUC ___ __</p>
<p>A82. O médico lhe receitou algum remédio na sua última consulta médica nos últimos 30 dias? (excluindo aqueles de uso contínuo que são prescritos para pressão alta, diabetes ou para os nervos)</p> <p>(0) Não → PULE PARA A PRÓXIMA INSTRUÇÃO (1) Sim (8) NSA (9) IGN</p>	<p>AREUC ___</p>

Agora eu gostaria de saber o nome do(s) remédio(s) receitado(s) na sua última consulta médica nos últimos 30 dias?

(Peça para ver a receita e registre o(s) nome(s) do(s) remédio(s) receitado(s), mesmo que a pessoa não tenha usado ou tenha parado de usar. Caso o(a) entrevistado(a) use o remédio, peça para ver a embalagem ou bula e confira se está prescrito na receita, assinalando para qual doença foi prescrito. Assinale qual a forma utilizada para o registro do remédio e faça as outras perguntas do quadro).

A83. Qual o nome do(s) remédio(s) receitado(s)?	A84.O (a) <remédio> é para que doença ou problema de saúde? (888) NSA (999) IGN	A85.<registro do remédio> (0) Informado (1) Receita (2) Embalagem (3) Bula (4) Receita e embalagem (5) Receita diferente da embalagem (8) NSA	A86.O(a) Sr. (a) deixou de usar o (a) <remédio> que precisava? (0) Não→A87 (1) Sim→A88 (8) NSA	A87. O(a) Sr.(a) conseguiu o(a) <remédio> de graça? (0) Não conseguiu (1) Sim. Posto de Saúde de abrangência (2) Sim. Outro Posto (3) Sim. Farmácia do SUS (4) Sim. Outro modo (8) NSA <i>Fim do quadro</i>	A88. Porque não usou o (a) <remédio>? (0) Não quis, esqueceu (1) Não tinha no Posto de abrangência (2) Não podia pagar (3) Não tinha em outro posto, Farmácia do SUS (4) Receita vencida (5) Outro motivo (8) NSA
1. _____ AMED1	_____ AMEDO1 __ __ __	_____ AMEREG1__	AMEDX1 __	AMEGRA1 __	AMEMOT1 __
2. _____ AMED2	_____ AMEDO2 __ __ __	_____ AMEREG2__	AMEDX2 __	AMEGRA2 __	AMEMOT2 __
3. _____ AMED3	_____ AMEDO3 __ __ __	_____ AMEREG3__	AMEDX3 __	AMEGRA3 __	AMEMOT3 __
4. _____ AMED4	_____ AMEDO4 __ __ __	_____ AMEREG4__	AMEDX4 __	AMEGRA4 __	AMEMOT4 __
5. _____ AMED5	_____ AMEDO5 __ __ __	_____ AMEREG5__	AMEDX5 __	AMEGRA5 __	AMEMOT5 __
NÚMERO TOTAL DE REMÉDIOS RELATADOS __ __					ATOTREU __ __

ANEXO 2- Folha extra para medicamentos

FOLHA EXTRA (PREENCHER SE TIVER RELATADO MAIS DO QUE CINCO MEDICAMENTOS)

Número de identificação: _____

AQUESDO _____

Nome do (a) entrevistador (a): _____

AENTN ____

Nome do(a) entrevistado(a) _____

SE O(A) ENTREVISTADO(A) RESPONDEU SIM PARA PELO MENOS UMA DAS QUESTÕES A42, A54 OU A66,

FAÇA O QUADRO ABAIXO SOBRE MEDICAÇÃO DE USO CONTÍNUO

SE O(A) ENTREVISTADO(A) RESPONDEU NÃO OU IGN PARA AS QUESTÕES A42, A54 E A66 (TODAS)

PULE PARA A PRÓXIMA INSTRUÇÃO

Agora eu gostaria de saber o nome do(s) remédio(s) que o(a) Sr.(a) precisa utilizar continuamente por indicação médica, isto é, precisa usar todos os dias (ou quase todos) sem data para parar:

(Peça para ver a receita e registre o(s) nome(s) do(s) remédio(s), mesmo que a pessoa não tenha usado ou tenha parado de usar. Caso o(a) entrevistado(a) use o remédio, peça para ver a embalagem ou bula e confira se está prescrito na receita, assinalando para qual doença foi prescrito. Assinale qual a forma utilizada para o registro do remédio e faça as outras perguntas do quadro).

A72. Qual o nome do(s) remédio(s)?	A73.O(a) <remédio> é para que doença ou problema de saúde? (01) Hipertensão (02) Diabete (03) Nervos (04) Outro (88) NSA (99) IGN	A74.<registro do remédio> (0) Informado (1) Receita (2) Embalagem (3) Bula (4) Receita e embalagem (5) Receita diferente da embalagem (8) NSA	A75. No último mês o(a) Sr.(a) deixou de usar o (a) <remédio> que precisava? (0) Não→A76 (1) Sim→A77 (8) NSA	A76. O(a) Sr.(a) conseguiu o(a) <remédio> de graça? (0) Não conseguiu (1) Sim. Posto de Saúde de abrangência (2) Sim. Outro Posto de Saúde (3) Sim. Farmácia do SUS (4) Sim. Outro modo (8) NSA <i>Fim do quadro</i>	A77. Porque não usou o (a) <remédio>? (0) Não quis, esqueceu (1) Não tinha no Posto de abrangência (2) Não podia pagar (3) Não tinha em outro posto, Farmácia do SUS (4) Receita vencida (5) Outro motivo (8) NSA
_____ ACMED	_____ ACMEDO ____	_____ ACMEREGR__	_____ ACMEDX__	_____ ACMEGRA__	_____ ACMEMOT__
_____ ACMED	_____ ACMEDO ____	_____ ACMEREGR__	_____ ACMEDX__	_____ ACMEGRA__	_____ ACMEMOT__
_____ ACMED	_____ ACMEDO ____	_____ ACMEREGR__	_____ ACMEDX__	_____ ACMEGRA__	_____ ACMEMOT__
_____ ACMED	_____ ACMEDO ____	_____ ACMEREGR__	_____ ACMEDX__	_____ ACMEGRA__	_____ ACMEMOT__
_____ ACMED	_____ ACMEDO ____	_____ ACMEREGR__	_____ ACMEDX__	_____ ACMEGRA__	_____ ACMEMOT__

ANEXO 3- Manual de instruções

Manual referente à avaliação de acesso a medicamentos

SE O(A) ENTREVISTADO(A) RESPONDEU SIM PARA PELO MENOS UMA DAS QUESTÕES A42 (O(A) Sr.(a) **precisa usar remédio (s) para a pressão alta?**), A54 (O(A) Sr.(a) **precisa usar remédio(s) para diabete?**) OU A66 (O(A) Sr.(a) **precisa usar remédio (s) para problema dos nervos?**), FAÇA O QUADRO ABAIXO SOBRE MEDICAÇÃO DE USO CONTÍNUO.

SE O(A) ENTREVISTADO(A) RESPONDEU NÃO OU IGN PARA AS QUESTÕES A42, A54 E A66 (todas), OU ESTAS QUESTÕES DEIXARAM DE SER APLICADAS DEVIDO A UM PULO ANTERIOR NAS QUESTÕES (A34, A46 E A58) PULE PARA A PRÓXIMA INSTRUÇÃO. Neste caso, especificamente, não é necessário codificar o quadro sobre medicação de uso contínuo, somente passar um traço na diagonal.

Agora eu gostaria de saber o nome do(s) remédio(s) que o(a) Sr.(a) precisa utilizar continuamente por indicação médica, isto é, precisa usar todos os dias (ou quase todos) sem data para parar:

Esta frase introdutória deve ser lida calmamente. Ela é fundamental para o entrevistado entender que todo e qualquer produto que ele/a precise utilizar continuamente por indicação médica, para prevenir, tratar ou curar alguma doença ou estado de saúde, deve ser relatado.

A medicação de uso contínuo compreende aqueles medicamentos utilizados para tratamento de doenças crônicas ou incuráveis como por exemplo: remédio para pressão, diabete, depressão, coração, algumas doenças neurológicas e psiquiátricas.

OS ANTICONCEPCIONAIS (ex:pílula, injeção), NÃO DEVEM SER CONSIDERADOS

Não se enquadram como remédios de uso contínuo os medicamentos usados para resolver um problema de saúde momentâneo (uso eventual / doença aguda ou passageira), ligado a uma doença aguda. Exemplo: remédio para dor, febre, cólica, enjôo, infecção, conjuntivite, gripe.

Também não se enquadram neste tipo de uso os medicamentos para tratamentos um pouco mas prolongados mas que deixarão de ser usados quando a doença tiver fim (tempo limitado). Exemplo: infecções prolongadas, micoses, alergias, vitaminas, moderador do apetite.

Por fim, também não se enquadram, aqueles que estão sempre com a pessoa, para sintomas de problemas crônicos, mas que só são usados eventualmente. Exemplo: bombinha para falta de ar usada eventualmente por asmáticos; remédio sublingual usado só para uma emergência de problemas do coração; antiinflamatório usado por pessoas com reumatismo, mas só quando sentem dor.

As respostas das questões A72 até A77 são respondidas no quadro. Cada remédio deve ser colocado numa linha e as respostas que se referem a este remédio na mesma linha ao lado. Tem espaço para 5 remédios. Se precisar de mais, preencher uma ou mais folhas extra correspondente a este quadro.

A72. Qual o nome do(s) remédio(s)?

Escrever com letra de forma o(s) nome(s) de todos os medicamentos que o(a) entrevistado (a) relatar que **PRECISA USAR CONTINUAMENTE**, independente do(a) entrevistado(a) ter usado.

(Peça para ver a receita e registre o(s) nome(s) do(s) remédio(s), mesmo que a pessoa não tenha usado ou tenha parado de usar. Caso o(a) entrevistado(a) use o remédio, peça para

ver a embalagem ou bula e confira se está prescrito na receita assinalando para qual doença foi prescrito. Assinale qual a forma utilizada para o registro do remédio e faça as outras pergunta do quadro).

Orientações gerais para o preenchimento do quadro

Em primeiro lugar, completa-se a primeira coluna com o(s) nome(s) do(s) remédio(s) que o(a) entrevistado(a) trouxe a receita e/ou a embalagem (caixa, vidro, frasco, ampola, cartela) e/ou a bula e/ou apenas referir, isto é, todos os remédios que o(a) entrevistado(a) relatar que precisa usar continuamente, mesmo que não tenha usado ou tenha parado de usar.

Cada remédio deve ser anotado em uma linha diferente. A letra deve ser legível e de forma (MAIÚSCULA) e NÃO se deve usar acentuação nem abreviatura.

O nome do medicamento deve ser anotado como relatado pelo(a) entrevistado(a) se não houver receita, embalagem ou bula.

Se o(a) entrevistado(a) não lembrar o nome do remédio mas souber informar para que doença ele/a precisa tomar, escrever (com letra legível) IGNORADO no nome do medicamento e tomar as informações correspondentes a esse remédio no quadro de medicamentos.

Obs.: RECEITA=PRESCRIÇÃO=INDICAÇÃO

Considerar todo tipo de medicamento de uso contínuo por indicação médica. Anotar também os produtos naturais, homeopatia, fórmulas feitas em farmácia de manipulação, etc. Se for uma fórmula, anotar no espaço do nome do remédio apenas FÓRMULA e anotar atrás da folha com o quadro correspondente, a fórmula detalhada.

Muitas vezes o médico coloca na receita várias alternativas de um mesmo remédio (não são prescrições diferentes), neste caso, anotar apenas o nome do medicamento que foi ou está sendo usado. Caso não tenha sido usado nenhum, anote aquele que o(a) entrevistado(a) referir que foi indicado preferencialmente.

Na dúvida de um item referido ser medicamento ou não, anote. Não esqueça que anticoncepcional apesar de ser remédio de uso contínuo, NÃO deve ser considerado.

Algumas vezes o nome do medicamento apresentado (receita, embalagem ou bula) poderá ser diferente daquele que havia sido apenas citado pelo(a) entrevistado(a). Neste caso dar prioridade para o nome que consta na apresentação da receita, embalagem ou bula, substituindo o nome citado anteriormente (nome inteiro do medicamento, sem abreviaturas, sem usar acentuação e em letra de forma).

Deve-se registrar o nome químico e não o nome comercial, portanto isto exige que se olhe o nome do medicamento que está escrito em letras menores na embalagem ou bula. Se o entrevistado(a) não apresentar a embalagem ou bula e na prescrição constar somente nome comercial ou genérico, preencher o espaço em branco com o nome que consta na receita, para posterior conferência do responsável.

No caso do(a) entrevistado(a) relatar que precisa usar mais que cinco medicamentos, usar uma ou mais folhas extra. Neste caso, cada nome de medicamento da folha extra deverá ser

acrescido de um número seqüencial que o identifique (iniciando por 6). A(s) folha (s) extra(s) deverá (ão) ser colocada(s) dentro do questionário logo após a folha do quadro que faz parte do mesmo (dobrar o canto superior esquerdo para a folha se encaixar nas demais).

Se a resposta for "não sabe" ou "não lembra", isto é, a pessoa não sabe informar, dar um tempo para tentar se lembrar ou procurar a receita, embalagem ou bula do remédio.

Quando a pessoa já tiver acabado de relatar o que precisa usar, perguntar se ela precisa usar mais algum remédio que ela não tenha a receita no momento ou por algum motivo não esteja usando ou tenha deixado de usar e já tenha eliminado a embalagem. Se citar mais algum, proceda conforme a instrução acima da pergunta A72. É comum acontecer complementação da lista no decorrer da entrevista. Se sobrares espaços de preenchimento no quadro, passar uma linha na diagonal dos espaços destinados ao nome dos remédios.

Depois de preenchida a primeira coluna, aplica-se a questão abaixo:

A73. 0(a) <remédio> é para que doença ou problema de saúde?

Assinalar o que for relatado pelo entrevistado sobre motivo do uso para doença ou problema de saúde. Não interessa detalhes, apenas o uso principal do remédio que está sendo questionado. Esta pergunta deve ser feita individualmente para cada medicamento citado, sendo a sua resposta assinalada ao lado do código *ACEMEDO* __ __ correspondente.

A palavra <remédio> deve ser substituída pelo nome do remédio registrado. Se o(a) entrevistado(a) não relatar Hipertensão (pressão alta), Diabete (açúcar no sangue) ou Nervos (problema de nervos), lembre que ele/a respondeu que precisava usar remédio para pelo menos um destes problemas de saúde que necessitam de medicação de uso contínuo, nas questões A42, A54 ou A66 e pergunte qual o nome deste remédio. Se o(a) entrevistado(a) relatar outro problema de saúde, escrever o que for dito no quadro correspondente da codificação, acima do código (com letra legível). A opção outro é indicada para qualquer resposta que não se encaixe nas alternativas propostas ou deixe dúvidas.

A74. <registro do remédio>

Esta questão deve ser apenas assinalada, conforme a fonte de informação para o registro do medicamento: informado, receita, embalagem, bula, receita e embalagem e receita diferente da embalagem.

A opção (0) Informado, deve ser assinalada SOMENTE se a pessoa não possuir a receita, embalagem ou bula.

Dar prioridade para a informação da receita, se esta estiver disponível e o(a) entrevistado(a) relatar que precisa usar o remédio, mas não trouxe a embalagem, ou seja, se o entrevistado somente informar e mostrar a receita do remédio relatado, marcar (1) Receita, no registro do remédio.

Caso o(a) entrevistado(a) use o remédio, peça para ver a embalagem e confira se está na receita apresentada, verificando se o nome anotado está correto. Por embalagem entende-se a caixa, cartela, vidro, frasco, ampola. Se o entrevistado(a) tiver a embalagem, dar preferência para a caixa, pois traz informações mais completas.

Se a embalagem apresentada constar na receita, marcar a opção (4) Receita e embalagem.

Se a embalagem apresentada não constar na receita ou for diferente do que está prescrito, e o(a) entrevistado(a) afirmar que usa o medicamento por indicação médica, registrar no espaço para o nome do medicamento o que consta na embalagem apresentada e assinalar a opção (5)

Receita diferente da embalagem. Neste caso registre com letra legível no quadro correspondente da codificação, acima do código, o nome que consta na receita.

As opções (2) Embalagem ou (3) Bula, devem ser assinaladas quando for esta a única maneira que o(a) entrevistado(a) dispõem para comprovar que precisa usar o remédio. No caso de apresentar a embalagem e bula correspondente, assinalar (2) Embalagem. Se forem diferentes, perguntar qual foi indicado pelo médico e registrar o remédio informado.

A 75. No último mês o(a) Sr.(a) deixou de usar o (a) <remédio> que precisava?

(0) Não → A76

(1) Sim → A77

(8) NSA

A palavra <remédio> deve ser substituída pelo nome do remédio registrado. Estamos interessados em saber se as pessoas deixaram de usar o remédio no último mês por não ter tido ACESSO ao medicamento.

Se a pessoa tinha o medicamento que precisava, mas deixou de usar porque estava fazendo mal ou porque não quis usar ou esqueceu, também será considerado. Se a pessoa começou um tratamento mas não o completou por algum motivo, também será considerado um caso de ter deixado de usar um medicamento que precisava, mesmo sendo um remédio de uso contínuo que parou porque acabou e não pôde comprar.

Se a resposta for NÃO, marque 0 e faça a próxima questão.

Se a resposta for SIM, PULE PARA A QUESTÃO A77.

A76. O(a) Sr.(a) conseguiu o(a) <remédio> de graça?

Deseja-se saber como o(a) entrevistado(a) conseguiu o remédio. Se o(a) entrevistado(a) pagou pelo remédio, codifique com (0). Se conseguiu gratuitamente parte de um modo e parte de outro, codifique com (5) e ENCERRE O QUADRO PASSANDO UMA LINHA DIAGONAL NO RESTANTE DO QUADRO QUE NÃO FOI PREENCHIDO.

A77. Porque não usou o(a) <remédio>?

Se o(a) entrevistado(a) deixou de usar o remédio que precisava, deseja-se saber qual foi o motivo. Se o(a) entrevistado(a) iniciou o tratamento e deixou de usar porque estava fazendo mal ou porque não quis tomar, marque (0). Se demorou para ir retirar o remédio e a receita venceu, marque (4). Se não for alguma das alternativas propostas, marque (5) Outro motivo.

Ao finalizar o preenchimento do quadro, perguntar se o(a) entrevistado(a) não precisou usar mais algum remédio além dos já citados. Se lembrar de mais algum, incluí-lo(s) e fazer as questões do quadro. Passar uma linha diagonal no restante do quadro que não foi preenchido.

Após encerrar o quadro, contar quantos itens de remédios foram citados, incluindo o(s) da(s) folha(s) extra, se for o caso, e registrar o número no espaço para o número total de medicamentos relatados, após o quadro: "NÚMERO TOTAL DE REMÉDIOS RELATADOS ____". Se o número de remédios relatados tiver apenas um dígito, colocar o zero na frente. Ex: se for apenas um, registrar 01 e passar uma linha diagonal no restante do quadro. Se nenhum medicamento foi citado, preencher com 00.

AGORA FALAREMOS SOBRE SUA ÚLTIMA CONSULTA AO MÉDICO E REMÉDIOS QUE FORAM RECEITADOS EXCLUINDO AQUELES DE USO CONTÍNUO QUE SÃO PRESCRITOS PARA PRESSÃO ALTA, DIABETES OU PARA OS NERVOS.

A78. Desde <30 dias atrás> o(a) Sra.(a) consultou com médico no <Posto de Saúde da abrangência> por qualquer problema de saúde?

A questão visa saber se o(a) entrevistado(a) consultou no Posto de Saúde de Abrangência nos últimos 30 dias. Você deve enfatizar o período de tempo e o local da consulta. Você deverá substituir <30 DIAS ATRÁS > pelo mês correspondente a 1 mês anterior a data da realização da entrevista. O <Posto de Saúde de Abrangência> deverá ser substituído em todas as questões pelo nome do Posto de Abrangência especificado no início do questionário em “Unidade Básica de Saúde” (A3). Ex: se a entrevista está sendo realizada no dia 10 do mês de março, a pergunta deverá ser feita da seguinte forma. Desde “10 de fevereiro deste ano” o(a) Sr (a) consultou com médico no Posto XX por qualquer problema de saúde?. Será considerada apenas a consulta médica e não os outros procedimentos realizados com algum profissional de saúde do Posto de Abrangência. Se o(a) entrevistado(a) não consultou no Posto de Saúde de Abrangência nos últimos 30 dias, codifique com 00. Se a resposta for “sim”, pergunte quantas vezes e anote o número de vezes que o entrevistado consultou no Posto de Saúde de Abrangência nos últimos 30 dias, codificando ao lado. Se foram realizadas menos de 10 consultas, codifique com zero na frente. Se o entrevistado não lembra ou não sabe informar codifique com (99) IGN e faça a próxima questão.

A79. Desde <30 dias atrás> onde o(a) Sr(a) consultou na sua última consulta médica por qualquer problema de saúde?

Você deve enfatizar o período de tempo ressaltando que a consulta médica deve ser referente àquela última realizada. Deverá ser considerada apenas a consulta médica e não procedimentos realizados em serviços de saúde por outros profissionais. Deve-se assinalar com o número correspondente ao local em que a pessoa referir ter consultado pela última vez nos últimos 30 dias:

(00) Não consultou nos últimos 30 dias: se o(a) entrevistado(a) não consultou em lugar algum nos últimos 30 dias, PULE PARA A PRÓXIMA INSTRUÇÃO e codifique as questões referentes a este assunto com 8, 88, 888 NSA, na coluna da direita e no quadro, conforme os dígitos correspondentes a cada questão;

(01) Posto de Saúde de Abrangência: especificado no início do questionário em “Unidade Básica de Saúde” (A3)

(02) Outro Posto de Saúde: refere-se a outra Unidade Básica de Saúde que não o Posto de Saúde da abrangência;

(03) Pronto-Socorro: refere-se ao Pronto-Socorro Municipal;

(04) Ambulatório do hospital: refere-se ao atendimento de ambulatório (consultas), em qualquer hospital da cidade; **Faculdade:** refere-se ao atendimento público prestado por uma Faculdade de Medicina de uma universidade da cidade; **Sindicato ou empresa:** consulta em serviço disponibilizado por empresa ou sindicato da categoria profissional;

(05) Consultório Médico por Convênio ou Plano de saúde: refere-se a consulta com médico através de algum plano ou convênio de saúde (Unimed, Pias, Saúde Maior, etc.). Este item inclui os Pronto-atendimentos dos convênios;

(06) Consultório Médico particular: refere-se à consulta paga ao médico sem convênio ou plano de saúde algum;

(07) CAPS (Centro de Atenção Psicossocial): inclui atendimentos para pacientes portadores de patologias mentais/psiquiátricas.

(08) Outro: local não contemplado nas alternativas acima.

Se o(a) entrevistado(a) não lembra ou não sabe informar, codifique com (99) IGN e PULE PARA A PRÓXIMA INSTRUÇÃO.

A80. Qual a especialidade do médico com quem o(a) Sr.(a) consultou na sua última consulta médica nos últimos 30 dias?

Você deve enfatizar o período de tempo e que a questão refere-se a última consulta médica realizada nos últimos 30 dias, mesmo que o(a) entrevistado(a) tenha consultado mais de uma vez no último mês. Leia a questão. Se necessário leia as alternativas, exceto as opções (8) NSA “não se aplica” e (9) IGN “ignorado”. Marcar a opção referida pelo(a) entrevistado(a). Caso tenha consultado com outro especialista, anotar o nome da especialidade.

A81. Há quanto tempo foi sua última consulta médica nos últimos 30 dias? ___ dias

O objetivo da questão é saber há quantos DIAS ocorreu a última consulta médica desde 30 dias atrás. Se o(a) entrevistado(a) referir que consultou no mesmo dia da entrevista, codifique com 00; no dia anterior, codifique com 01 e os demais dias, sucessivamente. Se o(a) entrevistado(a) não lembra ou não sabe informar, dar um tempo para a pessoa tentar se lembrar e estimular a memória situando a pessoa em cada semana do último mês. Se realmente a resposta for ignorada, codifique com (99) IGN.

A82. O médico lhe receitou algum remédio na sua última consulta médica nos últimos 30 dias? (excluindo aqueles de uso contínuo que são prescritos para pressão alta, diabetes ou para os nervos).

Deseja-se saber se o médico prescreveu algum remédio na consulta abordada na pergunta A79. Considerar remédio, todo tipo de medicamento (EXCLUINDO AQUELES DE USO CONTÍNUO), prescrito pelo médico para seu paciente, em que este deve procurar fazer uso. Mesmo coisas muito simples como um comprimido de analgésico para dor de cabeça, prescrito na última consulta médica nos últimos 30 dias, deve ser considerado. Anotar também os produtos naturais, homeopatia, fórmulas feitas em farmácia de manipulação, florais, vitaminas, etc. Não esqueça que anticoncepcional também é remédio mas NÃO deve ser considerado.

Se a resposta for não, dar um tempo para a pessoa tentar se lembrar e estimular a memória com possíveis episódios freqüentes, como um remédio receitado para gripe, para dor de cabeça, remédios para má digestão, para emagrecer etc.

Se realmente a resposta for “NÃO” ou “IGN”, isto é, a pessoa não sabe informar ou não lembra, passar uma linha diagonal em todo o quadro e PULAR PARA A PRÓXIMA INSTRUÇÃO APÓS O QUADRO.

Se a resposta for “SIM”, parte-se para as perguntas do quadro.

Agora eu gostaria de saber o nome do(s) remédio(s) receitado(s) na sua última consulta médica nos últimos 30 dias?

Esta frase introdutória deve ser lida calmamente. Ela é fundamental para o entrevistado entender que todo e qualquer produto que foi receitado na sua última consulta médica nos últimos 30 dias, para prevenir, tratar ou curar alguma doença ou estado de saúde, deve ser

relatado.

As respostas das questões A83 até A88 são respondidas no quadro. Cada remédio deve ser colocado numa linha e as respostas que se referem a este remédio na mesma linha ao lado. Tem espaço para 5 remédios. Se precisar de mais, preencher uma ou mais folhas extra correspondente a este quadro.

A83. Qual o nome do(s) remédio(s) receitado(s)?

Escrever com letra de forma o(s) nome(s) de todos os medicamentos (EXCLUINDO AQUELES DE USO CONTÍNUO), que foram prescritos na última consulta médica desde 30 dias atrás, independente do(a) entrevistado(a) ter usado.

(Peça para ver a receita e registre o(s) nome(s) do(s) remédio(s) receitado(s), mesmo que a pessoa não tenha usado ou tenha parado de usar. Caso o(a) entrevistado(a) tome o remédio, peça para ver a embalagem ou bula e confira se está prescrito na receita, assinalando para qual doença foi prescrito. Assinale qual a forma utilizada para o registro do remédio e faça as outras perguntas do quadro).

Orientações gerais para o preenchimento do quadro

Em primeiro lugar, completa-se a primeira coluna com o(s) nome(s) do(s) remédio(s) que o(a) entrevistado(a) trouxe a receita e/ou a embalagem (caixa, vidro, frasco, ampola, cartela) e/ou a bula e/ou apenas referir, isto é, todos os remédios que o(a) entrevistado(a) relatar que foram receitados na sua última consulta médica nos últimos 30 dias, mesmo que não tenha usado ou tenha parado de usar.

Cada remédio deve ser anotado em uma linha diferente. A letra deve ser legível e de forma (MAIÚSCULA) e NÃO se deve usar acentuação nem abreviatura.

O nome do medicamento deve ser anotado como relatado pelo(a) entrevistado(a) se não houver receita, embalagem ou bula.

Se o(a) entrevistado(a) não lembrar o nome do remédio mas souber informar para que doença foi receitado, escrever (com letra legível) IGNORADO no nome do medicamento e tomar as informações correspondentes a esse remédio no quadro de medicamentos.

Obs.: RECEITA=PRESCRIÇÃO=INDICAÇÃO

Considerar todo tipo de medicamento por indicação médica. Anotar também os produtos naturais, homeopatia, fórmulas feitas em farmácia de manipulação, florais, vitaminas, etc. Se for uma fórmula, anotar no espaço do nome do remédio apenas FÓRMULA e anotar atrás da folha com o quadro correspondente, a fórmula detalhada.

Muitas vezes o médico coloca na receita várias alternativas de um mesmo remédio (não são prescrições diferentes), neste caso, anotar apenas o nome do medicamento que foi ou está sendo usado. Caso não tenha sido usado nenhum, anote aquele que o(a) entrevistado(a) referir que foi indicado preferencialmente.

Na dúvida de um item referido ser medicamento ou não, anote. Não esqueça que anticoncepcional também é remédio, mas não deve ser considerado.

Algumas vezes o nome do medicamento apresentado (receita, embalagem ou bula) poderá ser diferente daquele que havia sido apenas citado pelo(a) entrevistado(a). Neste caso dar prioridade para o nome que consta na apresentação da receita, embalagem ou bula, substituindo o nome citado anteriormente (nome inteiro do medicamento, sem abreviaturas, sem usar acentuação e em letra de forma).

Deve-se registrar o nome químico e não o nome comercial, portanto isto exige que se olhe o nome do medicamento que está escrito em letras menores na embalagem ou bula. Se o entrevistado(a) não apresentar a embalagem ou bula e na prescrição constar somente nome comercial ou genérico, preencher o espaço em branco com o nome que consta na receita, para posterior conferência do responsável.

No caso do(a) entrevistado(a) relatar que foram receitados mais que cinco medicamentos, usar uma ou mais folhas extra. Neste caso, cada nome de medicamento da folha extra deverá ser acrescido de um número seqüencial que o identifique (iniciando por 6). A(s) folha (s) extra(s) deverá (ão) ser colocada(s) dentro do questionário logo após a folha do quadro que faz parte do mesmo (dobrar o canto superior esquerdo para a folha se encaixar nas demais).

Se a resposta for "não sabe" ou "não lembra", isto é, a pessoa não sabe informar, dar um tempo para tentar se lembrar ou procurar a receita, embalagem ou bula do remédio.

Quando a pessoa já tiver acabado de relatar o que foi receitado na sua última consulta médica nos últimos 30 dias, perguntar se não foi receitado mais algum remédio que ela não tenha a receita no momento ou por algum motivo não esteja usando, tenha parado ou deixado de usar e já tenha eliminado a embalagem. Se citar mais algum, proceda conforme a instrução acima da pergunta A83. É comum acontecer complementação da lista no decorrer da entrevista. Se sobraem espaços de preenchimento no quadro, passar uma linha na diagonal dos espaços destinados ao nome dos remédios.

Depois de preenchida a primeira coluna, aplica-se a questão abaixo:

A84. O(A) <remédio> é para que doença ou problema de saúde?

Esta pergunta deve ser feita individualmente para cada medicamento citado.

Especificamente nesta questão, o código da doença não será preenchido pelo supervisor. O espaço para código abaixo do nome da doença, *AMEDO* __ __ __ respectivo, será preenchido por mim (Vera), quando a doença for citada.

A palavra <remédio> deve ser substituída pelo nome do remédio registrado. Marcar o que for relatado pelo entrevistado sobre para qual doença ou problema de saúde o remédio foi prescrito. Não interessa detalhes, apenas o uso principal do remédio que está sendo questionado. Escrever o que o entrevistado respondeu no quadro correspondente da codificação, acima do código (com letra legível). NÃO CODIFICAR.

A85. <registro do remédio>:

Esta questão deve ser apenas assinalada conforme a fonte de informação para o registro do medicamento: informado, receita, embalagem, bula, receita e embalagem e receita diferente da embalagem.

A opção (0) Informado, deve ser assinalada SOMENTE se a pessoa não possuir a receita, embalagem ou bula.

Dar prioridade para a informação da receita, se esta estiver disponível e o(a) entrevistado(a)

não trazer a embalagem, ou seja, se o entrevistado somente informar e mostrar a receita do remédio relatado, marcar (1) Receita, no registro do remédio.

Caso o(a) entrevistado(a) use o remédio, peça para ver a embalagem e confira se está na receita apresentada, verificando se o nome anotado está correto. Por embalagem entende-se a caixa, cartela, vidro, frasco, ampola. Se o entrevistado(a) tiver a embalagem, dar preferência para a caixa, pois traz informações mais completas.

Se a embalagem apresentada constar na receita, marcar a opção (4) Receita e embalagem.

Se a embalagem apresentada não constar na receita ou for diferente do que está prescrito, e o(a) entrevistado(a) afirmar que usa o medicamento por indicação do médico em sua última consulta nos últimos 30 dias, registrar no espaço para o nome do medicamento o que consta na embalagem apresentada e assinalar a opção (5) Receita diferente da embalagem. Neste caso registre com letra legível no quadro correspondente da codificação, acima do código, o nome que consta na receita.

As opções (2) Embalagem ou (3) Bula, devem ser assinaladas quando for esta a única maneira que o(a) entrevistado(a) dispõem para comprovar que o remédio foi receitado na sua última consulta nos últimos 30 dias. No caso de apresentar a embalagem e bula correspondente, assinalar (2) Embalagem. Se forem diferentes, perguntar qual foi indicado pelo médico e registrar o remédio informado.

A86. O(A) Sr.(a) deixou de usar o <remédio> que precisava?

(0) Não → A87

(1) Sim → A88

(8) NSA

A palavra <remédio> deve ser substituída pelo nome do remédio registrado. Estamos interessados em saber se as pessoas deixaram de usar o remédio por não ter tido ACESSO ao medicamento.

Se a pessoa tinha o medicamento receitado mas deixou de usar porque estava fazendo mal ou porque não quis usar ou esqueceu, também será considerado. Se a pessoa começou um tratamento mas não o completou porque acabou e não pôde comprar ou por algum outro motivo, também será considerado um caso de ter deixado de usar um medicamento que foi receitado. Nestes casos marque (1) SIM.

Se a pessoa usa ou usou e não está usando mais porque já completou o tratamento receitado, ou seja, usou mas não precisa usar mais, marque (0) NÃO. Estimule a pessoa a lembrar.

Se a resposta for NÃO, marque 0 e faça a próxima questão.

Se a resposta for SIM, PULE PARA A QUESTÃO A88.

Se o(a) entrevistado(a) não lembra ou não sabe informar, dar um tempo para a pessoa tentar se lembrar e estimular a memória situando a pessoa em cada semana do último mês. Se realmente a resposta for ignorada, codifique com (99) IGN E ENCERRE O QUADRO PASSANDO UMA LINHA DIAGONAL NO RESTANTE DO QUADRO QUE NÃO FOI PREENCHIDO.

A87. O(A) Sr.(a) conseguiu o(a) <remédio> de graça?

Deseja-se saber como o(a) entrevistado(a) conseguiu o remédio. Se o(a) entrevistado(a) pagou pelo remédio, codifique com (0). Se conseguiu parte de um modo e parte de outro,

codifique com (5) e ENCERRE O QUADRO PASSANDO UMA LINHA DIAGONAL NO RESTANTE DO QUADRO QUE NÃO FOI PREENCHIDO.

A88. Porque não usou o(a) <remédio>?

Se o(a) entrevistado(a) deixou de usar o remédio receitado pelo médico na última consulta dos últimos 30 dias, deseja-se saber qual foi o motivo.

Se o(a) entrevistado(a) iniciou o tratamento e deixou de usar porque estava fazendo mal ou porque não quis tomar, marque (0). Se demorou para ir retirar o remédio e a receita venceu, marque (4).

Ao finalizar o preenchimento do quadro, perguntar se foi receitado mais algum remédio além dos já citados. Se lembrar de mais algum, incluí-lo(s) e fazer as questões do quadro. Passar uma linha diagonal no restante do quadro que não foi preenchido.

Após encerrar o quadro, contar quantos itens de remédios foram citados, incluindo o(s) da(s) folha(s) extra, se for o caso, e registrar o número no espaço para o número total de medicamentos relatados, após o quadro: "NÚMERO TOTAL DE REMÉDIOS RELATADOS ___". Se o número de remédios relatados tiver apenas um dígito, colocar o zero na frente. Ex: se for apenas um, registrar 01 e passar uma linha diagonal no restante do quadro. Se nenhum medicamento foi citado, preencher com 00.

ANEXO 4- Questionário de controle de qualidade adultos



Universidade Federal de Pelotas
 Centro de Pesquisas Epidemiológicas
 Departamento de Medicina Social
 Departamento de Enfermagem
 Monitoramento e Avaliação do



Programa de Expansão e Consolidação da Saúde da Família (PROESF)

CONTROLE DE QUALIDADE

QUESTIONÁRIO A – ADULTOS DE 30 A 64 ANOS, 11 MESES E 29 DIAS

<p>A1. Estado: _____</p> <p>A2. Município: _____</p> <p>A3. Unidade Básica de Saúde (UBS): _____</p> <p>A4 Número de identificação _____</p> <p>A6. Nome do entrevistador (a): _____</p> <p>A8. Qual é o seu nome? _____</p> <p>A10. Telefone para contato: (____) _____</p> <p>A13. Qual a sua idade? ____ anos</p>	<p>QAQUESDO _____</p> <p>QAENTN ____</p> <p>QAIDADE ____</p>
--	--

“Agora vamos falar sobre sua saúde”

<p>A33. No dia da entrevista, o entrevistador lhe mostrou uma folha com figuras para o(a) Sr.(a) indicar as 3 medidas que, na sua opinião, são as mais importantes para manter a boa saúde? (0) Não (1) Sim (9) IGN</p> <p>A34. O(A) Sr.(a) tem pressão alta? (0) Não (1) Sim (9) IGN</p> <p>A46. O(A) Sr.(a) tem diabete ou açúcar alto no sangue? 0) Não (1) Sim (9) IGN</p> <p>A58. O(a) Sr.(a) tem ou sofre de problema de nervos? (0) Não (1) Sim (9) IGN</p>	<p>QAMDIMP ____</p> <p>QAHAS ____</p> <p>QADM ____</p> <p>QANERVOS ____</p>
--	---

“Agora vamos falar sobre acidentes e situações de violência que possam ter ocorrido durante a sua vida”

<p>A114. Alguma vez na sua vida, o(a) Sr(a) sofreu um acidente que lhe impossibilitou de realizar suas atividades de vida diária? (00) Não () Sim. SE SIM. Quantas vezes? ____</p> <p>A124. Alguma vez na sua vida, o(a) Sr(a) enfrentou alguma situação de violência que lhe impossibilitou de realizar suas atividades de vida diária? (00) Não () Sim. SE SIM. Quantas vezes? ____</p>	<p>QAQTVEZ__ __</p> <p>QAVIOL__ __</p>
---	--

“Agora vamos conversar sobre as pessoas que moram com o(a) Sr(a).”

<p>A141. Qual o último ano de estudo do chefe da família? Anotações: _____ ____ (ANOS COMPLETOS DE ESTUDO)</p>	<p>QAESCHE ____</p>
---	---------------------

ANEXO 5- Questionário de controle de qualidade idosos



Universidade Federal de Pelotas
Centro de Pesquisas Epidemiológicas
Departamento de Medicina Social
Departamento de Enfermagem
Monitoramento e Avaliação do



Programa de Expansão e Consolidação da Saúde da Família (PROESF)

CONTROLE DE QUALIDADE
QUESTIONÁRIO I – IDOSOS DE 65 ANOS OU MAIS DE IDADE

I1. Estado: ____ I2. Município: _____ I3. Unidade Básica de Saúde (UBS): _____ <i>I4 Número de identificação</i> I6. Nome do entrevistador (a): _____ I8. Qual é o seu nome? _____ I10. Telefone para contato: (____) _____ I13. Qual a sua idade? ____ anos	<i>QIQUESDO</i> _____ <i>QIENTN</i> ____ <i>QIIDADE</i> ____
<i>“Agora vamos falar sobre o(a) Sr.(a) e hábitos de vida”</i>	
I17. O(A) Sr.(a) é aposentado(a)? (0) Não (1) Sim I30. O(A) Sr.(a) fuma ou já fumou? (0) Não, nunca fumou. (1) Já fumou, mas parou de fumar (2) Sim, fuma (+ de 1 cigarro por dia há mais de 1 mês)	<i>QIAPOS</i> ____ <i>QIFUMO</i> ____
<i>“Agora vamos falar sobre sua saúde”</i>	
I46. O(A) Sr(a) <u>precisa</u> usar remédio(s) para pressão alta? (0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN SE A RESPOSTA FOR NÃO OU IGN, PERGUNTAR SE A PESSOA TEM PRESSÃO ALTA. CASO A RESPOSTA SEJA NÃO OU IGN, CODIFICAR ESTA QUESTÃO COM (8) NSA. I58. O(A) Sr(a) <u>precisa</u> usar remédio(s) para diabetes? (0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN SE A RESPOSTA FOR NÃO OU IGN, PERGUNTAR SE A PESSOA TEM DIABETE. CASO A RESPOSTA SEJA NÃO OU IGN, CODIFICAR ESTA QUESTÃO COM (8) NSA. I70. O(A) Sr(a) <u>precisa</u> usar remédio(s) para os nervos? (0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN SE A RESPOSTA FOR NÃO OU IGN, PERGUNTAR SE A PESSOA TEM PROBLEMA DE NERVOS. CASO A RESPOSTA SEJA NÃO OU IGN, CODIFICAR ESTA QUESTÃO COM (8) NSA.	<i>QIHASRE</i> ____ <i>QIDMRE</i> ____ <i>QINERRE</i> ____
<i>“Agora vamos falar sobre atividades do seu dia a dia”</i>	
I123. Para caminhar a distância de uma quadra, o(a) Sr.(a): (0) Não pode sem ajuda de outra pessoa (4) Pode fazer sem ajuda	<i>QICAQUA</i> ____
<i>“Agora vamos conversar sobre as pessoas que moram com o(a) Sr(a).”</i>	
I139. Até que série a pessoa de maior renda da família completou na escola? _____ ____ anos completos de estudo	<i>QIESCHE</i> ____

ANEXO 6- Planilha de controle de qualidade

PLANILHA DE CONTROLE DE QUALIDADE DO MUNICÍPIO DE _____ DO ESTADO _____

UBS:

Grupo	Nome do(a) entrevistado(a)	Idade	Nº de identificação	Telefone Cód _ _ _	Hora entrevista	Nº sup.	Checa gem 1	Checa gem 2	Checa gem 3	Checa gem 4	Checa gem 5	Situação do CQ	Rubrica
A			-----				A33 ()	A34 ()	A114 ()	A124 ()	A141 ()		
I			-----				I17 ()	I30 ()	I70 ()	I123 ()	I139 ()		
C	Mãe: Criança:	____ ____	-----				C38 ()	C18 ()	C43 ()	C46 ()	C64 ()		
M	Mãe: Último filho:	____ ____	-----				M15 ()	M19 ()	M46 ()	M56 ()	M83 ()		

UBS:

Grupo	Nome do(a) entrevistado(a)	Idade	Nº de identificação	Telefone Cód _ _ _	Hora entrevista	Nº sup.	Checa gem 1	Checa gem 2	Checa gem 3	Checa gem 4	Checa gem 5	Situação do CQ	Rubrica
A			-----				A33 ()	A34 ()	A114 ()	A124 ()	A141 ()		
I			-----				I17 ()	I30 ()	I70 ()	I123 ()	I139 ()		
C	Mãe: Criança:	____ ____	-----				C38 ()	C18 ()	C43 ()	C46 ()	C64 ()		
M	Mãe: Último filho:	____ ____	-----				M15 ()	M19 ()	M46 ()	M56 ()	M83 ()		

ANEXO 7- Capa de lote

PROESF – PROCESSAMENTO DOS DADOS

CAPA DE LOTE

TIPO DE INSTRUMENTO: IDOSOS
 ADULTOS
 MULHERES
 CRIANÇAS

 EQUIPE

MUNICÍPIO: _____

UBS: _____

LOTE Nº _____

TOTAL DE INSTRUMENTOS: _____

NUMERAÇÃO:

FECHAMENTO: ____ / ____ / ____

RESPONSÁVEL: _____

ANEXO 8- Listagem de controle de lote

LISTAGEM DE CONTROLE DE LOTES

MUNICÍPIO:		
UBS	INSTRUMENTO	Nº DO LOTE
	Crianças	
	Mulheres	
	Adultos	
	Idosos	
	Equipe individual	
	Estrutura	
UBS	Crianças	
	Mulheres	
	Adultos	
	Idosos	
	Equipe individual	
	Estrutura	
UBS	Crianças	
	Mulheres	
	Adultos	
	Idosos	
	Equipe individual	
	Estrutura	
UBS	Crianças	
	Mulheres	
	Adultos	
	Idosos	
	Equipe individual	
	Estrutura	

ANEXO 9- Instruções aos autores (Cadernos de Saúde Pública)

INSTRUÇÕES AOS AUTORES

Objetivo e política editorial

Cadernos de Saúde Pública/Reports in Public Health (CSP) publica artigos originais com elevado mérito científico que contribuam ao estudo da saúde pública em geral e disciplinas afins.

Recomendamos aos autores a leitura atenta das instruções abaixo antes de submeterem seus artigos a Cadernos de Saúde Pública.

1. CSP aceita trabalhos para as seguintes seções:

1.1 Revisão – revisão crítica da literatura sobre temas pertinentes à saúde pública (máximo de 8.000 palavras);

1.2 Artigos – resultado de pesquisa de natureza empírica, experimental ou conceitual (máximo de 6.000 palavras);

1.3 Notas – nota prévia, relatando resultados parciais ou preliminares de pesquisa (máximo de 1.700 palavras);

1.4 Resenhas – resenha crítica de livro relacionado ao campo temático de CSP, publicado nos últimos dois anos (máximo de 1.200 palavras);

1.5 Cartas – crítica a artigo publicado em fascículo anterior de CSP (máximo de 1.200 palavras);

1.6 Debate – artigo teórico que se faz acompanhar de cartas críticas assinadas por autores de diferentes instituições, convidados pelo Editor, seguidas de resposta do autor do artigo principal (máximo de 6.000 palavras);

1.7 Fórum – seção destinada à publicação de 2 a 3 artigos coordenados entre si, de diferentes autores, e versando sobre tema de interesse atual (máximo de 12.000 palavras no total). Os interessados em submeter trabalhos para essa seção devem consultar o Conselho Editorial.

Apresentação do texto

2. Normas para envio de artigos

2.1 CSP publica somente artigos inéditos e originais, e que não estejam em avaliação em nenhum outro periódico simultaneamente. Os autores devem declarar essas condições no processo de submissão. Caso seja identificada a publicação ou submissão simultânea em outro periódico o artigo será desconsiderado. A submissão simultânea de um artigo científico a mais de um periódico constitui grave falta de ética do autor.

2.2 Serão aceitas contribuições em português, espanhol ou inglês.

3. Publicação de ensaios clínicos

3.1 Artigos que apresentem resultados parciais ou integrais de ensaios clínicos devem obrigatoriamente ser acompanhados do número e entidade de registro do ensaio clínico.

3.2 Essa exigência está de acordo com a recomendação da BIREME/OPAS/OMS sobre o Registro de Ensaio Clínicos a serem publicados a partir de orientações da Organização Mundial da Saúde - OMS, do International Committee of Medical Journal Editors (www.icmje.org) e do Workshop ICTPR.

3.3 As entidades que registram ensaios clínicos segundo os critérios do ICMJE são:

- Australian New Zealand Clinical Trials Registry (ANZCTR)
- ClinicalTrials.gov
- International Standard Randomised Controlled Trial Number (ISRCTN)
- Netherlands Trial Register (NTR)
- UMIN Clinical Trials Registry (UMIN-CTR)
- WHO International Clinical Trials Registry Platform (ICTRP)

4. Fontes de financiamento

4.1 Os autores devem declarar todas as fontes de financiamento ou suporte, institucional ou privado, para a realização do estudo.

4.2 Fornecedores de materiais ou equipamentos, gratuitos ou com descontos, também devem ser descritos como fontes de financiamento, incluindo a origem (cidade, estado e país).

4.3 No caso de estudos realizados sem recursos financeiros institucionais e/ou privados, os autores devem declarar que a pesquisa não recebeu financiamento para a sua realização.

5. Conflito de interesses

5.1 Os autores devem informar qualquer potencial conflito de interesse, incluindo interesses políticos e/ou financeiros associados a patentes ou propriedade, provisão de materiais e/ou insumos e equipamentos utilizados no estudo pelos fabricantes.

6. Colaboradores

6.1 Devem ser especificadas quais foram as contribuições individuais de cada autor na elaboração do artigo.

6.2 Lembramos que os critérios de autoria devem basear-se nas deliberações do International Committee of Medical Journal Editors, que determina o seguinte: o reconhecimento da autoria deve estar baseado em contribuição substancial relacionada aos seguintes aspectos: 1. Concepção e projeto ou análise e interpretação dos dados; 2. Redação do artigo ou revisão crítica relevante do conteúdo intelectual; 3. Aprovação final da versão a ser publicada. Essas três condições devem ser integralmente atendidas.

7. Agradecimentos

7.1 Possíveis menções em agradecimentos incluem instituições que de alguma forma possibilitaram a realização da pesquisa e/ou pessoas que colaboraram com o estudo mas que não preencheram os critérios para serem co-autores.

8. Referências

8.1 As referências devem ser numeradas de forma consecutiva de acordo com a ordem em que forem sendo citadas no texto. Devem ser identificadas por números arábicos sobrescritos (Ex.: Silva ¹). As referências citadas somente em tabelas e figuras devem ser numeradas a partir do número da última referência citada no texto. As referências citadas deverão ser listadas ao final do artigo, em ordem numérica, seguindo as normas gerais dos Requisitos Uniformes para Manuscritos Apresentados a Periódicos Biomédicos (<http://www.nlm.nih.gov/citingmedicine/>).

8.2 Todas as referências devem ser apresentadas de modo correto e completo. A veracidade das informações contidas na lista de referências é de responsabilidade do(s) autor(es).

9. Nomenclatura

9.1 Devem ser observadas as regras de nomenclatura zoológica e botânica, assim como abreviaturas e convenções adotadas em disciplinas especializadas.

10. Ética em pesquisas envolvendo seres humanos

10.1 A publicação de artigos que trazem resultados de pesquisas envolvendo seres humanos está condicionada ao cumprimento dos princípios éticos contidos na Declaração de Helsinki (1964, reformulada em 1975, 1983, 1989, 1996 e 2000), da World Medical Association.

10.2 Além disso, deve ser observado o atendimento a legislações específicas (quando houver) do país no qual a pesquisa foi realizada.

10.3 Artigos que apresentem resultados de pesquisas envolvendo seres humanos deverão conter uma clara afirmação deste cumprimento (tal afirmação deverá constituir o último parágrafo da seção Metodologia do artigo).

10.4 Após a aceitação do trabalho para publicação, todos os autores deverão assinar um formulário, a ser fornecido pela Secretaria Editorial de CSP, indicando o cumprimento integral de princípios éticos e legislações específicas.

10.5 O Conselho Editorial de CSP se reserva o direito de solicitar informações adicionais sobre os procedimentos éticos executados na pesquisa.

11. Processo de submissão *online*

11.1 Os artigos devem ser submetidos eletronicamente por meio do sítio do Sistema de Avaliação e Gerenciamento de Artigos (SAGAS), disponível em: <http://www.ensp.fiocruz.br/csp/index.html>.

Outras formas de submissão não serão aceitas. As instruções completas para a submissão são apresentadas a seguir. No caso de dúvidas, entre em contato com o suporte sistema SAGAS pelo e-mail: csp-artigos@ensp.fiocruz.br.

11.2 Inicialmente o autor deve entrar no sistema SAGAS. Em seguida, inserir o nome do usuário e senha para ir à área restrita de gerenciamento de artigos. Novos usuários do sistema SAGAS devem realizar o cadastro em "Cadastre-se" na página inicial. Em caso de esquecimento de sua senha, solicite o envio automático da mesma em "Esqueceu sua senha? Clique aqui".

11.3 Para novos usuários do sistema SAGAS. Após clicar em "Cadastre-se" você será direcionado para o cadastro no sistema SAGAS. Digite seu nome, endereço, e-mail, telefone, instituição.

12. Envio do artigo

12.1 A submissão *online* é feita na área restrita de gerenciamento de artigos <http://www.ensp.fiocruz.br/csp/index.html>. O autor deve acessar a "Central de Autor" e selecionar o *link* "Submeta um novo artigo".

12.2 A primeira etapa do processo de submissão consiste na verificação às normas de publicação de CSP.

O artigo somente será avaliado pela Secretaria Editorial de CSP se cumprir todas as normas de publicação.

12.3 Na segunda etapa são inseridos os dados referentes ao artigo: título, título corrido, área de concentração, palavras-chave, informações sobre financiamento e conflito de interesses, resumo, *abstract* e agradecimentos, quando necessário. Se desejar, o autor pode sugerir potenciais consultores (nome, e-mail e instituição) que ele julgue capaz de avaliar o artigo.

12.4 O título completo (no idioma original e em inglês) deve ser conciso e informativo, com no máximo 150 caracteres com espaços.

12.5 O título corrido poderá ter máximo de 70 caracteres com espaços.

12.6 As palavras-chave (mínimo de 3 e máximo de 5 no idioma original do artigo) devem constar na base da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), disponível: <http://decs.bvs.br/>.

12.7 *Resumo*. Com exceção das contribuições enviadas às seções Resenha ou Cartas, todos os artigos submetidos em português ou espanhol deverão ter resumo na língua principal e em inglês. Os artigos submetidos em inglês deverão vir acompanhados de resumo em português ou em espanhol, além do *abstract* em inglês. O resumo pode ter no máximo 1100 caracteres com espaço.

12.8 *Agradecimentos*. Possíveis agradecimentos às instituições e/ou pessoas poderão ter no máximo 500 caracteres com espaço.

12.9 Na terceira etapa são incluídos o(s) nome(s) do(s) autor(es) do artigo, respectiva(s) instituição(ões) por extenso, com endereço completo, telefone e e-mail, bem como a colaboração de cada um. O autor que cadastrar o artigo automaticamente será incluído como autor de artigo. A ordem dos nomes dos autores deve ser a mesma da publicação.

12.10 Na quarta etapa é feita a transferência do arquivo com o corpo do texto e as referências.

12.11 O arquivo com o texto do artigo deve estar nos formatos DOC (Microsoft Word), RTF (Rich Text Format) ou ODT (Open Document Text) e não deve ultrapassar 1 MB.

12.12 O texto deve ser apresentado em espaço 1,5cm, fonte Times New Roman, tamanho 12.

12.13 O arquivo com o texto deve conter somente o corpo do artigo e as referências bibliográficas. Os seguintes itens deverão ser inseridos em campos à parte durante o processo de submissão: resumo e *abstract*; nome(s) do(s) autor(es), afiliação ou qualquer outra informação que identifique o(s) autor(es); agradecimentos e colaborações; ilustrações (fotografias, fluxogramas, mapas, gráficos e tabelas).

12.14 Na quinta etapa são transferidos os arquivos das ilustrações do artigo (fotografias, fluxogramas, mapas, gráficos e tabelas), quando necessário. Cada ilustração deve ser enviada em arquivo separado clicando em "Transferir".

12.15 *Ilustrações.* O número de ilustrações deve ser mantido ao mínimo, sendo aceito o máximo de cinco (fotografias, fluxogramas, mapas, gráficos e tabelas).

12.16 Os autores deverão arcar com os custos referentes ao material ilustrativo que ultrapasse esse limite e também com os custos adicionais para publicação de figuras em cores.

12.17 Os autores devem obter autorização, por escrito, dos detentores dos direitos de reprodução de ilustrações que já tenham sido publicadas anteriormente.

12.18 *Tabelas.* As tabelas podem ter 17cm de largura, considerando fonte de tamanho 9. Devem ser submetidas em arquivo de texto: DOC (Microsoft Word), RTF (Rich Text Format) ou ODT (Open Document Text). As tabelas devem ser numeradas (números arábicos) de acordo com a ordem em que aparecem no texto.

12.19 *Figuras.* Os seguintes tipos de figuras serão aceitos por CSP: Mapas, Gráficos, Imagens de satélite, Fotografias e Organogramas, e Fluxogramas.

12.20 Os mapas devem ser submetidos em formato vetorial e são aceitos nos seguintes tipos de arquivo: WMF (Windows MetaFile), EPS (Encapsuled PostScript) ou SVG (Scalable Vectorial Graphics). Nota: os mapas gerados originalmente em formato de imagem e depois exportados para o formato vetorial não serão aceitos.

12.21 Os gráficos devem ser submetidos em formato vetorial e serão aceitos nos seguintes tipos de arquivo: XLS (Microsoft Excel), ODS (Open Document Spreadsheet), WMF (Windows MetaFile), EPS (Encapsuled PostScript) ou SVG (Scalable Vectorial Graphics).

12.22 As imagens de satélite e fotografias devem ser submetidas nos seguintes tipos de arquivo: TIFF (Tagged Image File Format) ou BMP (Bitmap). A resolução mínima deve ser de 300dpi (pontos por polegada), com tamanho mínimo de 17,5cm de largura.

12.23 Os organogramas e fluxogramas devem ser submetidos em arquivo de texto: DOC (Microsoft Word), RTF (Rich Text Format) ou ODT (Open Document Text).

12.24 As figuras devem ser numeradas (números arábicos) de acordo com a ordem em que aparecem no texto.

12.25 Títulos e legendas de figuras devem ser apresentados em arquivo de texto separado dos arquivos das figuras.

12.26 *Formato vetorial.* O desenho vetorial é originado a partir de descrições geométricas de formas e normalmente é composto por curvas, elipses, polígonos, texto, entre outros elementos, isto é, utilizam vetores matemáticos para sua descrição.

12.27 *Finalização da submissão.* Ao concluir o processo de transferência de todos os arquivos, clique em "Finalizar Submissão".

12.28 *Confirmação da submissão.* Após a finalização da submissão o autor receberá uma mensagem por e-mail confirmando o recebimento do artigo pelos CSP. Caso não receba o e-mail de confirmação dentro de 24 horas, entre em contato com a secretaria editorial de CSP por meio do e-mail: csp-artigos@ensp.fiocruz.br.

13. Acompanhamento do processo de avaliação do artigo

13.1 O autor poderá acompanhar o fluxo editorial do artigo pelo sistema SAGAS. As decisões sobre o artigo serão comunicadas por e-mail e disponibilizadas no sistema SAGAS.

14. Envio de novas versões do artigo

14.1 Novas versões do artigo devem ser encaminhadas usando-se a área restrita de gerenciamento de artigos <http://www.ensp.fiocruz.br/csp/index.html> do sistema SAGAS, acessando o artigo e utilizando o *link* "Submeter nova versão".

15. Prova de prelo

15.1 Após a aprovação do artigo, a prova de prelo será enviada para o autor de correspondência por e-mail. Para visualizar a prova do artigo será necessário o programa Adobe Reader. Esse programa pode ser instalado gratuitamente pelo site: <http://www.adobe.com/products/acrobat/readstep2.html>.

15.2 A prova de prelo revisada e as declarações devidamente assinadas deverão ser encaminhadas para a secretaria editorial de CSP por e-mail (cadernos@ensp.fiocruz.br) ou por fax +55(21)2598-2514 dentro do prazo de 72 horas após seu recebimento pelo autor de correspondência

© 2008 Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz

Rua Leopoldo Bulhões, 1480
21041-210 - Rio de Janeiro - RJ - Brasil
Tel.: +55 21 2598-2511 / 2598-2508
Fax: +55 21 2298-2737 / 2598-2514