



UNEB
UNIVERSIDADE DO
ESTADO DA BAHIA



**UNIVERSIDADE DO ESTADO DA BAHIA
DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS DA VIDA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO MESTRADO
PROFISSIONAL EM SAÚDE COLETIVA**

MARIA FERNANDA BARROS DE OLIVEIRA BRANDÃO

**ACESSO A MEDICAMENTOS E FATORES ASSOCIADOS
ENTRE USUÁRIOS DOS SERVIÇOS DE ATENÇÃO
PRIMÁRIA À SAÚDE EM SALVADOR, BAHIA**

SALVADOR – BA

2023



MARIA FERNANDA BARROS DE OLIVEIRA BRANDÃO

**ACESSO A MEDICAMENTOS E FATORES ASSOCIADOS
ENTRE USUÁRIOS DOS SERVIÇOS DE ATENÇÃO
PRIMÁRIA À SAÚDE EM SALVADOR, BAHIA**

Dissertação apresentada como requisito obrigatório para obtenção do título de mestre no Programa de Pós-graduação Mestrado Profissional em Saúde Coletiva da Universidade do Estado da Bahia.

Orientadora: Profa. Dra. Patrícia Sodré Araújo

Coorientadora: Profa. Dra. Helena Maria Silveira Fraga Maia

**SALVADOR – BA
2023**

MARIA FERNANDA BARROS DE OLIVEIRA BRANDÃO

**ACESSO A MEDICAMENTOS E FATORES ASSOCIADOS
ENTRE USUÁRIOS DOS SERVIÇOS DE ATENÇÃO
PRIMÁRIA À SAÚDE EM SALVADOR, BAHIA**

Dissertação apresentada como requisito obrigatório para obtenção do título de mestre no Programa de Pós-graduação Mestrado Profissional em Saúde Coletiva da Universidade do Estado da Bahia.

Profa. Dra. Patrícia Sodré Araújo – Orientadora

Doutora em Saúde Pública pelo Instituto de Saúde Coletiva
Universidade do Estado da Bahia

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Helena Maria Silveira Fraga Maia – Coorientadora

Doutora em Saúde Pública pelo Instituto de Saúde Coletiva
Universidade do Estado da Bahia

Prof. Dr. Jorge Lopes Cavalcante Neto

Doutor em Fisioterapia pela Universidade Federal de São Carlos
Universidade do Estado da Bahia

Prof. Dr. Paulo Sérgio Dourado Arrais

Doutor em Saúde Pública pela Universidade Federal da Bahia
Universidade Federal do Ceará

AGRADECIMENTOS

À Universidade do Estado da Bahia, que, por meio da educação pública de qualidade, me mostrou um novo mundo de saberes e conhecimentos.

Ao Programa do Mestrado Profissional em Saúde Coletiva, pelo fortalecimento do conhecimento através de reflexões profundas sobre o fazer saúde, além de proporcionar bons encontros.

À minha orientadora, professora Patrícia Sodré Araújo, pela confiança depositada e pelo seu compromisso e experiência. E por ter me direcionado durante o processo de aprendizado de forma acolhedora.

À minha coorientadora Helena Maria Silveira Fraga Maia, obrigada pela sua participação em todas as etapas desta pesquisa e pela disponibilidade e paciência durante vários encontros noturnos.

Aos demais professores do Programa do Mestrado Profissional em Saúde Coletiva, o meu agradecimento pelos ensinamentos oportunizados.

Aos colegas de turma pelo aprendizado coletivo proporcionado pelas trocas durante o nosso caminhar. À Catarine e Jaqueline pelos apoios mútuos e abraços. Em especial ao meu trio de afeto Lidiane, Rebeca e Denise por compartilhar boas gargalhadas e muito companheirismo no caminhar acadêmico, tornando-o mais leve.

Aos integrantes do podcast Papo Comprimido pelo engajamento e dedicação no desenvolvimento do projeto, em especial as vozes e edição, Icaro Gomes, Carla Cristina Brás e Charlie Julien de Medeiros.

À Ramon e a Luninha pelo companheirismo, pela leveza e pelo amor dispendido no nosso convívio diário. A Pretinha que é estrelinha e continua fazendo parte do nosso lar.

À minha família, em especial aos meus pais Rosana e Fernando, que entenderam a distância durante esses dois anos para que eu pudesse alcançar meus objetivos profissionais. Também às minhas tias Bel, Fau e Help. Obrigada pela sensibilidade, carinho, generosidade e amor. Sem vocês seria mais difícil esta caminhada.

Ao SUS, que não é só um sistema de saúde, é proteção social, um dos maiores sistemas públicos de saúde do mundo, o nosso garante que todos os brasileiros e brasileiras, desde o nascimento, tenham direito aos serviços de saúde.

RESUMO

Acesso a medicamentos essenciais é um direito da população e, portanto, um indicador da qualidade do sistema de saúde. Entende-se que o medicamento está disponível quando é fornecido no momento em que o usuário necessita, na quantidade suficiente para o tratamento e em condições adequadas para o seu uso. Esta pesquisa tem o objetivo de estimar a prevalência de acesso aos medicamentos para tratamento de pessoas com DCNT no âmbito da APS sob a perspectiva do usuário na cidade de Salvador, Bahia, Brasil. Para tanto foi desenvolvido um estudo epidemiológico analítico transversal o qual integra a Pesquisa Assistência Farmacêutica na Atenção Primária a Saúde: Um Estudo de Natureza Avaliativa no Município de Salvador (PMAUM), em parceria com a UNEB e ISC/UFBA. Foram incluídos indivíduos de ambos os sexos, com idade superior a 18 anos e com diagnóstico autorreferido de Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) em atendimento em unidades básicas de saúde (UBS) de quatro distritos sanitários. Os dados foram coletados de Janeiro de 2019 a Março de 2020. Foram obtidas informações sobre o acesso aos medicamentos e características sociodemográficas e econômicas, quanto ao perfil de saúde, os hábitos de vida e a acessibilidade geográfica. Foram realizadas análises descritivas e de regressão logística hierárquica. Foram incluídos 283 indivíduos e, dentre estes, 190 (67,1%) referiram ter tido acesso a medicamentos nas unidades de saúde investigadas. Ter idade ≥ 60 anos (OR=0,33; IC95%: 0,14 – 0,75), viver sem companheiro(a) (OR=2,13; IC95%: 1,16 – 3,91) e ter dificuldade de acesso para chegar às unidades de saúde (OR=2,64; IC95%: 1,26 – 5,54) se mostraram como fatores associados ao acesso a medicamentos na APS. Conclui-se que pessoas com idade ≥ 60 anos possuíam maior possibilidade de ter acesso a medicamentos e pessoas sem companheiro e com dificuldade para chegar na UBS têm mais dificuldade de ter acesso a um tratamento completo. Tratando-se de DCNT, a não utilização ou subutilização dos medicamentos necessários impossibilita um tratamento adequado, podendo levar ao agravamento das enfermidades ou complicações de saúde, aumentando a busca por outros serviços de saúde e os gastos com procedimentos mais dispendiosos. Isso mostra a necessidade de políticas públicas direcionadas à promoção da equidade, buscando levar a AF àqueles com maiores dificuldades de acesso.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde; Sistema Único de Saúde; Doenças Crônicas Não Transmissíveis; Acesso a Medicamentos.

ABSTRACT

Access to essential medicines is a right of the population and, therefore, an indicator of the quality of the health system. It is understood that the drug is available when it is provided when the user needs it, in sufficient quantity for the treatment and under appropriate conditions for its use. This research aims to estimate the prevalence of access to medication for the treatment of people with NCDs within the scope of PHC from the perspective of the user in the city of Salvador, Bahia, Brazil. For this purpose, a cross-sectional analytical epidemiological study was developed, which is part of the Research Pharmaceutical Assistance in Primary Health Care: A Study of an Evaluative Nature in the Municipality of Salvador (PMAUM), in partnership with UNEB and ISC/UFBA. Individuals of both sexes, aged over 18 years and with a self-reported diagnosis of Chronic Non-Communicable Diseases (NCDs) in care at basic health units (UBS) in four health districts were included. Data were collected from January 2019 to March 2020. Information was obtained on access to medicines and sociodemographic and economic characteristics, regarding health profile, lifestyle habits and geographic accessibility. Descriptive analyzes and hierarchical logistic regression were performed. 283 individuals were included and, among these, 190 (67.1%) reported having had access to medication in the health units investigated. Being ≥ 60 years old (OR=0.33; 95%CI: 0.14 – 0.75), living without a partner (OR=2.13; 95%CI: 1.16 – 3.91) and having Difficulty accessing health units (OR=2.64; 95%CI: 1.26 – 5.54) were factors associated with access to medication in PHC. It is concluded that people aged ≥ 60 years are more likely to have access to medication. And people without a partner and with difficulty getting to the UBS have more difficulty accessing complete treatment. In the case of NCDs, the non-use or under-use of the necessary medications makes adequate treatment impossible, and may lead to the aggravation of illnesses or health complications, increasing the search for other health services and spending on more expensive procedures. This shows the need for public policies aimed at promoting equity, seeking to bring PA to those with greater access difficulties.

Keywords: Primary Health Care; Brazilian Unified Health System; Chronic non communicable diseases; Access to Medicines.

ÍNDICE DE TABELAS

| | | |
|-----------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Tabela 1. | Padrões de amostragem de acordo com o número médio de atendimento de usuários nas farmácias de cada unidade selecionada, Salvador, Bahia, 2019. | 21 |
| Tabela 2. | Amostra planejada da Pesquisa Municipal sobre Acesso, Utilização e Promoção do Uso Racional de Medicamentos no Município de Salvador - Bahia, 2019. | 22 |
| Tabela 1. | Associação entre acesso a medicamentos e variáveis demográficas e socioeconômicas de usuários maiores de 18 anos segundo acesso a medicamentos nas unidades de Atenção Primária em Saúde em quatro Distritos Sanitários, Salvador, Bahia, 2019-2020. (n=283). | 37 |
| Tabela 2. | Associação entre acesso a medicamentos e variáveis relacionadas ao perfil de saúde e hábitos de vida de usuários maiores de 18 anos segundo acesso a medicamentos nas unidades de Atenção Primária em Saúde em quatro Distritos Sanitários, Salvador, Bahia, 2019-2020. (n=283). | 38 |
| Tabela 3. | Associação entre acesso a medicamentos e variáveis relacionadas a acessibilidade geográfica de usuários maiores de 18 anos segundo acesso a medicamentos nas unidades de Atenção Primária em Saúde em quatro Distritos Sanitários, Salvador, Bahia, 2019-2020. (n=283). | 38 |
| Tabela 4. | Modelo final da regressão logística entre acessibilidade geográfica de usuários maiores de 18 anos e acesso a medicamentos nas unidades de Atenção Primária em Saúde em quatro Distritos Sanitários, Salvador, Bahia, 2019-2020. (n=283). | 39 |
| Tabela 1. | Episódios do podcast Papo Comprimido por tema, tempo e número de reproduções, Salvador, Bahia, 2022. | 48 |

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

| | | |
|------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Figura 1 - | Capa do guia para podcast. Salvador, 2022. | 44 |
| Figura 2 - | Perfil do podcast Papo Comprimido no Instagram. Salvador, 2022. | 47 |
| Figura 3 - | Card para reportagem de lançamento do podcast Papo Comprimido realizado pela Assessoria de Comunicação da UNEB (ASCOM) como material de divulgação entre os membros da comunidade acadêmica. Salvador, 2022. | 48 |

LISTA DE QUADROS E GRÁFICOS

| | | |
|------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Quadro 1. | Membros e funções da equipe do podcast Papo Comprimido. | 45 |
| Gráfico 1. | Frequência de reprodução dos áudios do podcast Papo Comprimido de acordo com unidades da federação, Salvador, 2022. | 48 |
| Gráfico 2. | Frequência de distribuição do podcast Papo Comprimido por plataformas, Salvador, 2022. | 50 |

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

| | |
|---------|---------------------------------------------------------------------------------------|
| APS | Atenção Primária à Saúde |
| ASCOM | Assessoria de Comunicação |
| AF | Assistência Farmacêutica |
| CNS | Conselho Nacional de Saúde |
| DS | Distrito Sanitário |
| CBAF | Componente Básico da Assistência Farmacêutica |
| CRF-BA | Conselho Regional de Farmácia do Estado da Bahia |
| DCNT | Doença Crônica Não Transmissível |
| DM | Diabetes Mellitus |
| ESF | Estratégia de Saúde da Família |
| FESCFar | Fórum de Educação em Saúde e Criatividade para Farmacêuticos |
| HAS | Hipertensão Arterial Sistêmica |
| IBGE | Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística |
| IC | Intervalo de Confiança |
| ISC | Instituto de Saúde Coletiva |
| MEPISCO | Mestrado Profissional em Saúde Coletiva |
| OAPS | Observatório de Análise Política em Saúde |
| OMS | Organização Mundial da Saúde |
| ODS | Objetivo do Desenvolvimento Sustentável |
| OR | Odds Ratio |
| PNAD | Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios |
| PMS | Pesquisa Mundial de Saúde |
| PMAUM | Pesquisa Nacional sobre Acesso, Utilização e Promoção do Uso Racional de Medicamentos |
| PNAF | Política Nacional de Assistência Farmacêutica |
| PNM | Política Nacional de Medicamento |
| PNS | Pesquisa Nacional de Saúde |
| RAM | Resistência Antimicrobiana |
| RENAME | Relação de Medicamentos Essenciais |
| SM | Salário Mínimo |
| SUS | Sistema Único de Saúde |
| STROBE | Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology |
| TCLE | Termo de Consentimento Livre e Esclarecido |
| UBS | Unidade Básica de Saúde |
| UFBA | Universidade Federal da Bahia |
| UNEB | Universidade do Estado da Bahia |
| USF | Unidade de Saúde da Família |
| USP | Universidade de São Paulo |
| URM | Uso Racional de Medicamentos |

SUMÁRIO

| | | |
|------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| 1. | INTRODUÇÃO | 09 |
| 2. | REVISÃO DA LITERATURA | 11 |
| 2.1 | DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS (DCNT) | 11 |
| 2.2 | ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE (APS) | 12 |
| 2.3 | POLÍTICA NACIONAL DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA- ENFOQUE NO COMPONENTE BÁSICO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA E ACESSO A MEDICAMENTOS | 14 |
| 3. | OBJETIVOS | 19 |
| 3.1 | OBJETIVO GERAL | 19 |
| 3.2 | OBJETIVOS ESPECÍFICOS | 18 |
| 4. | METODOLOGIA DO ESTUDO | 19 |
| 4.1 | DESENHO DO ESTUDO | 19 |
| 4.2 | POPULAÇÃO E ÁREA | 19 |
| 4.3 | AMOSTRAGEM | 20 |
| 4.4 | COLETA DE DADOS | 21 |
| 4.5 | INSTRUMENTO | 22 |
| 4.6 | DEFINIÇÃO DE VARIÁVEIS | 22 |
| 4.7 | PLANO DE ANÁLISE | 24 |
| 4.8 | ASPECTOS ÉTICOS | 24 |
| 5. | RESULTADOS | 25 |
| 5.1 | PRODUTO I - ARTIGO “ACESSO A MEDICAMENTOS E SEUS FATORES ASSOCIADOS ENTRE USUÁRIOS DOS SERVIÇOS DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE EM SALVADOR, BAHIA” | 25 |
| 5.2 | PRODUTO TÉCNICO - DESENVOLVIMENTO DE PODCAST PAPO COMPRIMIDO | 39 |
| 6. | CONSIDERAÇÕES FINAIS | 51 |
| | REFERENCIAS | 52 |
| | APÊNDICE | 57 |
| | APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO ... | 57 |
| | APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO PÓS ESCLARECIDO | 59 |
| | APÊNDICE C – QUESTIONÁRIO SEMIESTRUTURADO DE USUÁRIO | 60 |

1. INTRODUÇÃO

As doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) constituem 7 das 10 principais causas de morte do mundo (WHO, 2019). Elas têm gerado redução do bem-estar das pessoas devido ao alto grau de limitação nas atividades diárias, além de impactos econômicos para as famílias e comunidades, agravando as iniquidades e aumentando a pobreza e sobrecarga dos sistemas de saúde (MALTA et al., 2017). As DCNT são um conjunto de enfermidades não infecciosas caracterizadas por sua progressão lenta, expressão clínica diversa e incapacidades funcionais de longo prazo. Os determinantes sociais que influenciam a sua ocorrência são as desigualdades sociais, as diferenças no acesso aos bens e aos serviços, a baixa escolaridade, as desigualdades no acesso à informação, além de possuírem fatores de risco modificáveis como alimentação inadequada, inatividade física, obesidade, tabagismo e consumo abusivo de álcool (BRASIL, 2021; MALTA et al., 2017).

De acordo com as Estimativas Globais de Saúde da Organização Mundial da Saúde (OMS), em 2019, as DCNT, incluindo doenças cardíacas, acidente vascular cerebral, câncer, diabetes e doenças pulmonares crônicas, são coletivamente responsáveis por 74% das mortes em todo o mundo (WHO, 2019). Similarmente, no Brasil, essas doenças estiveram envolvidas em cerca de 54,7% das mortes no mesmo ano (BRASIL, 2021). Diante desse panorama, as DCNT se tornaram prioridades dos governos, ademais seu impacto pode ser revertido por meio de intervenções amplas e custo efetivo de promoção da saúde para redução de seus fatores de risco, além de melhoria da atenção à saúde, detecção precoce e tratamento oportuno por meio da Atenção Primária à Saúde (APS) (WHO, 2019).

O acesso aos medicamentos é considerado uma das principais estratégias de enfrentamento das DCNT, pois a baixa adesão tem como consequência resultados ruins de saúde e gastos com assistência à saúde (CUTLER et al., 2018). Tal estratégia pode ser considerada um investimento econômico porque, se fornecida precocemente aos pacientes, poderá reduzir a necessidade de tratamentos mais onerosos. Assim, considerando a necessidade de aprofundamento na temática de acesso de medicamentos na APS e, tendo em vista a importância do monitoramento da obtenção de medicamentos nos serviços e a identificação dos grupos sociais mais vulneráveis (HOGERZEIL; MIRZA, 2011), esta dissertação teve como objetivo analisar a disponibilidade de medicamentos para tratamento de pessoas com Doenças Crônicas

Não Transmissíveis (DCNT) na APS no município de Salvador, Bahia, bem como identificar os seus fatores associados. Ressalta-se que a análise do papel de fatores individuais para a disponibilidade de medicamentos no SUS, pode contribuir para identificar os subgrupos mais vulneráveis e auxiliar as instâncias governamentais na construção de políticas que fomentem a equidade em saúde.

2. REVISÃO DE LITERATURA

A revisão de literatura contempla um breve apanhado sobre Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), Atenção Primária à Saúde (APS), Política Nacional de Assistência Farmacêutica (PNAF) com enfoque no Componente Básico da AF e no acesso a medicamentos.

2.1 DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS

Segundo a Organização Mundial da Saúde as doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), tendem a ser de longa duração e são resultado de uma combinação de fatores genéticos, fisiológicos, ambientais e comportamentais. Os principais tipos são as doenças cardiovasculares, cânceres, doenças respiratórias crônicas, diabetes e problemas de saúde mental, são um dos desafios mais significativos da saúde global da atualidade (WHO, 2022). As DCNT afetam desproporcionalmente as pessoas em países de baixa e média renda, onde ocorrem mais de três quartos das mortes globais, aproximadamente 31,4 milhões, mas recebem apenas cerca de 1 a 2% do investimento financeiro global para a saúde (WHO, 2013). Entretanto, em função da implementação de políticas de saúde que levaram a expansão da APS, nas últimas décadas, tem sido observada a redução das taxas de mortalidade por DCNT (STARFIELD, 2005).

Entre as DCNT, a hipertensão arterial sistêmica (HAS) é uma das principais condições de atendimento na Estratégia Saúde da Família (ESF) (PIMENTEL, 2011) e está amplamente associada ao aumento do risco cardiovascular, sendo sua prevenção e tratamento de extrema importância (SCHMIDT, 2011). Os dados de 2018 do Vigitel mostram que a hipertensão é a DCNT mais comum no país, atingindo cerca de um quarto da população: 22% dos homens e 27% das mulheres afirmaram ter recebido diagnóstico da doença. Em 2006, esses números eram de 18% para homens e 24% para mulheres (BRASILa, 2020). Já a PNS, realizada em 2019, mostra que a proporção de indivíduos de 18 anos ou mais que referem diagnóstico de hipertensão arterial no Brasil foi de 23,9% (BRASILb, 2020).

O Diabetes Mellitus (DM) é outra DCNT com importante taxa de morbimortalidade, estando associada a diversas complicações crônicas, como doenças cardiovasculares, retinopatia e nefropatia diabética (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2017). Os dados do Vigitel mostram um aumento de 40% nos casos de

diabetes no Brasil entre 2006 e 2018: de 5,5% para 7,7%. As mulheres ainda sofrem mais com o diabetes (8% contra 7% dos homens), mas eles apresentaram um crescimento maior no mesmo período: 61% de aumento no número de diagnósticos (BRASILa, 2020). Em 2019, a PNS estimou que no Brasil 7,7% da população de 18 anos ou mais de idade receberam diagnóstico médico de diabetes (BRASILb, 2020).

Pessoas com DCNT, ou em risco de desenvolver uma, necessitam de cuidados permanentes que sejam proativos, centrados no paciente, baseados na comunidade e sustentáveis. Esses cuidados podem ser prestados de forma equitativa apenas por meio de sistemas de saúde baseados na APS (MENDES, 2012). A APS é o ponto de entrada mais frequente para as pessoas no sistema de saúde e, portanto, oferece o maior potencial para detectar indivíduos de alto risco que podem estar visitando os serviços de saúde por outros motivos de saúde. A APS, portanto, representa uma opção viável, acessível e equitativa para alcançar as pessoas que necessitam de cuidados de saúde para doenças não transmissíveis (STARFIELD, 2002). Entretanto, a maioria dos países não tem capacidade adequada para formular políticas e planos estratégicos baseados em evidências, e tem acesso limitado a uso de dados de qualidade para informar o desenvolvimento. Há também uma falta de reconhecimento de que as doenças não transmissíveis fazem parte do pacote essencial de APS, o que constitui a principal barreira para enfrentar as DCNT, em especial para minimizar o sofrimento dos que já se encontram doentes (WHO, 2018).

Ademais, é importante mencionar que o impacto das DCNT na agenda de desenvolvimento global, a meta 3.4 dos ODS, especifica uma redução de um terço na mortalidade prematura (NUGENT, 2018). Abordar questões de saúde, estilo de vida e desigualdades sociais que afetam o surgimento de fatores de risco de DCNT em indivíduos são essenciais para lidar com esse problema, juntamente com o acesso a medicamentos eficazes. Adicionalmente, o Plano de Ação Global da OMS para a prevenção e controle de DCNT 2013–2020, incluiu uma meta específica de acesso a medicamentos, de 80% de disponibilidade de tecnologias básicas acessíveis e medicamentos essenciais, incluindo genéricos, necessários para tratar doenças graves DCNT em serviços de saúde.

2.2 ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE (APS)

A Atenção Primária à Saúde (APS) é destacada como a mais apropriada, segura, custo-efetivo e sustentável para os países atingirem a cobertura universal de saúde, portanto trata-se de uma indispensável forma de acesso ao sistema de saúde, estando diretamente associada a uma oferta mais equitativa dos serviços de saúde a população atendida (STARFIELD, 2005; HONE, 2018). Por ser considerada a porta de entrada principal ao sistema de saúde, é o primeiro nível de atenção, idealmente, deve amparar a maior parte das necessidades e das condições de saúde dos seus usuários, ao mesmo tempo oferecer serviços de prevenção e promoção da saúde. Além disso, a atenção nesse nível é caracterizada por levar em consideração os aspectos biopsicossociais dos indivíduos, de forma a extrapolar o modelo hegemônico biomédico (STARFIELD, 2002).

Segundo Starfield (2002), os conceitos dos níveis de saúde e APS foram citados pela primeira vez em 1920 no relatório de Dawson, na Inglaterra. Este documento distinguia três níveis principais de serviços de saúde (centros de saúde primários, centros de saúde secundários e hospitais-escola) e propunha vínculos formais entre eles. Em 1978, surgiu o conceito da APS na Conferência de Alma Ata, realizada pela Organização Mundial da Saúde (OMS), como modelo para as nações e reconhecendo a saúde como um direito humano, assim como os determinantes sociais da saúde e centralizando a participação das pessoas e de suas comunidades. De acordo com a declaração, para alcançar a visão de cuidados de saúde primários, é necessário definir uma lista dos serviços de saúde e medicamentos essenciais que se espera que todas as unidades primárias de saúde forneçam (DECLARAÇÃO ..., 1978; ORGANIZAÇÃO PAN- AMERICANA DA SAÚDE, 2007).

Paralelamente ao que ocorria no mundo, segundo Mendes (2012), a APS no sistema público brasileiro iniciou nos anos 20 do século XX, transitou por diversos momentos, incluindo a Constituição Federal de 1988, inspirada na Declaração de Alma-Ata, que estabeleceu “saúde como direito de todos e dever do Estado”, com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), que busca cumprir com os princípios de universalidade, integralidade, equidade e participação social, até estruturar-se, no ciclo da atenção básica à saúde durante o Governo Itamar Franco. Este ciclo da APS integra diversas estratégias governamentais, como a Estratégia de Saúde da Família (ESF), iniciada em

1994, que leva serviços multidisciplinares às comunidades por meio das Unidades de Saúde da Família (USF).

A ESF é considerada o principal veículo da cobertura universal da saúde e da APS no Brasil, integrando cuidados individuais e ações coletivas de promoção e prevenção, cura e reabilitação. Ela busca garantir a continuidade da atenção coordenada, viabilizando o acesso à atenção especializada e hospitalar, conforme necessidades dos seus usuários. Sua perspectiva requisita promover políticas públicas transversais intersetoriais para enfrentar as iniquidades de saúde (FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ E CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2018).

Segundo Malta et al (2016), uma APS bem estruturada, organizada e com qualidade, traz melhorias no acesso à saúde (MALTA et al., 2016), o que pode reduzir internações evitáveis, gastos hospitalares, taxa de mortalidade infantil e taxas de baixo peso ao nascer, além de detectar precocemente alguns tipos de cânceres, (MACINKO; GUANAIS; SOUZA, 2006; MALTA et al., 2016; MOROSINI; FONSECA; LIMA, 2018; SHI, 2004).

2.3 POLÍTICA NACIONAL DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA- ENFOQUE NO COMPONENTE BÁSICO DA AF E ACESSO A MEDICAMENTOS

Na perspectiva da Saúde Coletiva, os medicamentos são insumos de saúde essenciais para a efetividade das ações em saúde. Mesmo em países que possuem sistemas de saúde universais e economia pouco regulada, estes também são instrumentos de garantia de direitos e bens de consumo (SOUZA e BAHIA, 2013). Neste campo de atuação destaca-se a assistência terapêutica integral, inclusive farmacêutica, a qualquer pessoa através de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, com a integração das ações assistenciais e das atividades preventivas.

No Brasil, a saúde é um direito garantido pela Constituição Federal. É dever do Estado garantir o acesso à saúde pública, universal, integral e gratuita a toda população. Nesse sentido, o Sistema Único de Saúde (SUS) se configura como política pública em todo o país. E é por meio da Política Nacional de Medicamentos (PNM), aprovada em 1988, que a Assistência Farmacêutica (AF) entra como estratégia na efetivação dos objetivos do SUS (SOUZA e BAHIA, 2014).

Corroborando, 6 anos depois, em 2004, o Conselho Nacional de Saúde (CNS) publica a Política Nacional de Assistência Farmacêutica (PNAF), que reforça a ideia de

que a Assistência Farmacêutica (AF) é parte do cuidado à saúde, tendo no medicamento o insumo essencial, cujo acesso deve ser garantido, bem como o uso racional (BRASIL, 2004). Nesse sentido, a gestão da AF ganha mais importância no que se refere a forma de organização, financiamento, critério de acesso e elenco de medicamentos. Isso porque o medicamento é uma tecnologia em saúde importante, onde a falta pode significar a descontinuação do tratamento, afetando o bem-estar da população.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) considera o acesso aos medicamentos essenciais um direito à saúde da população e, portanto, um indicador da qualidade do sistema de saúde (WHO, 1993; OFORI-ASENSO, 2016). O acesso a medicamentos essenciais de qualidade é fundamental para reduzir a sobrecarga financeira dos cuidados e melhorar a saúde da população em nível mundial. Por este motivo, as Nações Unidas o consideram um componente vital dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) (NAÇÕES UNIDAS, 2019; OMS, 2019). Entretanto, devido à complexidade envolvida na dinâmica de obtenção do acesso a medicamentos, diversos autores o definem como multidimensional. Esse modelo conceitual, definido inicialmente por Pechansky e Thomas (1981), abrange dimensões específicas que incluem: disponibilidade (availability), acessibilidade geográfica (accessibility), adequação (accommodation), capacidade aquisitiva (affordability) e aceitabilidade (acceptability) que devem estar bem articuladas para que seja considerado um acesso adequado (OMS, 2000 apud BIGDELI et al., 2013). Em consequência, essa característica da multidimensionalidade torna-se desafiadora a caracterização do acesso em seu aspecto integral. Para contornar essa limitação, o domínio “disponibilidade de medicamentos” vem sendo utilizado, na literatura, como o elemento mais concreto dessa teoria (NASCIMENTO et al., 2017).

Entende-se que um medicamento está disponível quando o mesmo é fornecido no momento em que o usuário necessita, na quantidade suficiente para o tratamento prescrito e em condições adequadas para o seu uso (BERMUDEZ; OLIVEIRA; ESHER, 2004; LUIZA, 2003). A disponibilidade dos medicamentos vai depender da oferta dos mesmos nos serviços e da procura pelos usuários (CAMERON et al., 2011; MSH, 2012). Caso haja uma tendência de queda na oferta ou aumento na procura, o resultado pode ser uma disponibilidade falha ou a indisponibilidade de medicamentos nos serviços. Manter essa balança em equilíbrio, de modo a assegurar que os medicamentos sejam efetivamente disponibilizados, é um desafio para a garantia da cobertura total do cuidado em saúde, principalmente no tocante aos serviços universais

e gratuitos, como no Brasil. O que se observa, na maioria das vezes, é uma ausência de políticas públicas eficientes que se somam a um subfinanciamento do setor da saúde, levando a falhas na cadeia de suprimento dos medicamentos (WIRTZ et al., 2017).

De acordo com a OMS, aproximadamente 2 bilhões de pessoas não têm acesso a medicamentos essenciais em todo o mundo, resultando em maior sofrimento, doenças prolongadas, deficiências desnecessárias e mortes evitáveis (OMS, 2017). Isso significa que um terço da população mundial não obtém regularmente os seus medicamentos essenciais (HOGERZEIL; MIRZA, 2011). Os países de baixa e média renda são os mais afetados, sendo que neles a disponibilidade de alguns medicamentos no setor público é de 38% a 46%, respectivamente (WHO, 2019).

A indisponibilidade dos medicamentos pode trazer consequências no âmbito individual e coletivo, destacando-se a piora do estado clínico do paciente, a necessidade do uso de terapias adicionais e o aumento tanto do retorno aos serviços, quanto dos gastos públicos e privados em saúde (SANTA HELENA; ANDERSEN; MENONCIN, 2015; WIRTZ et al., 2017). De acordo com a Pesquisa Mundial de Saúde (PMS), realizada pela OMS (WHO, 2019), 41% das famílias em países de baixa renda tiveram todos os seus gastos em saúde voltados para a compra de medicamentos. Essas despesas poderiam ser evitadas, ou minimizadas, caso o sistema público fornecesse os medicamentos de forma efetiva para a população (WAGNER et al., 2011). Prashanth et al (2016), na Índia, identificaram que 70% das despesas em saúde dos indivíduos, referem-se a medicamentos comprados em farmácias privadas, devido à falta frequente nos centros da APS e à aquisição e distribuição falha em outros níveis de atenção. Prevalência similar foi encontrada em um estudo realizado no Nepal, em que 64% dos entrevistados tiveram que recorrer ao sistema privado para adquirir medicamentos em falta no setor público (THAPA; GHIMIRE; ADHIKARI, 2016).

No Brasil, a Política Nacional de Medicamentos (PNM) e a Política Nacional de Assistência Farmacêutica (PNAF), publicadas em 1998 e em 2004, respectivamente, foram os marcos legais para a promoção do acesso e para o fomento ao Uso Racional de Medicamentos (URM) (OLIVEIRA; ASSIS; BARBONI, 2010). No entanto, mesmo com a implementação dessas políticas, o acesso aos medicamentos pela população brasileira ainda é um desafio para os gestores do Sistema Único de Saúde (SUS). Problemas de ordem financeiras, gerenciais e organizacionais são exemplos de aspectos que podem explicar as falhas na disponibilidade de medicamentos nos serviços de saúde (BOING et al., 2013; OLIVEIRA; ASSIS; BARBONI, 2010).

Em relação à APS, sabe-se que, idealmente, ela deve ser capaz de solucionar a maioria das necessidades em saúde da população e, portanto, torna-se paradoxal que haja uma baixa disponibilidade de medicamentos nesse nível de cuidado. Além disso, considera-se que a população mais vulnerável em termos sociais, econômicos e de saúde é aquela que mais depende do sistema público (WHO, 2008), portanto, se há falta de uma tecnologia de saúde tão necessária, reforça-se um ciclo de iniquidades.

Observa-se na literatura uma carência de estudos que analisem a disponibilidade de medicamentos na APS e que determinem os seus fatores associados. No entanto, dentre os trabalhos publicados, o que os autores têm reiteradamente evidenciado é a baixa disponibilidade de medicamentos neste nível de atenção, com prevalências que variam entre 44,9% a 75% (ÁLVARES et al., 2017; BITTENCOURT et al., 2017; MENDES et al., 2014; NASCIMENTO et al., 2017; NAVES; PORTELA et al., 2012; SANTA HELENA; ANDERSEN; MENONCIN, 2015). Ressalta-se que comparações entre as diferentes investigações são limitadas, especialmente em função da medida da disponibilidade adotada nos trabalhos. Há, por exemplo, autores que avaliam a partir de uma lista de medicamentos traçadores, a presença de ao menos uma unidade dos produtos selecionados na farmácia (HELFER et al., 2012; MENDES et al., 2014; NASCIMENTO et al., 2017). Outros consideram a percepção dos usuários dos serviços de saúde (AZIZ et al., 2011; BOING et al., 2013; COSTA; FRANCISCO; BARROS, 2016; MONTEIRO et al., 2016; OLIVEIRA et al., 2016; SANTA HELENA; ANDERSEN; MENONCIN, 2015) e em menor número, algumas avaliações são realizadas considerando os medicamentos dispensados, de acordo com a prescrição dos usuários (BITTENCOURT et al., 2017; MELO; SILVA; CASTRO, 2016; PORTELA et al., 2012).

O financiamento da AF no SUS está estruturada em três componentes: o básico, o estratégico e o especializado. O Componente Básico da Assistência Farmacêutica (CBAF) promove ao cidadão acesso a medicamentos e insumos para o tratamento dos principais problemas e condições de saúde da população brasileira na Atenção Primária à Saúde (APS). As esferas estaduais e municipais de governo têm autonomia para pactuar o elenco de referência de medicamentos desde que constem na Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME). O financiamento desse componente é descentralizado entre as três esferas de gestão e estabelecido com a Comissão Interegistros Tripartite (CIT), sendo o repasse financeiro regulamentado pelos Artigos nº 537 a 539 da Portaria de Consolidação GM/MS nº 6, de 28 de setembro de 2017. A

responsabilidade pela aquisição e pelo fornecimento dos itens à população fica a cargo do ente municipal, ressalvadas as variações de organização pactuadas por estados e regiões de saúde (BRASIL, 2017; BRASIL, 2022).

O elenco de medicamentos do CBAF é elaborado na perspectiva de tentar suprir a maioria dos problemas de saúde da população, entretanto pode ser suplementado com outros itens pelos estados e municípios, presentes, respectivamente, na Relação Estadual de Medicamentos Essenciais (RESME) e na Relação Municipal de Medicamentos Essenciais (REMUME) vigentes, definidas de acordo com o perfil epidemiológico da população local (GOVERNO DO ESTADO DA BAHIA, s/d).

No estado da Bahia, o elenco de medicamentos e insumos do CBAF segue a orientação dos Anexos I e IV da Rename e da Resolução da Comissão de Intergestores Bipartite nº 255/2017 e sua dispensação ocorre nas farmácias das unidades básicas de saúde (UBS), sob responsabilidade das secretarias de saúde, mediante apresentação de prescrição médica.

3. OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

Estimar a prevalência de acesso aos medicamentos para tratamento de pessoas com Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), no âmbito da APS, sob a perspectiva do usuário, na cidade de Salvador, Bahia, Brasil.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Estimar o acesso autorreferido a medicamentos e seus fatores associados entre os usuários dos serviços de Atenção Primária à Saúde (APS) em Salvador, Bahia, Brasil;
- Desenvolver um podcast destinado à comunidade para abordar o uso adequado e acesso a medicamentos.

4. METODOLOGIA DO ESTUDO

4.1 DESENHO DO ESTUDO

Trata-se de um estudo epidemiológico analítico transversal, caracterizado como um estudo de observação direta de uma quantidade planejada de indivíduos em uma oportunidade única. O estudo transversal ou seccional, como também pode ser denominado, apresenta vantagens significativas principalmente pelo fato de ter um baixo custo e pela possibilidade de serem utilizados para avaliar diversos problemas de saúde (MEDRONHO, 2009).

O presente estudo integra a pesquisa “Assistência Farmacêutica na Atenção Primária a Saúde: Um Estudo de Natureza Avaliativa no Município de Salvador (PMAUM), realizado em parceria com pesquisadores da Universidade do Estado da Bahia e do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia, por meio do Observatório de Análise Política em Saúde, eixo Medicamentos, sangue, Assistência Farmacêutica e Vigilância Sanitária (ISC/OAPS/UFBA). A PMAUM é composta por um levantamento de informações em uma amostra de serviços da APS no município de Salvador com entrevistas presenciais.

Este estudo está fundamentado nos critérios propostos pela iniciativa Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology (STROBE) para publicação e organização de artigos científicos (MALTA, 2010).

4.2 POPULAÇÃO E ÁREA

A população do presente estudo é composta pelos usuários dos serviços de saúde da APS, maiores de 18 anos, que estavam na unidade de saúde para adquirir medicamento ou realizar atendimento para si, que apresentaram diagnóstico de DCNT, que se encontravam nas UBS nos dias referentes às visitas para coleta de dados e que aceitaram participar da pesquisa assinando o Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE), Apêndice 1. Dessa forma, foram incluídos como sujeitos da pesquisa os usuários de medicamentos das respectivas unidades.

Na composição da área para estudo, foi inserido o DS de Brotas, Centro Histórico, Cabula/Beiru e Itapuã, na cidade do Salvador, Bahia. Entre as unidades desses distritos foram selecionadas unidades básicas de saúde (UBS) que possuíam

farmácias que dispensavam medicamentos. Após a identificação dessas unidades procedeu-se o sorteio aleatório para eleger amostra de unidades onde foram coletados os dados de forma presencial.

4.3 AMOSTRAGEM E CÁLCULO AMOSTRAL

A amostragem incluiu distintos critérios de seleção, com a amostra de UBS selecionadas a partir de listagem de UBS da APS (Unidades Básicas de Saúde, Centros de Saúde e Unidades de Saúde da família) com farmácias de dispensação nos 12 Distritos Sanitários (DS), Salvador, Bahia. A partir da identificação do total de unidades de cada DS realizou-se sorteio daquelas que comporiam a amostra representativa de cada DS. Em cada DS, a amostra dos usuários da pesquisa foi definida por meio de uma amostragem simples com erro amostral de 10% e intervalo de confiança (IC) de 95%, e estabelecidas padrões de amostragem de acordo com o número médio de atendimento de usuários nas farmácias de cada unidade selecionada (Tabela1).

Tabela 1. Padrões de amostragem de acordo com o número médio de atendimento de usuários nas farmácias de cada unidade selecionada, Salvador, Bahia, 2019.

| MÉDIA DE PACIENTES/DIA | AMOSTRA DE USUÁRIOS |
|-------------------------------|----------------------------|
| 200 | 68 |
| 150 | 58 |
| 100 | 48 |
| 80 | 43 |
| 50 | 33 |
| 25 | 20 |
| 15 | 13 |

Por restrições orçamentárias, os entrevistadores foram orientados a realizar o máximo de três visitas à unidade de saúde e efetuar o maior número de entrevistas de usuários possíveis. Os usuários foram abordados enquanto aguardavam por atendimento médico ou dispensação de medicamentos. A Tabela 2 apresenta a amostra planejada da pesquisa, levando em consideração o número de unidades por DS que entraram na

amostra final e a quantidade de usuários entrevistados no conjunto das respectivas unidades.

Tabela 2. Amostra planejada da Pesquisa Municipal sobre Acesso, Utilização e Promoção do Uso Racional de Medicamentos no Município de Salvador- Bahia, 2019.

| DISTRITOS SANITÁRIOS | UBS DA AMOSTRA | USUÁRIOS ENTREVISTADOS |
|---------------------------------|---------------------------|-----------------------------------|
| CABULA/BEIRU | 8 | 139 |
| CENTRO HISTÓRICO | 5 | 131 |
| BROTAS | 4 | 67 |
| ITAPUÃ | 6 | 57 |
| TOTAL | 23 | 394 |

4.4 COLETA DE DADOS

A coleta de dados foi composta a priori por projeto-piloto realizado em 2018 para observação da viabilidade do instrumento a ser executado. Após ajustes necessários iniciou-se, em 2019, a coleta de dados nas UBS inseridas nos distritos sanitários de Salvador, Bahia. A coleta deveria dar seguimento nos 12 Distritos Sanitários (DS) do município, porém foi interrompida devido a pandemia da Covid-19, alcançando 4 distritos: Itapuã, Brotas, Centro Histórico e Cabula/Beiru.

As entrevistas foram realizadas com a utilização de um questionário estruturado para a população alvo desse estudo: usuários de medicamentos. O tempo médio das entrevistas foi de 20 a 30 minutos, variando de acordo com o número de comorbidades apresentadas e de medicamentos utilizados. Foram coletadas informações pessoais de todos os entrevistados, além das questões específicas do estudo. Os questionários foram aplicados presencialmente nas UBS com os usuários que estivessem presentes e aceitassem participar da pesquisa.

Os entrevistadores foram treinados e esclarecidos sobre a pesquisa e a padronização dos procedimentos de coleta de dados. Todas as entrevistas foram precedidas por informações ao entrevistado sobre os objetivos da pesquisa e pela assinatura do TCLE e posteriormente uma cópia desse termo foi entregue ao

participante. Os resultados da investigação serão divulgados de forma agregada, garantindo o anonimato dos entrevistados.

4.5 INSTRUMENTO

O questionário de usuário aplicado teve por objetivo coletar as informações sobre as doenças crônicas, acesso e uso de medicamentos. O mesmo foi adaptado da pesquisa PNAUM serviços, realizada em 2015. As variáveis foram agrupadas em seções de I a VII, totalizando 161 perguntas e não necessariamente o usuário respondia todos os quesitos, uma vez que não apresentando uma das condições de saúde o instrumento permitia a passagem para a seção ou questão seguinte.

Na seção inicial constam as informações do entrevistado como nome, idade, dentre outros. Na seção II foram incluídas perguntas referentes a doenças crônicas, em que os usuários eram questionados sobre possíveis diagnósticos médicos, tais como DM, HAS, depressão, doença hematológica (doenças do sangue), outra doença com mais de seis meses de duração, além de informações sobre atendimentos em emergências e possíveis internações. Para cada doença era oportunizado ao paciente informar quais os medicamentos ele utilizava em determinadas patologias.

A seção III contém perguntas sobre o serviço de saúde e farmácia em que o entrevistado responde sobre o local em que o indivíduo realizava tratamento e frequentava para retirar seus medicamentos. Na próxima seção (IV), comportamento no uso de remédios, os entrevista dos informam de maneira geral qual o comportamento ao utilizar medicamentos. A seção V referia-se ao estilo de vida do paciente e o mesmo informava sobre o seu dia-a-dia e hábitos do cotidiano. Já na seção VI as questões visavam à obtenção de informação sobre plano de saúde, na última seção, a VII as perguntas são relacionadas ao domicílio.

O instrumento de coleta estava em formato físico e também em tablets cedidos pela Universidade Federal da Bahia para a coleta de dados.

4.6 DEFINIÇÃO DAS VARIÁVEIS

Foram coletados dados demográficos, socioeconômicos, hábitos sociais, consumo de medicamentos, indicadores de saúde e utilização de serviços de saúde, informações e dispensação dos medicamentos. A obtenção autorreferida de

medicamento na farmácia da APS por meio da pergunta “O senhor conseguiu os remédios que procurava na farmácia da UBS?” foi considerada como variável dependente e categorizada em sim e não.

Para averiguar a prevalência de uso de medicamentos foi estabelecido para cálculo no denominador com o total de pessoas com 18 anos ou mais na amostra, ao mesmo tempo em que o indicador de acesso aos medicamentos teve como numerador a classificação de acesso.

As variáveis independentes demográficas e socioeconômicas, foram sexo, idade, cor da pele, situação conjugal, escolaridade, renda familiar mensal e ter auxílio do governo. A variável sexo foi definida em masculino e feminino. A idade, para fins de análise, foi definida em faixas etárias de 18 a 39, 40 a 59 e maior ou igual a 60 anos.

A cor da pele autorreferida foi coletada de acordo com as categorias do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) em branca, preta, parda, amarela e vermelha, mas para fins de análise estas foram colapsadas em branca e preta/parda. As categorias amarela e vermelha não foram representadas. A situação conjugal foi definida categoricamente de acordo com a presença de companheiro. A escolaridade foi definida em ensino superior, ensino médio e ensino fundamental/analfabeto. Já a renda familiar mensal foi definida em Reais (R\$) e classificada em menor ou igual a 1 (um) Salário Mínimo (SM), maior que 1 (um) e menor que 3 (três) e maior ou igual a 3 (três). Ter auxílio do governo foi categorizado em sim e não.

As variáveis relacionadas ao perfil de saúde e hábitos de vida foram: frequência do uso do SUS, possuir plano de saúde, número de doenças crônicas, autopercepção da saúde, hábito de fumar, consumo de bebida alcoólica, prática de exercício físico, ter sido internado em hospital e ter sido atendido em emergência.

A frequência do uso do SUS foi categorizada em sempre/quase sempre e às vezes/raramente e possuir plano de saúde, definida como sim e não. O número de doenças crônicas foi categorizado em nenhuma e maior ou igual a uma. A autopercepção da saúde foi reportada como muito boa ou boa e regular/ruim/muito ou ruim. O hábito de fumar foi categorizado como variável dicotômica e a frequência de consumo de bebida alcoólica foi definida como raramente ou nunca e sempre ou quase sempre. As variáveis práticas de exercício físico, ter sido internado no hospital nos últimos 12 meses e ter sido atendido em emergência em igual período foram definidas em sim e não.

As variáveis vinculadas à acessibilidade geográfica, foram nível de dificuldade de acesso até a unidade de saúde, modo de deslocamento até a unidade de saúde e distância da residência até a unidade de saúde. As variáveis foram categorizadas da seguinte forma: tais nível de dificuldade de acesso até a unidade de saúde definida em fácil e difícil, modo de deslocamento até a unidade de saúde, classificada como ônibus/carros/moto/outros e a pé e, por fim, distância da residência até a unidade de saúde categorizada em sim e não.

4.7 PLANO DE ANÁLISE

O banco de dados foi confeccionado no programa *Excel for Windows* e a digitação realizada em duplo registro, com o objetivo de minimizar erros de preenchimento, e na sequência, foram realizados procedimentos de tratamento de dados. As análises bivariadas foram realizadas para investigar as variáveis independentes que se associaram com o desfecho, acesso a medicamentos. A magnitude da associação foi estimada pelo cálculo da razão de chances (Odds Ratio, OR) e respectivo intervalo de confiança de 95% (IC95%).

Posteriormente, foram realizadas análises multivariadas, utilizando-se regressão logística, a partir de um modelo teórico pré-estabelecido, no qual as variáveis independentes ou fatores foram organizados em blocos hierarquizados, mediante estratégia analítica, que consiste na entrada dos blocos de variáveis segundo o método forward (processo anterógrado). Desta forma, por meio do módulo em passos – primeiro se incluiu o bloco das variáveis demográficas e socioeconômicas; em seguida o bloco das variáveis relacionadas ao perfil de saúde e hábitos de vida e por último o bloco das variáveis relacionadas à acessibilidade geográfica. Estabeleceu-se a significância estatística, para a seleção das variáveis independentes, nas análises intrabloco de $p \leq 0,20$, e de valor de $p \leq 0,05$, na modelagem hierarquizada. Os pacotes utilizados foram o *Excel for Windows* (versão 3.2) e o STATA (versão 14.2).

4.8 ASPECTOS ÉTICOS

Os aspectos éticos deste trabalho observam a Declaração de Helsinque adotada pela 18ª Assembleia Médica Mundial em Helsinque, Finlândia em junho de 1964 e a Resolução Nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, para pesquisa em seres

humanos, aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UNEB sob CAAE: 93991118.5.0000.0057, parecer N° 2.791.392 de 31 de julho de 2018. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) de todos os voluntários da pesquisa foi coletado, conforme os protocolos estabelecidos nas resoluções citadas.

5. RESULTADOS

Os resultados desta investigação serão apresentados na forma de dois produtos, um artigo e um relatório técnico. As versões preliminares encontram-se dispostas a seguir:

- Produto I: Acesso a medicamentos e seus fatores associados entre usuários dos serviços de Atenção Primária à Saúde em Salvador, Bahia
- Produto II: Relatório da produção de produto técnico: *podcast* Papo Comprimido

5.1 PRODUTO I – ARTIGO

Título: ACESSO A MEDICAMENTOS E SEUS FATORES ASSOCIADOS ENTRE USUÁRIOS DOS SERVIÇOS DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE EM SALVADOR, BAHIA

Resumo

Objetivo: Estimar prevalência do acesso a medicamentos e seus fatores associados entre os usuários dos serviços de Atenção Primária à Saúde. Métodos: Trata-se de um estudo de corte transversal realizado com dados da pesquisa “Assistência Farmacêutica na Atenção Primária a Saúde: Um Estudo de Natureza Avaliativa no Município de Salvador (PMAUM)”, em parceria com a Universidade do Estado da Bahia e do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia. A população do estudo foi composta por usuários dos serviços de farmácia de Unidades Básicas de Saúde dos Distritos Sanitários de Brotas, Itapuã, Centro Histórico e Cabula/Beiru. Foram incluídos indivíduos de ambos os sexos, com idade superior a 18 anos e com diagnóstico autorreferido de Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT). Os dados foram coletados de Janeiro de 2019 a Março de 2020 por pesquisadores treinados. Foram obtidas informações sobre o acesso aos medicamentos e sobre as características sociodemográficas e econômicas, sobre o perfil de saúde, os hábitos de vida e a acessibilidade geográfica. Foram realizadas análises descritivas e de regressão logística hierárquica. Resultados: Foram incluídos 283 indivíduos e, dentre estes, 190 (67,1%) referiram ter tido acesso a medicamentos nas farmácias das unidades investigadas. Ter idade ≥ 60 anos (OR=0,33; IC95%: 0,14 – 0,75), viver sem companheiro(a) (OR=2,13; IC95%: 1,16 – 3,91) e ter dificuldade de acesso para chegar às unidades de saúde (OR=2,64; IC95%: 1,26 – 5,54) se mostraram como fatores associados ao acesso a medicamentos na APS. Conclusões: Conclui-se que pessoas sem companheiro e com dificuldade para chegar na UBS têm mais dificuldade de ter acesso a um tratamento completo, diferentemente das que têm idade maior que 60 anos. Tratando-se de DCNT, a não utilização ou subutilização dos medicamentos necessários impossibilita um tratamento adequado, que pode levar ao agravamento das enfermidades ou complicações de saúde, aumentando a busca por outros serviços de saúde e os gastos com procedimentos mais dispendiosos. Tais dados apontam para a necessidade de políticas públicas direcionadas à promoção da equidade, buscando levar a AF àqueles com maiores dificuldades de acesso.

Palavras-chave: Acesso a Medicamentos; Atenção Primária à Saúde; Doenças Crônicas Não Transmissíveis; Estudos Transversais.

Introdução

As Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) são responsáveis pela maior carga de morbimortalidade no mundo, acarretando perda de qualidade de vida, limitações, incapacidades, além de alta taxa de mortalidade prematura (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2011). Os países enfrentam os desafios do aumento da prevalência de DCNT devido ao aumento dos fatores de risco e ao envelhecimento da população, juntamente com o subdiagnóstico e o subtratamento (BERAN, 2019). Em consonância, no Brasil as DCNT constituem o grupo de doenças de maior magnitude, atingindo, especialmente, as populações mais vulneráveis, como as de baixas renda e escolaridade. De acordo com o Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das DCNT no país de 2021 a 2030, esses agravos foram responsáveis por 54,7% dos óbitos registrados em 2019 (BRASIL, 2022).

Para que haja o controle mais efetivo das DCNT, garantir o acesso aos medicamentos integrado à Atenção Primária à Saúde (APS) figura como uma das formas de garantir direito à saúde, o que possibilita a redução de morbimortalidade e melhora a saúde e a qualidade de vida dos usuários, além de reduzir os gastos com a atenção em saúde de alta complexidade. No entanto, o acesso a medicamentos essenciais para prevenir e tratar esses agravos em muitos países não estão disponíveis quando necessários e, se estiverem presentes, são inacessíveis. Fornecer medicamentos para DCNT é apenas uma parte de um quadro complexo de prestação de cuidados dentro do sistema de saúde, que requer o fortalecimento, bem como recursos financeiros, estabelecimento de prioridades e sistemas de monitoramento e avaliação (BERAN, 2019).

Considerando-se os elevados custos com tratamento, a disponibilização por meio de políticas públicas é frequentemente a única alternativa de acesso ao medicamento (REMONDI, 2014). No Brasil, o Sistema Único de Saúde (SUS) assegura o financiamento dos medicamentos para tratamento de pessoas com DCNT principalmente através do Componente Básico da Assistência Farmacêutica (CBAF) inseridos na rede de cuidados da APS. O acesso a esses medicamentos é efetivado por meio das farmácias básicas, inseridas nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) da Atenção Primária a Saúde (APS). Entretanto, o acesso a medicamentos é um tema complexo e multifacetado. Apesar das variações conceituais, é central a compreensão de que diversos fatores interferem na capacidade de os indivíduos receberem os medicamentos adequados e de qualidade, conforme suas necessidades, em tempo oportuno.

Contudo, apesar de existir uma Política Nacional de Medicamentos (PNM) e a Política de Assistência Farmacêutica (PNAF), para que o acesso a essas tecnologias aconteça, sabe-se que somente serão factíveis as ações que tiverem disponíveis os meios necessários para sua execução (BRASIL, 2007). Álvares et al. (2017), afirmaram que o acesso aos medicamentos ainda é fortemente comprometido pela baixa disponibilidade de medicamentos em Unidade Básica de Saúde (UBS), sugerindo que este não ocorre de forma universal, equânime e resolutiva à população e continua sendo um desafio para o SUS. A falta de acesso a esses insumos afeta os resultados dos usuários e o sistema de saúde, como aumento dos encargos econômicos, interferência no atendimento e insatisfação (AL RUTHIA, 2017; MC LAUGHLIN, 2013). Desta forma, dados sobre o acesso a medicamentos são importantes ferramentas para caracterizar o sistema de saúde e embasar políticas e ações que visem a ampliar o acesso aos cidadãos (PANIZ, 2008; ARRAIS, 2005; HALAL, 1994). Deste modo, o objetivo deste estudo foi estimar a prevalência de acesso autorreferido a medicamentos e seus fatores associados entre os usuários dos serviços de APS em Salvador, Bahia.

Materiais e Métodos

Trata-se de um estudo transversal vinculado à pesquisa “Assistência Farmacêutica na Atenção Primária a Saúde: Um Estudo de Natureza Avaliativa no Município de Salvador (PMAUM)”, em parceria com a Universidade do Estado da Bahia (UFBA) e com o Instituto de Saúde Coletiva (ISC) da Universidade Federal da Bahia. Foram convidados a participar do estudo usuários da APS dos Distritos Sanitários (DS) Brotas, Itapuã, Centro Histórico e Cabula/Beiru) vinculados a Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Salvador, Bahia.

Foram incluídos usuários com idade maior igual a 18 anos que se encontravam na Unidade Básica de Saúde (UBS) para adquirir medicamentos ou esperando atendimentos e que tinham diagnóstico autorreferido de DCNT. Dados primários foram coletados por meio de aplicação de formulários. A coleta de dados foi realizada por graduandos dos cursos de Farmácia da Universidade do Estado da Bahia (UNEB) e da UFBA, além de residentes do (ISC/UFBA). Todos foram devidamente treinados e as entrevistas foram realizadas de Janeiro de 2019 a Março de 2020 nas UBS previamente selecionadas. Foi realizado um estudo piloto com o intuito de calibrar o formulário e os pesquisadores.

Foram coletados dados demográficos, socioeconômicos, hábitos sociais, consumo de medicamentos, indicadores de saúde e utilização de serviços de saúde, informações e dispensação dos medicamentos. A obtenção autorreferida de medicamento na farmácia da APS por meio da pergunta “O(a) Sr(a) conseguiu os remédios que procurava na farmácia da UBS?” foi considerada como variável dependente e categorizada em sim e não. As variáveis independentes foram agrupadas em três blocos.

No Bloco 1 constavam as variáveis demográficas e socioeconômicas, tais como sexo e a idade em anos. Para fins de análise foram definidas as faixas etárias de 18 a 39, 40 a 59 e maior ou igual a 60 anos. A cor da pele autorreferida foi coletada de acordo com as categorias do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) em branca, preta, parda, amarela e vermelha, mas para fins de análise estas foram colapsadas em branca e preta/parda. As categorias amarela e vermelha não foram representadas. A situação conjugal foi definida categoricamente de acordo com a presença de companheiro. A escolaridade foi definida em ensino superior, ensino médio e ensino fundamental/analfabeto. Já a renda familiar mensal foi definida em Reais (R\$) e classificada em menor ou igual a 1 (um) Salário Mínimo (SM), maior que 1 e menor que 3 e maior ou igual a 3. Ter auxílio do governo foi categorizado em sim e não.

No Bloco 2 foram incluídas as variáveis relacionadas ao perfil de saúde e hábitos de vida. A frequência do uso do SUS foi categorizada em sempre/quase sempre e às vezes/raramente e possuir plano de saúde, definida como sim e não. O número de doenças crônicas foi categorizado em nenhuma e maior ou igual a uma. A autopercepção da saúde foi reportada como muito boa ou boa e regular/ruim/muito ou ruim. O hábito de fumar foi categorizado como variável dicotômica e a frequência de consumo de bebida alcoólica foi definida como raramente ou nunca e sempre ou quase sempre. As variáveis prática de exercício físico, ter sido internado no hospital nos últimos 12 meses e ter sido atendido em emergência em igual período foram definidas em sim e não.

No terceiro bloco foram inseridas variáveis vinculadas à acessibilidade geográfica, tais como nível de dificuldade de acesso até a unidade de saúde definida em fácil e difícil, modo de deslocamento até à unidade de saúde, classificada como ônibus/carros/moto/outros e a pé e, por fim, distância da residência até a unidade de saúde categorizada em sim e não.

O banco de dados foi confeccionado no programa *Excel for Windows* e foram realizados procedimentos para limpeza do mesmo. Análises bivariadas foram realizadas com o intuito de identificar o conjunto e variáveis que mais se associaram com o desfecho investigado. A magnitude da associação entre as variáveis estudadas e o acesso a medicamentos foi estimada pelo cálculo da razão de chances (Odds Ratio, OR), adotando-se o intervalo de confiança a 95% (IC95%) como medida de precisão.

Adotou-se a análise regressão logística, a partir de um modelo teórico, discriminando os fatores de risco em blocos hierarquizados (Figura 1). A estratégia utilizada para a entrada dos blocos de variáveis foi do tipo forward (processo anterógrado), permanecendo no modelo as variáveis que mostraram níveis de significância estatística, segundo um $p < 0,20$. No modelo final, considerou-se como fatores associados ao acesso de medicamentos as variáveis apresentaram $p < 0,05$, quando acrescentadas no modelo, respeitando o nível hierárquico do modelo teórico.

Os pacotes estatísticos utilizados foram o *Excel for Windows* (versão 2007) e o Software for Statistics and Data Science (STATA™), versão 13.0. O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade do Estado da Bahia, CAAE nº 93991118.5.0000.0057 por meio da Plataforma Brasil e todos os preceitos éticos foram apreciados de acordo com as normativas da Resolução nº 466/2012. Todos usuários participantes do estudo assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Todos foram informados que poderiam, a qualquer momento, interromper ou desistir de participar da pesquisa. Os autores preservaram o anonimato e a confidencialidade das informações fornecidas pelos participantes.

Resultados

Participaram do estudo 283 indivíduos. Dentre os participantes, apenas 190 (67,1%) referiram ter tido acesso a medicamentos nas farmácias das unidades investigadas. A maioria foi composta por indivíduos do sexo feminino (83,7%), com idades variando entre 40 a 59 anos (37,6%), com cor da pele preta ou parda (93,9%) e que referiram ter companheiros (54,8%). Observou-se também que a maior parte dos pesquisados possuía ensino médio (48,0%), recebiam até 1 salário-mínimo (52,9%), e declararam não receber auxílio do governo (68,2%). Nas análises de regressão logística brutas e ajustadas para o desfecho acesso a medicamentos foram evidenciadas associação com a idade para a faixa etária ≥ 60 anos (OR=0,39; IC95%: 0,17 – 0,92) e

com a situação conjugal não possuir companheiro (OR=2,29; IC95%: 1,24 – 4,21) (Tabela 1).

As variáveis relacionadas ao perfil de saúde e hábitos de vida são apresentadas na Tabela 2. Considerando a frequência de uso do SUS, de modo geral os indivíduos referiram sempre ou quase sempre usar (80,2%) e não ter planos de saúde privados (91,3%). Entre os usuários entrevistados foi mais prevalente ter mais de uma doença crônica (58,2%) e referir autopercepção da saúde como regular/ruim/muito ruim (53,3%). Majoritariamente, no que diz respeito ao hábito de vida, os usuários negaram ter o hábito de fumar (92,8%) e referiram que a frequência de ingestão de bebida alcoólica era rara ou quase nunca (89,9%). A maioria relatou não praticar atividade física (56,3%). Com relação ao perfil de saúde, observou-se que apenas 13,0% referiram internamento hospitalar, entretanto 48,5% informaram atendimentos em unidades de emergências, ambas situações relatadas para os últimos 12 meses. Nas análises bivariadas e multivariadas, as variáveis analisadas não se mostraram associadas de modo estatisticamente significativa com acesso a medicamentos na APS (Tabela 2).

Na Tabela 3 são apresentadas as variáveis relativas à acessibilidade geográfica de acordo com o acesso a medicamentos. Observou-se que 26,4% dos pacientes referiram ter dificuldade para acessar a unidade de saúde e o modo de locomoção a pé foi o mais comum reportado para chegar até a unidade de saúde (62,4%). Detectou-se também que 50,2% referiram a unidade de saúde era distante da residência. Ter dificuldade para acessar a UBS se associou positivamente, e de modo estatisticamente significativa, com não ter acesso a medicamentos na APS (OR=2,65; IC95%: 1,24 – 5,66) (Tabela 3).

Na Tabela 4 encontra-se o modelo final da regressão logística multivariada entre acesso a medicamentos na APS e variáveis selecionadas. As variáveis que permaneceram no modelo e mostraram estar associadas de modo estatisticamente significativa com o acesso a medicamentos na APS foram faixa etária ≥ 60 anos (OR=0,33; IC95%: 0,14 – 0,75), situação conjugal sem companheiro (OR=2,13; IC95%: 1,16 – 3,91) e dificuldade para chegar na unidade de saúde (OR=2,64; IC95%: 1,26 – 5,54).

Discussão

O presente estudo mostra prevalência intermediária de acesso autoreferido a medicamentos para DCNT entre usuários da APS em Salvador, Bahia (67,1%). E os

resultados da análise realizada evidenciam a existência de associação entre este indicador e fatores socioeconômicos e geográficos. Foram observadas diferenças significativas entre os fatores associados ao acesso à medicamentos, possuir faixa etária ≥ 60 anos foi encontrado como condição facilitadora ao acesso e como barreiras, não possuir companheiro e dificuldade para chegar à UBS. Isso indica que, apesar do fortalecimento da Assistência Farmacêutica no Brasil nos últimos anos, o acesso aos medicamentos para tratamento de usuários com DCNT precisa ser melhorado na APS, de modo a obter melhores resultados.

A prevalência de acesso a medicamentos para tratamento de pessoas com DCNT encontrado nesta pesquisa é superior aos resultados encontrados anteriormente em outras pesquisas no Brasil. O estudo oriundo da PNAUM, realizado por Tavares et al., demonstrou que dentre os que tiveram acesso total ao tratamento, 47,5% obtiveram todos os seus medicamentos de forma gratuita (TAVARES, 2016). De forma similar, a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD), em que se avaliou a população que teve medicamentos prescritos no SUS, foi encontrado que 45,3% os obtiveram no próprio sistema de saúde público (BOING, 2013). Entretanto, é necessário cautela ao se compararem esses dados devido às diferenças metodológicas dos estudos brasileiros, além de atentar ao fato que a prevalência encontrada neste estudo está abaixo da meta estabelecida pela OMS, garantir 80% de disponibilidade de tecnologias básicas e medicamentos essenciais, para o controle das DCNT (OMS, 2011). Os resultados mostram que, após mais 20 anos de aprovação da Política Nacional de Medicamentos (PNM), o acesso a medicamentos por meio do SUS aumentou. Contudo, considerando-se os parâmetros da OMS, tal percentual é classificado como intermediário, principalmente no contexto de um sistema de saúde universal, no qual emerge um paradoxo político que indica falhas na Política Nacional de Medicamentos e de Assistência Farmacêutica, incidindo e comprometendo o acesso a medicamentos. Adicionalmente, informações disponibilizadas no Plano Municipal de Saúde de Salvador referente aos anos de 2022-2025, indicam problemas organizacionais no âmbito da Assistência Farmacêutica, como falta de regularidade na distribuição e fornecimento de medicamentos (PREFEITURA MUNICIPAL DE SALVADOR, 2022). Outrossim, não é possível garantir o acesso se os medicamentos não estiverem disponíveis na ocasião da dispensação ao usuário, o que pode revelar deficiências no planejamento, organização, estruturação e financiamento da AF prestada (BALDONI et al., 2014), podendo demonstrar baixa institucionalização da AF e baixa autonomia

(SOUZA et al., 2017). Esse cenário também suscita a hipótese da influência da promulgação da Emenda Constitucional 95, que traz riscos de comprometimento ao funcionamento do SUS como as medidas de congelamento dos gastos públicos, que influencia na disponibilidade de medicamentos e, portanto, a garantia do direito à saúde (BERMUDEZ et al., 2018).

Foi observado, no estudo atual e, de modo semelhante, na literatura nacional (OLIVEIRA, 2016; PANIZ, 2008) que indivíduos mais velhos reportaram maior acesso à medicamentos. Um estudo sobre acesso a medicamentos para DCNT em adultos e idosos de duas regiões do país realizado em 2005, observou prevalência global do acesso maior para os idosos (87,0%) (PANIZ, 2008). Um inquérito domiciliar realizado em 2016, componente do inquérito domiciliar da Pesquisa Nacional de Acesso, Utilização e Promoção do Uso Racional de Medicamentos (PNAUM), apontou acesso maior entre os maiores de 60 anos (OLIVEIRA, 2016).

Essa questão pode ser justificada pela necessidade da população idosa brasileira utilizar mais os serviços de saúde, o que se deve, também, ao fato da maior frequência de doenças crônicas, fragilidades e perdas funcionais, maior utilização de medicamentos, além de menos recursos sociais e financeiros encontrados nesse grupo etário (ALMEIDA, 2020).

No presente estudo foi observada associação significativa entre situação conjugal e acesso a medicamentos, sendo que não possuir companheiros foi encontrado como uma barreira para o acesso. Tais dados corroboram com os resultados de Bertoldi et al. que analisaram a prevalência do uso de medicamentos e encontraram prevalência menor de uso de medicamentos naqueles que não possuíam companheiro(a) (BERTOLDI et al., 2021). Na tentativa de explicar tal fenômeno, há uma literatura crescente sobre o conceito de “proteção do casamento”. Este conceito implica um papel protetor de um forte relacionamento social que pode resultar em melhor saúde porque os cônjuges funcionam como cuidadores, fornecendo apoio físico e emocional (BERTOLDI, 2021; ESPINOSA, 2008; ARNO, 1999). A ideia de que as circunstâncias sociais impactam a produção de saúde também é apoiada pelo modelo Grossman de capital em saúde (GROSSMAN, 1972). De acordo com o modelo de Grossman (1999), os indivíduos não são apenas consumidores, mas também produtores de saúde, e essa produção de saúde é impactada por investimentos que um indivíduo faz para melhorar sua saúde, um dos quais é alavancar o capital social pessoal, como o estado civil.

Assim como em outras investigações realizadas anteriormente, neste estudo foram avaliadas duas dimensões de acesso a medicamentos (BERTOLDI et al., 2012; BOING et al., 2013; AZIZ et al., 2011), disponibilidade e acessibilidade geográfica.

Entre os resultados foi observado que ter dificuldade para acessar a UBS se associou positivamente com não ter acesso a medicamentos. Segundo Oliveira et al., (2019), a distribuição espacial das unidades de atendimento consiste numa barreira geográfica para parte da população, pois a distância entre a residência e a unidade de atendimento, principalmente, para quem já está debilitado fisicamente, consiste em forte impedimento ao acesso. Concorrem para tal desfecho tanto a inexistência de transporte pessoal, quanto a ausência de condições financeiras para acesso ao transporte público ou mesmo a inexistência das rotas de transportes que contemplem as unidades (OLIVEIRA et al., 2019). Apesar de não ter sido utilizada uma distância padronizada neste estudo, a OMS utiliza como indicador o percentual de domicílios situados a mais de cinco quilômetros de um centro de saúde/farmácia. É importante salientar que a combinação entre crescimento insuficiente da oferta de serviços frente ao aumento populacional, por sua vez, gera aumento na demanda assistencial. Dados extraídos dos sistemas de informação e-Gestor Atenção Básica, um espaço para informação e acesso aos sistemas da APS, demonstram que durante o ano de 2019, a cobertura média da atenção básica esteve em 38,2%. A organização por população adscrita, ou seja, da população da área de abrangência de uma unidade de saúde, adotada na APS provavelmente minimiza os problemas de acessibilidade geográfica.

Esta investigação não está isenta de limitações. Indica-se a ausência de período recordatório para questionamento sobre o uso de medicamentos usados para minimizar o erro recordatório na coleta de dados através de questionários. Entretanto, um estudo realizado com o objetivo de avaliar a validade relativa de três períodos recordatórios diferentes, 7 (sete), 14 (quatorze) e 30 (trinta) dias, para o autorrelato do uso de medicamentos, observou que na avaliação de medicamentos de uso contínuo, como os utilizados para tratamento de DCNT, o período recordatório parece não influenciar nas estimativas das prevalências e o erro recordatório teria magnitude de efeito pequena sobre a sua subestimação (PAGANO, 2013). Outro fator limitante foi a ausência da verificação do medicamento necessário estar na lista de medicamentos selecionados e disponibilizados na APS, o que pode ter levado a uma subestimativa da prevalência de uso de medicamentos e, assim, dificultar comparações. Também há limitação de representatividade, a pandemia causada pela Covid-19 restringiu a possibilidade de ser

realizada em todos os Distritos Sanitários (DS), a despeito dos DS inseridos na investigação serem populosos.

Este é o primeiro estudo na APS do município de Salvador, Bahia, desenhado para estimar a prevalência de acesso autoreferido à medicamentos para tratamento de pessoas com DCNT e fatores associados. Ademais, o acesso a medicamentos autorreferido tem sido uma medida utilizada em estudos farmacoepidemiológicos e tem sido considerada adequada, com as vantagens de rapidez e baixo custo na obtenção da informação (PANIZ, 2010; BERTOLDI, 2008). É de relevância mencionar que ao privilegiar o usuário como participante do processo avaliativo, o estudo traz novas contribuições sobre sua visão.

Considerações finais

Conclui-se que pessoas com faixa etária maior que 60 anos possuem maior possibilidade de acesso a medicamentos na APS em Salvador, Bahia. E pessoas sem companheiro e com dificuldade para chegar na UBS têm mais dificuldade de ter acesso a um tratamento completo e eficaz. Tratando-se de DCNT, a não utilização ou subutilização dos medicamentos necessários impossibilita um tratamento adequado, podendo levar ao agravamento das enfermidades ou complicações de saúde, aumentando a busca por outros serviços de saúde e os gastos com procedimentos mais dispendiosos. Isso mostra a necessidade de políticas públicas direcionadas à promoção da equidade, buscando levar a AF àqueles com maiores dificuldades de acesso.

Os resultados aqui encontrados, em um contexto de crise financeira e no contexto pós-pandemia, podem auxiliar os gestores na tomada de decisões relativas às políticas públicas de saúde, bem como auxílio no direcionamento dos recursos municipais, sejam estes financeiros, físicos ou técnicos, para um fortalecimento das ações realizadas na APS. Sugere-se que estudos qualitativos possam ser desenvolvidos para explicar/investigar essa relação entre aumento do acesso de medicamentos e a situação conjugal. Adicionalmente recomenda-se o desenvolvimento de estudos que analisem todas as dimensões do acesso a medicamentos.

Ressalta-se, portanto, a importância dos achados na identificação dos fatores associados que interferem no acesso a medicamentos na APS podendo ser utilizados como subsídios para a programação dos investimentos, das ações e das políticas, por parte do gestor municipal para inserção dos seus munícipes focado no princípio da

equidade. Além de contribuir no planejamento do cuidado em saúde, destacando o papel da Assistência Farmacêutica na APS.

Tabela 1. Associação entre acesso a medicamentos e variáveis demográficas e socioeconômicas de usuários maiores de 18 (dezoito) anos segundo acesso a medicamentos nas unidades de Atenção Primária em Saúde em quatro Distritos Sanitários, Salvador, Bahia, 2019-2020 (n=283).

| ACESSO A MEDICAMENTOS NA APS | | | | | | |
|-----------------------------------------------|------------|-----------------------------|----------------------------|--------------------|---------------------|--------------|
| VARIÁVEIS | n (%) | Prevalência de acesso total | Prevalência de acesso nulo | OR bruta (IC95%) | OR ajustada (IC95%) | Valor de p |
| SEXO | | | | | | |
| FEMININO | 237(83,7) | 160(67,5) | 77(32,5) | 1 | 1 | |
| MASCULINO | 46(16,3) | 30(65,2) | 16(34,8) | 1,11(0,5- 2,1) | 1,62(0,73 – 3,58) | 0,235 |
| FAIXA ETÁRIA (EM ANOS)^a | | | | | | |
| 18 A 39 | 83 (29,9) | 51 (61,5) | 32 (38,5) | 1 | 1 | |
| 40 A 59 | 104(37,5) | 64 (61,5) | 40 (38,5) | 0,99 (0,5-1,8) | 0,95 (0,47- 1,92) | 0,876 |
| ≥ 60 | 90 (32,5) | 69 (76,8) | 21 (23,3) | 0,48 (0,2- 0,9) | 0,39 (0,17 - 0,92) | 0,031 |
| COR DA PELE^b | | | | | | |
| BRANCA | 17 (6,1) | 14 (82,3) | 3 (17,7) | 1 | 1 | |
| PRETA/PARDA | 264 (93,9) | 174 (65,9) | 90 (34,1) | 2,41 (0,6- 8,6) | 1,62 (0,39 – 6,66) | 0,503 |
| SITUAÇÃO CONJUGAL^c | | | | | | |
| COM COMPANHEIRO | 154 (54,8) | 111 (72,1) | 43 (27,9) | 1 | 1 | |
| SEM COMPANHEIRO | 127 (45,2) | 79 (62,2) | 48 (37,8) | 1,57 (0,9-2,5) | 2,29 (1,24 - 4,21) | 0,007 |
| ESCOLARIDADE^d | | | | | | |
| ENSINO SUPERIOR | 20 (7,17) | 14 (70,0) | 6 (30,0) | 1 | 1 | |
| ENSINO MÉDIO | 134 (48,0) | 89 (66,4) | 45 (33,5) | 1,17 (0,42 - 3,27) | 1,41 (0,43- 4,55) | 0,525 |
| ENSINO FUNDAMENTAL/ANALFABETO | 125 (44,8) | 85 (68,0) | 40 (32,0) | 1,11 (0,39 - 3,07) | 1,46 (0,45 – 4,64) | 0,564 |
| RENDA MENSAL FAMILIAR (SM)^e | | | | | | |
| ≥3 | 58 (22,8) | 46 (79,3) | 12 (20,7) | 1 | 1 | |
| ≤ 1 | 135 (52,9) | 85 (63,0) | 50 (37,0) | 2,25 (1,12 – 4,65) | 2,12 (0,9 – 4,7) | 0,065 |
| > 1 ATÉ < 3 | 62 (24,3) | 40 (64,5) | 22 (35,5) | 2,1 (0,92 – 4,79) | 1,73 (0,7 – 4,1) | 0,219 |
| AUXÍLIO DO GOVERNO^f | | | | | | |
| SIM | 85 (31,8) | 56 (65,8) | 29 (34,1) | 1 | 1 | |
| NÃO | 182 (68,2) | 123 (67,6) | 59 (32,4) | 0,92 (0,54 – 1,59) | 1,24 (0,67 – 2,32) | 0,488 |

Variáveis com valor de p ≤ 0,20 integraram o modelo de regressão logística multivariada no primeiro passo, bloco 1 (variáveis demográficas e socioeconômicas). SM= Salário mínimo. Dados Ignorados: (a) 6, (b) 2, (c) 2, (d) 4, (e) 28, (f) 16.

Tabela 2. Associação entre acesso a medicamentos e variáveis relacionadas ao perfil de saúde e hábitos de vida de usuários maiores de 18 anos segundo acesso a medicamentos nas unidades de Atenção Primária em Saúde em quatro Distritos Sanitários, Salvador, Bahia, 2019-2020. (n=283).

| ACESSO A MEDICAMENTOS NA APS | | | | | | |
|-----------------------------------------------|------------|-----------------------------|----------------------------|--------------------|---------------------|--------------|
| VARIÁVEIS | n (%) | Prevalência de acesso total | Prevalência de acesso nulo | OR bruta (IC95%) | OR ajustada (IC95%) | Valor de p |
| SEXO | | | | | | |
| FEMININO | 237(83,7) | 160 (67,5) | 77 (32,5) | 1 | 1 | |
| MASCULINO | 46(16,3) | 30 (65,2) | 16 (34,8) | 1,11 (0,5 – 2,1) | 1,62 (0,73 – 3,58) | 0,235 |
| FAIXA ETÁRIA (EM ANOS)^A | | | | | | |
| 18 A 39 | 83 (29,9) | 51 (61,5) | 32 (38,5) | 1 | 1 | |
| 40 A 59 | 104(37,5) | 64 (61,5) | 40 (38,5) | 0,99 (0,5 – 1,8) | 0,95 (0,47 – 1,92) | 0,876 |
| ≥ 60 | 90 (32,5) | 69 (76,8) | 21 (23,3) | 0,48 (0,2 – 0,9) | 0,39 (0,17 – 0,92) | 0,031 |
| COR DA PELE^B | | | | | | |
| BRANCA | 17 (6,1) | 14 (82,3) | 3 (17,7) | 1 | 1 | |
| PRETA/PARDA | 264 (93,9) | 174 (65,9) | 90 (34,1) | 2,41 (0,6 – 8,6) | 1,62 (0,39 – 6,66) | 0,503 |
| SITUAÇÃO CONJUGAL^C | | | | | | |
| COM COMPANHEIRO | 154 (54,8) | 111 (72,1) | 43 (27,9) | 1 | 1 | |
| SEM COMPANHEIRO | 127 (45,2) | 79 (62,2) | 48 (37,8) | 1,57 (0,9 – 2,5) | 2,29 (1,24 – 4,21) | 0,007 |
| ESCOLARIDADE^D | | | | | | |
| ENSINO SUPERIOR | 20 (7,17) | 14 (70,0) | 6 (30,0) | 1 | 1 | |
| ENSINO MÉDIO | 134 (48,0) | 89 (66,4) | 45 (33,5) | 1,17 (0,42 – 3,27) | 1,41 (0,43 – 4,55) | 0,525 |
| ENSINO FUNDAMENTAL / ANALFABETO | 125 (44,8) | 85 (68,0) | 40 (32,0) | 1,11 (0,39 – 3,07) | 1,46 (0,45 – 4,64) | 0,564 |
| RENDA MENSAL FAMILIAR (SM)^E | | | | | | |
| ≥3 | 58 (22,8) | 46 (79,3) | 12 (20,7) | 1 | 1 | |
| ≤ 1 | 135 (52,9) | 85 (63,0) | 50 (37,0) | 2,25 (1,12 – 4,65) | 2,12 (0,9 – 4,7) | 0,065 |
| > 1 até < 3 | 62 (24,3) | 40 (64,5) | 22 (35,5) | 2,1 (0,92 – 4,79) | 1,73 (0,7 – 4,1) | 0,219 |
| AUXÍLIO DO GOVERNO^F | | | | | | |
| SIM | 85 (31,8) | 56 (65,8) | 29 (34,1) | 1 | 1 | |
| NÃO | 182 (68,2) | 123 (67,6) | 59 (32,4) | 0,92 (0,54 – 1,59) | 1,24 (0,67 – 2,32) | 0,488 |

Variáveis com valor de $p \leq 0,20$ integraram o modelo de regressão logística multivariada no primeiro passo, bloco 1 (variáveis demográficas e socioeconômicas). SM=Salário mínimo. Dados Ignorados: (a) 6, (b) 2, (c) 2, (d) 4, (e) 10, (f) 28.

Tabela 3. Associação entre acesso a medicamentos e variáveis relacionadas a acessibilidade geográfica de usuários maiores de 18 anos segundo acesso a medicamentos nas unidades de Atenção Primária em Saúde em quatro Distritos Sanitários, Salvador, Bahia, 2019-2020. (n=283).

Nota: Ajuste no terceiro passo das variáveis do bloco 3 (acessibilidade geográfica) pelas variáveis com valor de $p \leq 0,20$ do bloco 1 (sexo, idade, situação conjugal e renda mensal) e bloco 2 (perfil de saúde e hábitos de vida). Dados Ignorados: (a) 1, (b) 9 (c) 2. Dados Ignorados: (a) 7, (b) 24, (c) 5, (d) 5, (e) 6, (f) 60, (g) 11

| ACESSO A MEDICAMENTOS NA APS | | | | | | |
|-----------------------------------------------------------------|------------|-----------------------------|----------------------------|--------------------|----------------------|------------|
| VARIÁVEIS | N (%) | PREVALÊNCIA DE ACESSO TOTAL | PREVALÊNCIA DE ACESSO NULO | OR BRUTA IC (95%) | OR AJUSTADA IC (95%) | VALOR DE P |
| DIFICULDADE DE ACESSO ATÉ A UNIDADE DE SAÚDE^A | | | | | | |
| FÁCIL | 208 (73,8) | 148 (71,2) | 60 (28,8) | 1 | 1 | |
| DIFÍCIL | 74 (26,4) | 41 (55,4) | 33 (44,6) | 1,98 (1,15 – 3,43) | 2,65 (1,24 – 5,66) | 0,012 |
| MODO DE DESLOCAMENTO ATÉ A UNIDADE DE SAÚDE^B | | | | | | |

| | | | | | | |
|-------------------------------------------------------------------|------------|------------|-----------|--------------------|--------------------|-------|
| A PÉ | 171 (62,4) | 113 (66,1) | 58 (33,9) | 1 | 1 | |
| ONIBUS, CARRO, MOTO, OUTROS | 103 (37,6) | 72 (69,9) | 31 (30,1) | 1,19 (0,70 – 2,02) | 0,98 (1,24 – 5,66) | 0,960 |
| DISTÂNCIA DA RESIDÊNCIA ATÉ A UNIDADE DE SAÚDE^c | | | | | | |
| NÃO | 140 (49,8) | 95 (67,9) | 45 (32,1) | 1 | 1 | |
| SIM | 141 (50,2) | 94 (66,7) | 47 (33,3) | 1,05 (0,64 – 1,73) | 0,68 (0,33 – 1,39) | 0,291 |

Tabela 4. Modelo final da regressão logística entre acessibilidade geográfica de usuários maiores de 18 anos e acesso a medicamentos nas unidades de Atenção Primária em Saúde em quatro Distritos Sanitários, Salvador, Bahia, 2019-2020. (n=283).

ACESSO A MEDICAMENTOS NA APS

| VARIÁVEIS | OR BRUTA (IC 95%) | OR AJUSTADA (IC 95%) | VALOR DE P |
|----------------------------------------------------|-------------------|----------------------|--------------|
| IDADE (≥ 60 ANOS) | 0,4 (0,2-0,9) | 0,33 (0,14-0,75) | 0,008 |
| SITUAÇÃO CONJUGAL (SEM COMPANHEIRO) | 1,5 (0,9-2,5) | 2,13 (1,16-3,91) | 0,015 |
| DIFICULDADE DE ACESSO ATÉ A UNIDADE DE SAÚDE (SIM) | 1,9 (1,1-3,4) | 2,64 (1,26-5,54) | 0,010 |

Variáveis com valor de $p \leq 0,05$ integram o modelo de regressão logística multivariada ajustado por sexo, renda familiar mensal e distância da residência até a Unidade Básica de Saúde.

Referências

- ALMEIDA, A. P. S. C.; NUNES, B. P.; DURO, S. M. S.; LIMA, R. C. D.; FACCHINI, L. A. Falta de acesso e trajetória de utilização de serviços de saúde por idosos brasileiros. *Ciência e Saúde Coletiva*, 2020; 25(6): 2213-26. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020256.27792018>
- ALRUTHIA, Y. S.; ALKOFIDE, H.; ALAJMI, R.; BALKHI, B.; ALGHAMDI, A.; ALNASSER, A. et al. Drug shortages in large hospitals in Riyadh: A cross-sectional study. *Ann Saudi Med*. 2017; Sep-Oct;37(5):375-385. doi: 10.5144/0256-4947.2017.375. PMID: 28988252; PMCID: PMC6074191.
- ÁLVARES, J.; ALVES, M. C. G. P.; ESCUDER, M. M. L.; ALMEIDA, A. M.; IZIDORO, J. B.; GUERRA JÚNIOR, A. A. et al. Pesquisa Nacional sobre Acesso, Utilização e Promoção do Uso Racional de Medicamentos: métodos. *Rev Saúde Pública*. 2017; 51 Supl 2:4s. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsp/a/tTLMDcBJD4LvYFpZvMzhsxr/?lang=pt&format=pdf>
- ARNO, P. S.; LEVINE, C.; MEMMOTT, M. M. The economic value of informal caregiving. *HealthAff (Millwood)*, 1999; 18:182–8. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10091447/>
- ARRAIS, P. S. D. et al. Prevalência e fatores determinantes do consumo de medicamentos no Município de Fortaleza, Ceará, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública* [online], 2005, v.21, n.6, p.1737-1746. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2005000600021>
- AZIZ, M. M.; CALVO, M. C.; SCHNEIDER, I. J. C.; XAVIER, A. J.; D'ORSI, E. Prevalence and factors associated with access to medication among the elderly in a city in Southern Brazil: a

population-based study. **Cad Saúde Pública**, 2011; 27(10):1939–50. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22031198/>

BALDONI, A. O. et al. Dificuldades de acesso aos serviços farmacêuticos pelos idosos. **Revista de Ciências Farmacêuticas Básica e Aplicada**, Araraquara, v. 35, n. 4, p. 615-621, 2014. Disponível em: <https://repositorio.bc.ufg.br/handle/ri/20853>

BERAN, D; PEDERSEN, H. B; ROBERTSON, J. Noncommunicable diseases, access to essential medicines and universal health coverage. **Glob Health Action**. 2019;12(1):1670014. doi: 10.1080/16549716.2019.1670014. PMID: 31573421; PMCID: PMC6781244.

BERMUDEZ, J. A. Z. et al. Assistência Farmacêutica nos 30 anos do SUS na perspectiva da integralidade. **Ciência & Saúde Coletiva** [online], 2018, v. 23, n. 6, p. 1937-1949. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.09022018>.

BERTOLDI, A. D; BARROS, A. J. D; WAGNER, A; ROSS-DEGNAN, D; HALLAL, P. C; A descriptive review of the methodologies used in household surveys on medicine utilization. **BMC Health Serv Res**, 222 (2008). Disponível em: <https://doi.org/10.1186/1472-6963-8-222>

BERTOLDI, A. D; HELFER, A. P; CAMARGO, A. L; TAVARES, N; KARANAVOS, P. Medicine prices, availability and affordability in Southern Brazil: a study of public and private facilities. **LSE Health working papers** (18/2010). LSE Health, London School of Economics and Political Science, London, UK. ISBN 9780853284413

BERTOLDI, A. D; HELFER, A. P; CAMARGO, A. L; TAVARES, N; KANAVOS, P. Is the Brazilian pharmaceutical policy ensuring population access to essential medicines? **Global Health** 8, 6 (2012). <https://doi.org/10.1186/1744-8603-8-6>

BERTOLDI, A. D. et al. Fontes de acesso e utilização de medicamentos na zona rural de Pelotas, Rio Grande do Sul, em 2016: estudo transversal de base populacional. **Epidemiologia e Serviços de Saúde** [online], 2021. v. 30, n., e2020089. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1679-49742021000100005>>

BOING, A. C. et al. Acesso a medicamentos no setor público: análise de usuários do Sistema Único de Saúde no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 29, n. 4, p. 691–701, abr. 2013. Disponível em <https://www.scielo.br/j/csp/a/5n7YcWSH56WhPtzFWxjjHPd/?lang=pt#>

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Assistência Farmacêutica no SUS / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília : **CONASS**, 2007. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/colecao_progestores_livro7.pdf

BRASIL. Ministério da Saúde. Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas e Agravos não Transmissíveis no Brasil 2021-2030 [recurso eletrônico]. – Brasília : **Ministério da Saúde**, 2021. 118 p. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/svsa/doencas->

e-GESTOR AB/SISAB in: <https://egestorab.saude.gov.br>. Acesso em 15 mar, 2023.

ESPINOSA, J; EVANS, W. N. Heightened mortality after the death of a spouse: marriage protection or marriage selection? **J Health Econ**, 2008 Sep;27(5):1326-42. doi: 10.1016/j.jhealeco.2008.04.001. Epub 2008 Apr 11. PMID: 18513810.

GROSSMAN, M; On the concept of health capital and the demand for health. **J Polit Econ**, 1972; 80(2):223–55.

GROSSMAN, M. The Human Capital Model of the Demand for Health. Cambridge, MA: **National Bureau of Economic Research**, 1999. DOI 10.3386/w7078

HALAL, I. S; SPARRENBERGER, F; BERTONI, A. M; CIACOMET, C; SEIBEL, C. E; LAHUDE, F. M. 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. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsp/a/PKqKLC74WtJKXjS9KBgyPd/?lang=pt>

MCLAUGHLIN, M; KOTIS, D; THOMSON, K; HARRISON, M; FENNESSY, G; POSTELNICK, M. et al. Effects on patient care caused by drug shortages: A survey. **J Manag Care Pharm**, 2013;19(9): 783–8. 10.18553/jmcp.2013.19.9.783

OLIVEIRA, M. A, LUIZA, V. L; TAVARES, N. U. L; MENGUE, S. S; ARRAIS, P. S. D; FARIAS, M. R. et al. Acesso a medicamentos para doenças crônicas no Brasil: uma abordagem multidimensional. **Rev Saúde Pública**, 2016;50 (supl 2):6s Disponível em: http://www.rsp.fsp.usp.br/wp-content/uploads/articles_xml/0034-8910-rsp-s2-S01518-87872016050006161/0034-8910-rsp-s2-S01518-87872016050006161-pt.x83902.pdf>

OLIVEIRA, A. M. Análise da distribuição espacial urbana das unidades de saúde da família e unidade básica de saúde em feira de Santana. **Braz. J. Of Develop**, Curitiba, v. 5, n. 7, p. 8534-8543 jul. 2019

PAGANO, C. G. M. Validação relativa de período recordatório em estudos de utilização de medicamentos. Dissertação (Mestrado em Epidemiologia) – Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, p.109. 2013.

PANIZ, V. M. V; FASSA, A. G; FACCHINI, L. A; BERTOLDI, A. D; PICCINI, R. X; TAVARES, N. U. L. et al. Free access to medicines for the treatment of chronic diseases in Brazil. **Revista de Saúde Pública**, v. 50, p. 7s, 2016. Disponível em <https://www.scielo.br/j/rsp/a/QN7VgBmHNktgf864Dhpqpvz/abstract/?lang=pt#>

PREFEITURA MUNICIPAL DE SALVADOR. Plano Municipal de Saúde de Salvador 2022-2025. Volume I. Secretaria Municipal da Saúde do Salvador. Diretoria Estratégica de Planejamento e Gestão: Salvador, 2021. 379 p. Disponível em: http://www.saude.salvador.ba.gov.br/wp-content/uploads/2022/08/PMS-SALVADOR-2022-2025-VOLUME-I_vers%C3%A3o-apresentado-ao-CMS_20.07.2022.pdf

PANIZ, V. M; FASSA, A. G; MAIA, M. F; DOMINGUES, M. R; BERTOLDI, A. D. Measuring access to medicines: a review of quantitative methods used in household surveys. **BM Health Serv Res**, 2010;10:146.

REMONDI, F. A; CABRERA, M. A. S; SOUZA, R. K. T. Não adesão ao tratamento medicamentoso contínuo: prevalência e determinantes em adultos de 40 anos e mais. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 30(1):126-136, jan, 2014. Disponível em:<http://www.scielo.br/pdf/csp/v30n1/0102-311X-csp-30-01-00126.pdf>>

SOUZA, G. S; COSTA, E. A; BARROS, R. D. D. E; PEREIRA, M. T; BARRETO, J. L; GUERRA JUNIOR, A. A. et al. Characterization of the institutionalization of pharmaceutical services in Brazilian primary health care. **Rev Saúde Pública** [Internet], 2017; 51:7s. Available from: <https://doi.org/10.11606/S1518-8787.2017051007135>

TOMASI, E. et al. Acesso a medicamentos de uso contínuo em adultos e idosos nas regiões Sul e Nordeste do Brasil. **Cad Saúde Pública**, 2008 Feb; 24(2): 267-80. Disponível em: <https://www.scielosp.org/article/csp/2008.v24n2/267-280/#ModalArticles>>

WHO WORLD HEALTH ORGANIZATION. The World Medicines Situation Report. Medicines prices, availability and affordability. 3. ed. Geneva: WHO; 2011. http://hsrii.org/wp-content/uploads/2014/07/WMS_ch6_wPricing_v6.pdf

5.2 PRODUTO TÉCNICO

PODCAST PAPO COMPRIMIDO

RESUMO:

Entendendo a relevância de ampliar a divulgação de informações de temas de saúde para a comunidade sobre uso dos medicamentos, foi desenvolvido o podcast Papo Comprimido, com linguagem acessível para que mais pessoas possam conhecer tal problemática. O Papo Comprimido é desenvolvido através de um projeto extensionista incentivando a integração entre estudantes de graduação em saúde, preferencialmente que atendam as políticas de ações afirmativas da UNEB, residentes vinculados à Residência Multiprofissional em Saúde e do Mestrado Profissional em Saúde Coletiva do Departamento de Ciências da Vida da UNEB. O Papo Comprimido é um podcast desenvolvido colaborativamente entre os estudantes de graduação extensionistas e de mestrado, desde a escolha do nome passando pela edição das gravações, até sua distribuição. Entre as características do podcast está o formato seriado. A primeira temporada, com lançamentos de episódios entre julho e outubro de 2022, abordou o uso adequado de antibióticos e resistência antimicrobiana, totalizando seis episódios. A segunda temporada, atualmente em produção, apresenta o tema da cannabis medicinal, e a previsão é de produção de quatro episódios. As atividades desenvolvidas pelos estudantes bolsistas e voluntários variam desde a construção de roteiro com os principais tópicos a serem abordados no episódio, convite a possíveis participantes, gravação dos áudios, edição, mixagem e ancoragem de cada episódio. Todo material desenvolvido durante as etapas é revisado e supervisionado pelas mestrandas. Ao final da primeira temporada, com as habilidades adquiridas durante a vivência no projeto de extensão, também foi possível desenvolver uma oficina para ensinar sobre desenvolvimento de um podcast para possíveis interessados da comunidade acadêmica da UNEB. O projeto ainda conta com a estratégia de divulgação do podcast em diversas plataformas, tanto nas de transmissão, quanto nas redes sociais, com adaptação do conteúdo para ampliar seu alcance e aumentar o número de ouvintes.

Introdução

Atualmente, o Brasil se configura como o segundo maior mercado de *podcasts* no mundo. Os números de consumo mensal de *podcast* no *Spotify* crescem, em média, 21% no Brasil, isso desde janeiro de 2018, segundo o próprio serviço de streaming (MARI, 2019). No mundo, o público de *podcasts* da empresa, que hospeda mais de 500.000 programas, aumentou 39%. Desde notícias breves a informativos e reportagens aprofundadas, os *podcasts* representam para a área da comunicação uma diversidade de maneiras para se contar histórias e promover a produção de sentidos dos ouvintes (SILVE, 2020). O *podcast* é um novo formato de mídia sonora, com cerca de duas décadas de história, e estruturado quando a web passou a ter caráter social, contudo, levou algum tempo até se tornar um produto massivo. Fruto da convergência de mídias, em tempos de intensificação da mediação de algoritmos e do consumo de conteúdo

digital, o formato tem experimentado aceleração do crescimento nos anos recentes embora não seja a preferência prioritária dos consumidores de informação online (AMORIM & ARAUJO, 2020). Segundo Kischinhevsky (2020), o *podcasting*, antes vinculado a nichos específicos, agora assume caráter cada vez mais massivo, tanto pela universalização da telefonia móvel e acesso à internet, quanto pelos novos hábitos de escuta, possibilidades de financiamento e experimentação de formatos e linguagens em áudio, antes limitada ao rádio AM/FM (KISCHINHEVSKY et al, 2020).

O Podcast informa através do entretenimento e tem como característica a facilidade de uso e acesso (KISCHINHEVSKY et al, 2020). Considerando as possibilidades e o alcance dos podcasts pretende-se relatar as experiências vivenciadas no Projeto de Extensão Promoção do Uso Racional de Medicamentos: produção e validação de um podcast da UNEB, no período de março a outubro de 2022. Esta sistematização teve como base roteiros, registros, relatórios de avaliação da equipe, desafios enfrentados e insights aprendidos durante a primeira temporada sobre uso de antibióticos e resistência antimicrobiana.

Desenvolvimento do projeto – a concepção do podcast

Papo Comprimido foi idealizado em 2021 com a intenção de informar a comunidade sobre o uso adequado de medicamentos. Foi concebido e desenvolvido durante o mestrado em Saúde Coletiva da Universidade do Estado da Bahia (UNEB) e ganhou forma por meio do Projeto de Extensão Promoção do Uso Racional de Medicamentos: produção e validação de um *podcast* da mesma instituição na cidade de Salvador, Bahia. A essência era o desenvolvimento de um podcast seriado e a primeira temporada abordaria o uso de antibióticos e a resistência antimicrobiana. A justificativa da escolha da temática foi baseada no projeto que seria desenvolvido durante o mestrado e a sua relevância. Portanto o objetivo da primeira temporada foi aprofundar a compreensão sobre o uso de antibióticos e RAM, além de esforços para aumentar a conscientização pública por meio do *podcast* Papo Comprimido.

Assim, em abril de 2022, foi escrito um projeto de extensão pela mestrande e orientadora para que o podcast pudesse ser desenvolvido com o apoio de estudantes de graduação da área de saúde. Posteriormente a aprovação, foi realizada uma seleção de 6 estudantes, sendo 2 bolsistas e 4 voluntários, vinculados aos cursos de farmácia, nutrição e enfermagem.

Para iniciar as atividades, toda a equipe participou de uma oficina online sobre desenvolvimento de podcast ministrada por membros do podcast Fala Balbúrdia da Assessoria de Comunicação (ASCOM) da UNEB. Com o objetivo de sistematizar as etapas de produção de um *podcast*, foi desenvolvido o Guia para *podcast*: da ideia inicial à transmissão (em anexo) e solicitado aos estudantes de graduação que se apropriassem das informações.

Para o desenvolvimento de um *podcast* é necessário que se passe por cinco etapas que consistem em produção, gravação, edição, publicação e distribuição. Desta forma foram definidas as funções de cada colaborador, de acordo com suas habilidades, sendo elas apresentadores do *podcast* (host), roteirista, editor de áudio, responsável pela ancoragem e responsáveis pela divulgação. Estudantes de mestrado atuavam nas pesquisas, desenvolvimento dos temas e supervisão dos roteiros e das gravações, bem como dos convites aos populares e supervisão de todas as atividades. Algumas vezes também realizavam gravação dos áudios à frente dos microfones. Os estudantes de graduação também roteirizavam, eram host/apresentadores do *podcast*, editavam e organizavam todos os materiais sonoros para serem inteligíveis ao público, responsáveis por divulgar o *podcast* usando estratégias de marketing e desenvolviam materiais de divulgação para redes sociais.

Figura 1. Capa do guia para podcast. Salvador, 2022.



Fonte: autoria própria

Quadro 1. Membros e funções da equipe do podcast Papo Comprimido.

| Membro | Função | Atividades | Temporada |
|-------------------------------------------|--------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|
| Patrícia de Araújo Sodré | Coordenadora do projeto | Escrita do projeto, revisão do roteiro e convidada. | 1 e 2 |
| Maria Fernanda Barros de Oliveira Brandão | Supervisão do projeto | Escrita do projeto, supervisão dos extensionistas, definição da pauta, escrita e revisão do roteiro, host, revisão da gravação, ancoragem dos episódios, monitoramento dos dados do Instagram e <i>Spotify</i> para <i>Podcasters</i> (aplicativo de ancoragem). | 1 |
| Mabel Sodré Costa Sousa | Supervisão do projeto | Supervisão dos extensionistas, definição da pauta, revisão do roteiro, host e revisão da gravação. | 2 |
| Charlie Julien Mascarenhas de Medeiros | Extensionista bolsista | Narração e gravação da ficha editorial, definição da trilha sonora, edição do slogan e edição do podcast. | 1 e 2 |
| Adilma Santos de Souza | Extensionista bolsista | Definição de conteúdo para as redes sociais e desenvolvimento de material gráfico para divulgação do projeto. | 1 |
| Ícaro Gabriel Silva Gomes | Extensionista voluntário | Escrita do roteiro e host fixo. | 1 e 2 |
| Carla Cristina Conceição Braz | Extensionista voluntário | Escrita do roteiro, host fixo, criação de perfil das redes sociais e desenvolvimento de material gráfico para divulgação do projeto. | 1 e 2 |
| Amanda Lessa Cerqueira Medeiros | Extensionista voluntário | Definição de conteúdo para as redes sociais e desenvolvimento de material gráfico para divulgação do projeto e , ancoragem dos episódios. | 1 |
| Keila Almeida Santana | Extensionista voluntário | Host, definição de conteúdo para as redes sociais e desenvolvimento de material gráfico para divulgação do projeto. | 1 |

Fonte: autoria própria

Produção

Inicialmente foi definido o nome do *podcast*, preparação dos temas abordados em cada episódio, tipo de linguagem utilizado no roteiro, ambiente de gravação, além do conteúdo que foi gravado, periodicidade dos episódios, plataformas para ancoragem e formas de divulgação. Para definição do nome do *podcast*, algumas pessoas não vinculadas a formação profissional em saúde foram convidadas a sugerir nomes. Entre as sugestões, o nome “Papo Comprimido”, nomeado por Lucas Falcão (Big), foi escolhido após uma enquete entre a própria equipe.

A produção do roteiro ocorria após pesquisas realizadas, a escrita foi realizada utilizando um programa de compartilhamento de arquivos em nuvem, o *Google Docs*, entre estudantes de graduação e mestrandos e revisado ao final. Após roteirização e conforme o tema, outros profissionais e principalmente populares eram convidados a falar, pois a intenção era criar um diálogo entre o saber popular e o saber dos trabalhadores da saúde. O propósito do projeto era partilhar informações sobre o uso adequado de medicamentos com a população, mobilizando e suscitando dúvidas, divulgar serviços, contribuir com a conscientização na temática.

Identidade visual do podcast

Com o objetivo de comunicar a mensagem e destacar o Papo Comprimido dentro da *podosfera* foi criada uma identidade visual com vários elementos gráficos e visuais. Assim, foi elaborado uma logo, definida a tipografia, cores e dentre outros, do qual desdobraram-se os outros materiais criados para a divulgação no *Instagram* e *Whatsapp*.

Gravação e edição

Inicialmente foi definido pelo grupo a trilha sonora de domínio público e *slogan* “Papo Comprimido, o *podcast* para amantes de remédios” que deveria fazer parte da identidade sonora do *podcast*. Os apresentadores fixos e os outros participantes de cada episódio da temporada eram orientados a ler o roteiro em voz alta e algumas revisões eram realizadas no momento da leitura. Quando havia convidados, estes eram incentivados a gravar espontaneamente. Os áudios eram gravados individualmente nos próprios celulares, podendo ser direto no *Whatsapp* ou no aplicativo de gravador de voz do celular com recomendação de ser realizado em ambiente silencioso e sem eco.

Uma mestranda ficava responsável por receber os arquivos de áudios gravados e em seguida enviar para o encarregado pela edição. Este ouvia os áudios e caso houvesse falha, os *hosts* eram solicitados a regravam. Após edição, a mestranda ouvia para realizar as últimas revisões e aprovar conteúdo para passar para a próxima fase.

Ancoragem ou upload do episódio e distribuição

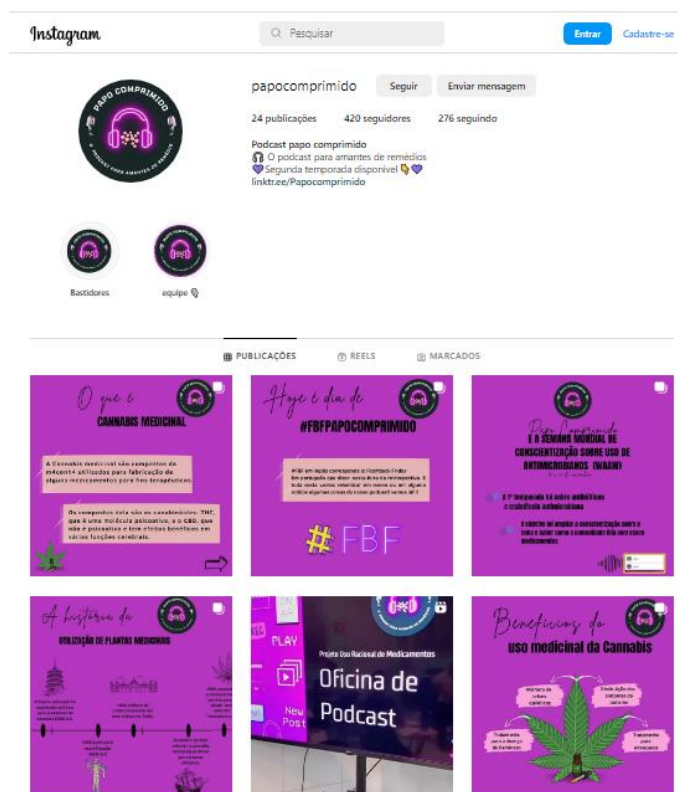
O *Spotify para podcasters* foi aplicativo escolhido para ancorar o *podcast*, possibilitando a hospedagem e distribuição para plataformas como *Spotify*, *Apple podcasts*, entre outros. O aplicativo foi escolhido por ser de fácil utilização, não possuir limite de armazenamento e disponibilizar estatísticas para análise de audiência do *podcast*.

Divulgação

A divulgação da primeira temporada do Papo Comprimido foi realizada via *Whatsapp* entre os contatos dos membros do projeto de extensão. Também foi criado um perfil no *Instagram* e desenvolvido conteúdo com o objetivo de aumentar a audiência. A escolha da plataforma deu-se por conta da sua variedade de possibilidades de postagem, com ferramentas que abrem margem para o compartilhamento de imagens, vídeos e pequenos textos. Além disso, trata-se de uma das principais redes

sociais da atualidade. Foram realizados 24 posts para o perfil Papo Comprimido no Instagram em formato de cards para feed, cards para stories e reels (vídeos curtos). Os conteúdos variaram entre apresentação da equipe, divulgação do *podcast*, da temporada e dos episódios, exposição dos assuntos dos episódios produzidos e conteúdo informativo.

Figura 2. Perfil do podcast Papo Comprimido no Instagram. Salvador, 2022.



Fonte: Reprodução

Adicionalmente, a assessoria de comunicação (ASCOM) da UNEB, realizou reportagem sobre o lançamento do *podcast* para divulgação do projeto entre a comunidade acadêmica.

Figura 3. Card para reportagem de lançamento do *podcast* Papo Comprimido realizado pela Assessoria de Comunicação da UNEB (ASCOM) como material de divulgação entre os membros da comunidade acadêmica. Salvador, 2022.



Home | Categorias | Boletim de Notícias | Pautas e Serviços

Projeto de extensão da UNEB lança podcast sobre uso racional de medicamentos

Posted On 29 Jul 2022 | By Danilo Cordeiro | In Destaques, Todas as Notícias, Últimas Notícias



O projeto de extensão "Promoção do Uso Racional de Medicamentos: Construção e validação de podcast com conteúdo educacional em saúde" da UNEB, lançou na última quinta-feira (28), o primeiro episódio do podcast "Papo Comprimido".

Desenvolvido com a participação da comunidade acadêmica do Departamento Ciências da Vida (DCV) do Campus I da UNEB, o podcast tem como objetivo produzir informação sobre uso de medicamentos utilizando narrativa simples.

A iniciativa reúne estudantes de mestrado e de graduação na área da saúde vinculados à universidade, e também conta com a participação de discentes das áreas de Farmácia, Nutrição e Enfermagem.

O podcast está disponível nas principais plataformas de streaming de áudio (Google Podcast, Spotify e Deezer). A cada quinta-feira um novo episódio será publicado.

O projeto de extensão "Promoção do Uso Racional de Medicamentos: Construção e validação de podcast com conteúdo educacional em saúde" é vinculado ao DCV do campus I da universidade, em Salvador, pelo Programa de Pós-Graduação do Mestrado Profissional em Saúde Coletiva (Mepisco).

Informações: Instagram - @papocomprimido

Fonte: Criação Própria

Análise da audiência

Além de toda dedicação para a criação do conteúdo, é importante observar o desenvolvimento do *podcast* por meio dos indicadores de análise do resultado desse processo. Para a primeira temporada foi desenvolvida a temática sobre uso de antibióticos e resistência antimicrobiana. Foram ao ar 6 episódios, os quais tiveram duração média de 7 minutos e, aproximadamente, 365 visualizações, conforme os dados da análise de audiência disponibilizada pela plataforma *Spotify for podcasters* disponíveis na tabela 1. Ademais o *podcast* Papo Comprimido possui 143 seguidores no *Spotify*, essa métrica é bastante importante pois após seguir o programa, futuros episódios são adicionados automaticamente na biblioteca dos ouvintes, desta forma o engajamento e alcance de cada episódio poderá aumentar. Entretanto isso não reflete quantas dessas pessoas acabarão realmente ouvindo realmente um episódio. Em relação ao *play* com pelo menos 60 segundos, foi contabilizado uma média de 13 *streamings* por episódios.

Tabela 1. Episódios do *podcast* Papo Comprimido por tema, tempo e número de reproduções, Salvador, Bahia, 2022.

| EPISÓDIOS | TEMPO DE DURAÇÃO | REPRODUÇÕES |
|-------------------------------------|------------------|-------------|
| Boas vindas aos amantes de remédios | 08'52'' | 172 |

| | | |
|-----------------------------------------------|---------|----|
| A história dos antibióticos | 06'51'' | 83 |
| Superbactérias e a resistência antimicrobiana | 06'39'' | 39 |
| O frango tá cheio de antibiótico | 07'13'' | 44 |
| Sabia que tem antibiótico no posto? | 08'37'' | 24 |
| Quem ouviu curtiu | 07'36'' | 03 |

No que diz respeito ao perfil sociodemográfico dos ouvintes, 60,9 % eram mulheres e 31% possuíam entre 35 e 44 anos. Os áudios foram reproduzidos em 15 Estados e no Distrito Federal. O Estado com maior reprodução foi a Bahia (76%), seguido de São Paulo (5%) e Ceará (4%) (Gráfico 2). Vale ressaltar que, além disso, os episódios também foram alcançados em outros países, como a Suécia.

Gráfico 1. Frequência de reprodução dos áudios do podcast Papo Comprimido de acordo com unidades da federação, Salvador, 2022.

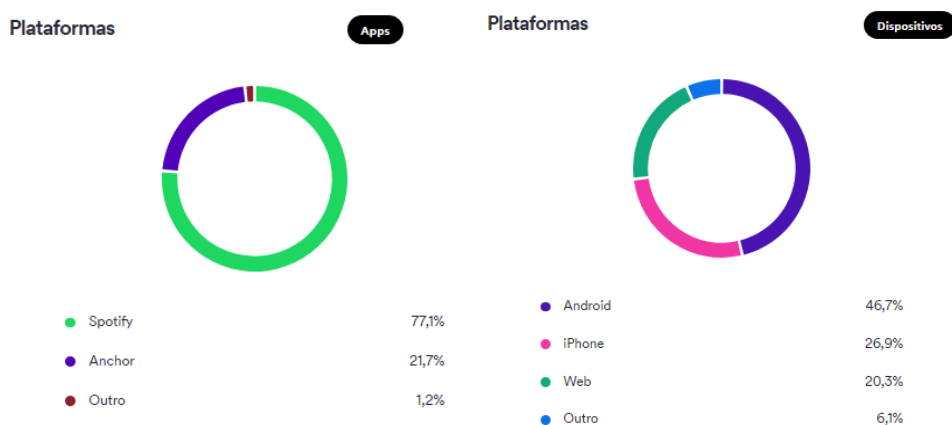
Região



Apesar do *podcast* ser distribuído por apenas duas plataformas, *Anchor* (antigo nome do *Spotify for podcasters*) e *Spotify*, também foi identificado que foi ouvido em uma terceira plataforma, porém não foi possível identificá-la. No que tange à plataforma

mais empregada pela audiência, o *Spotify* (77,1%) foi o aplicativo de *podcast* mais frequentemente utilizado pelos ouvintes.

Gráfico 2. Frequência de distribuição do podcast Papo Comprimido por plataformas, Salvador, 2022.



No que diz respeito ao tipo de dispositivo utilizado para acessar o conteúdo do Papo Comprimido, foram identificados 4 tipos, *Android* (46,7%), *Iphone* (26,9%), *Web* (20,3%) e outros (6,1%). Também não foi possível identificar o que seriam os outros dispositivos.

Salienta-se que os dados disponíveis da análise da audiência foram retirados do *Anchor* no período de 27 de julho de 2022 a 29 de janeiro de 2023. Entretanto é importante mencionar que a análise de gênero e idade são específicos dos ouvintes da plataforma *Spotify*, enquanto todos os outros dados são de todas as plataformas em conjunto (SPOTIFY, 2019).

Considerações Finais

Podcast é uma poderosa ferramenta de comunicação. O Papo Comprimido revela que este é um instrumento criativo que pode potencializar esforços de comunicação com a comunidade sobre uso racional de medicamentos, e em especial, sobre uso de antibióticos e resistência antimicrobiana. Este projeto mostra que é possível aplicar técnicas de produção de áudio para traduzir discursos acadêmicos/científicos em formas mais acessíveis, possibilitando novas maneiras, para novos públicos, usando novos espaços e tempos de escuta.

Entretanto, é necessário criar formas para sua divulgação para que mais pessoas possam ter acesso ao conteúdo. Relatos de pessoas com mais de 60 anos que não conseguiram acessar via *link* disponibilizado pelo *Whatsapp* foi frequente. Possivelmente a justificativa está vinculada a ausência de letramento digital. Ainda segundo Ribeiro e Coscarelli (2014), o acesso aos ambientes digitais e às suas práticas não é homogêneo em todos os espaços, para todos os indivíduos e comunidades, em virtude de investimentos, infraestrutura, políticas de educação, informação e cultura, além do consumo de dispositivos de variados preços, conforme o poder aquisitivo das pessoas.

Outrossim, haja vista que é um projeto de extensão, a realização deste trabalho possibilitou o aprimoramento dos conhecimentos sobre o tema, o incentivo à coletividade e estímulo à criatividade dos estudantes envolvidos. A construção de um projeto de *podcast* aparece como uma metodologia para desenvolvimento de produtos em colaboração entre estudantes de graduação e pós-graduação. Adicionalmente é de suma importância que o projeto de extensão possua recursos orçamentários para possibilitar melhorias nas gravações, materiais de áudio, computadores para edição e bolsas para auxílio dos extensionistas.

Ademais, com o objetivo de manter o *podcast* vivo após a primeira temporada, foi acordado com a coordenadora do projeto, que futuros mestrandos e residentes possam usar essa plataforma para desenvolver outros temas vinculados ao Uso Racional de Medicamentos, como já ocorre a construção da segunda temporada com a temática produtos derivados da *cannabis* medicinal.

Referências

AMORIM, A. L. T; ARAUJO, M. J. C. G. Como o isolamento social causado pela pandemia de Covid19 impactou o consumo de podcasts no Brasil: uma análise de matérias jornalísticas nacionais. **Brazilian Journal of Development**, 2021, v.7, n.3, p. 25802-25815. Disponível em:

<https://ojs.brazilianjournals.com.br/index.php/BRJD/article/download/26323/20875>

KISCHINHEVSKY, M; LOPEZ, D. C; BENZECRY, L. Podcasting tensiona categorizações e ganha, enfim, destaque como objeto de estudos. Radiofonias — **Revista de Estudos em Mídia Sonora**, Mariana-MG, v. 11, n. 01, p. 06 - 12, jan./abr. 2020. Disponível em: <https://periodicos.ufop.br:8082/pp/index.php/radiofonias/>

MARI, A.. Podcast market booms in Brazil . **ZDNet**. 2019. Disponível em: <<https://www.zdnet.com/article/podcast-market-booms-in-brazil/>>. Acesso em julho de 2022

RIBEIRO, A. E; COSCARELLI, C. V. Letramento digital. Glossário Ceali*. **Termos de Alfabetização, Leitura e Escrita para educadores**, 2014. Disponível em: <https://www.ceale.fae.ufmg.br/glossarioceale/verbetes/letramento-digital#:~:text=Letramento%20digital%20diz%20respeito%20%C3%A0s,sociais%20na%20web%2C%20entre%20outras>

SILVE, I. M. LEMOS, A.B. Consumo de Podcasts e Produção de Sentidos: análise do Programa “Mamilos – Jornalismo de Peito Aberto. Intercom – Sociedade Brasileira de Estudos Interdisciplinares da Comunicação. **43º Congresso Brasileiro de Ciências da Comunicação**, 2020. Disponível em: <https://www.portalintercom.org.br/anais/nacional2020/resumos/R15-1734-1.pdf>

SPOTIFY. Um guia rápido para as métricas de podcast do Spotify. 2019. Disponível em: <https://podcasters.spotify.com/blog/a-quick-guide-to-spotifys-podcast-metrics>

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O acesso a medicamento é um indicador de avaliação indireta da APS, e em um momento político e econômico de recessão como o visto atualmente no Brasil, o seu uso pode auxiliar aos gestores de saúde nos três entes, mas, sobretudo no âmbito municipal, na tomada de decisões nas construções de políticas públicas bem como no alocamento de recursos para uma melhor racionalização no uso destes.

O presente estudo buscou demonstrar a prevalência do acesso a medicamentos para tratamento de pessoas com DCNT na APS no município de Salvador, Bahia, no ano de 2020, bem como avaliar os fatores associados. Apesar dos avanços que vem ocorrendo nos últimos anos, muito há de ser feito pelos gestores municipais para que ocorram impactos significantes no futuro mais próximo. O modelo final encontrado nos fatores associados ajustados por sexo demonstraram que é importante fortalecer o acesso a medicamentos de forma equânime.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA FILHO, N. (org.). Saúde Coletiva – teoria e prática. Cap.5. Rio de Janeiro: Medbook Editora Científica Ltda, 2013
- ÁLVARES, J. et al. Access to medicines by patients of the primary health care in the Brazilian Unified Health System. **Revista de Saúde Pública**, v. 51, n. suppl.2, set. 2017.
- AZIZ, M. M; CALVO, M. C; SCHNEIDER, I. J. C; XAVIER, A. J; D'ORSI, E. Prevalence and factors associated with access to medication among the elderly in a city in southern Brazil: a population-based study. **Cad Saúde Pública**, 2011; 27(10):1939–50.
- BERMUDEZ, J. A. Z; OLIVEIRA, M. A; ESHER, A. Acceso a Medicamentos: Derecho Fundamental. Papel del Estado. Rio de Janeiro: ENSP, 2004.
- BIGDELI, M. et al. Access to medicines from a health system perspective. *Health Policy and Planning*, v. 28, n. 7, p. 692–704, out. 2013.
- BITTENCOURT, R. A. et al. Avaliação da Assistência Farmacêutica em um município no Sul do Brasil. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 20, n. 2, p. 310–323, jun. 2017
- BOING, A. C; BERTOLDI, A. D; BOING, A. F; BASTOS, J. L; PERES, K. G. Acceso a medicamentos en el sector público: análisis de usuarios del Sistema Único de Salud en Brasil. **Cad Saúde Pública** 2013; 29(4):691-701.
- BRASILa. Vigitel Brasil 2019: Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis. 1º Ed. Brasília, p.137, 2020.
- BRASILb. Pesquisa Nacional de Saúde (2019): Atenção Primária à Saúde e Informações Antropométricas: **Brasil / IBGE**, Coordenação de Trabalho e Rendimento. Rio de Janeiro: IBGE, 2020
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis. Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas e Agravos não Transmissíveis no Brasil (2021-2030) [recurso eletrônico]. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis. Brasília: Ministério da Saúde, 2021. 118 p.
- CAMERON, A. et al. Differences in the Availability of Medicines for Chronic and Acute Conditions in the Public and Private Sectors of Developing countries. *BullWorldHealthOrgan* 2011; 89(6):412–21.
- CUTLER, R. L. et al. Economic impact of medication non-adherence by disease groups: a systematic review. *BMJ Open*, v. 8, n. 1, 2018.
- Declaração de Alma-Ata. Em: OMS; Unicef. Primeira Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde; Conjunto de 1978. 6-12; Alma-Ata (URSS). Disponível em: <http://www.opas.org.br/coletiva/uploadArq/Alma-Ata.pdf>
- FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ (FIOCRUZ) E CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE (CNS). Atenção primária e sistemas universais de saúde: compromisso indissociável e direito humano fundamental. *Saúde em Debate* [online]. 2018, v. 42, n. spe1 [Acessado 29 Janeiro

2023], pp. 434-451. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0103-11042018S130>>. ISSN 2358-2898. <https://doi.org/10.1590/0103-11042018S130>

HELPER, A. P. et al. Capacidade aquisitiva e disponibilidade de medicamentos para doenças crônicas no setor público. *Revista Panamericana de Salud Pública*, v. 31, n. 3, p. 225–232, mar. 2012.

HOGERZEIL, H. V; MIRZA, Z. (Org.). *The World Medicines Situation 2011: Access to essential medicines as part of the right to Health*. Geneva: WHO, 2011.

HONE, T; MACINKO, J; MILLETT, C. Revisiting Alma-Ata: what is the role of primary health care in achieving the Sustainable Development Goals? *Lancet*. 2018 Oct 20;392(10156):1461-1472. doi: 10.1016/S0140-6736(18)31829-4. PMID: 30343860.

LUIZA, V. L. *Acesso a Medicamentos Essenciais no Rio de Janeiro*. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2003.

MALTA, D. C. et al. Doenças crônicas não transmissíveis e a utilização de serviços de saúde: análise da Pesquisa Nacional de Saúde no Brasil. **Rev Saúde Pública**, 2017; 51 Supl 1:4s. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/rsp/a/84CsHsNwMRNFXDHZ4NmrD9n/?lang=pt&format=pdf>

MALTA, M; CARDOSO, L. O; BASTOS, F. I; MAGNANINI, M. M; SILVA, C. M. STROBE initiative: guidelines on reporting observational studies. **Rev Saúde Pública**, 2010. Jun; 44(3):559-65. doi: 10.1590/s0034-89102010000300021. PMID: 20549022.

MACINKO, J; GUANAIS, F. C; SOUZA, M. F. M. Evaluation of the impact of the Family Health Program on infant mortality in Brazil, 1990-2002. *Journal of Epidemiology and Community Health*, v. 60, n. 1, p. 13–19, jan. 2006.

MANAGEMENT SCIENCES FOR HEALTH - MSH. *MDS-3: Managing access to medicines and Health Technologies*. VA: MSH, 2012.

MEDRONHO, R. et al. *Epidemiologia*. 2ª Ed. São Paulo: Atheneu, 2009

MELO, D. O; SILVA, S. R. A; CASTRO, L. L. C. Avaliação de indicadores de qualidade de prescrição de medicamentos em uma unidade de atenção primária com diferentes modelos de atenção. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 25, n. 2, p. 259–270, abr./jun. 2016.

MENDES, E. V. O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. / Eugênio Vilaça Mendes. Brasília:

Organização Pan-Americana da Saúde, 2012. 512 p.: il. ISBN: 978-85-7967-078-7

https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cuidado_condicoes_atencao_primaria_saude.pdf

MENDES, L. V. et al. Disponibilidade de medicamentos nas unidades básicas de saúde e fatores relacionados: uma abordagem transversal. **Saúde em Debate**, v. 38, n. Especial, p. 109-123, out. 2014.

MOROSINI, M. V. G. C; FONSECA, A. F; LIMA, L. D. Política Nacional de Atenção Básica 2017: retrocessos e riscos para o Sistema Único de Saúde. **Saúde em Debate**, v. 42, n. 116, p. 11–24, jan./mar. 2018

NASCIMENTO, R. C. R. M. et al. Availability of essential medicines in primary healthcare of the Brazilian Unified Health System. **Revista de Saúde Pública**, v. 51, n. Suppl 2, p. 10s, nov. 2017.

NAVES, J. O. S; SILVER, L. D. Evaluation of pharmaceutical assistance in public primary care in Brasília, Brazil. **Revista de Saúde Pública**, v. 39, n. 2, p. 223–230, abr. 2005.

NUGENT R, BERTRAM MY, JAN S, et al. Investing in non-communicable disease prevention and management to advance the sustainable development goals. *Lancet*. 2018. May 19;391:2029–2035

OFORI-ASENSO, R. A closer look at the World Health Organization's prescribing indicators. *J. Pharmacol. Pharmacother*. 2016. 7 (1), 51–54. doi: 10.4103/0976-500X.179352

OLIVEIRA, L. C. F; ASSIS, M. M. A; BARBONI, A. R. Assistência Farmacêutica no Sistema Único de Saúde: da Política Nacional de Medicamentos à Atenção Básica à Saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 15, n. Suppl 3, p. 3561–3567, nov. 2010.

PIMENTEL IRS et al. Caracterização da demanda em uma Unidade de Saúde da Família. *Rev Bras Med Fam Comunidade* 2011;6(20):175-81. [https://doi.org/10.5712/rbmf6\(20\)95](https://doi.org/10.5712/rbmf6(20)95)
SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. **Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes** –2017/2018. São Paulo: Editora Clannad; 2017

PORTELA, A. S. et al. Indicadores de prescrição e de cuidado ao paciente na atenção básica do município de Esperança, Paraíba, 2007. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 21, n. 2, p. 341–350, jun. 2012.

PRASHANTH, N. S. et al. Improving access to medicines for non-communicable diseases in rural India: a mixed methods study protocol using quasi-experimental design. **BMC Health Services Research**, v. 16, n. 1, ago. 2016.

SANTA HELENA, E. T; ANDERSEN, S. E; MENONCIN, S. M. Percepção dos usuários sobre acesso aos medicamentos na atenção primária. **Cadernos de Saúde Pública**. n. 44, v.3, p.1-5, 2010. Disponível em: <https://www.equatornetwork.org/reporting-guidelines/strobe/>.

SCHMIDT MI et al. Chronic non-communicable diseases in Brazil: burden and current challenges. *Lancet*. 2011;377(9781):1949-61. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(11\)60135-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(11)60135-9)

SHI, L. et al. Primary care, infant mortality, and low birth weight in the states of the USA. *Journal of Epidemiology and Community Health*, v. 58, n. 5, p. 374–380, maio 2004.

SOUZA, L. E. P. F; BAHIA, L. Componentes de um Sistema de Serviços de Saúde: população, infraestrutura, organização, prestação de serviços, financiamento e gestão. In: PAIM, J. S;

STARFIELD, B; SHI, L; MACINKO, J. Contribuição da atenção primária aos sistemas de saúde e saúde. *Milbank Q*. 2005; 83 (3):457–502.
<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1468-0009.2005.00409.x>

STARFIELD, B. Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002. 726 p.

THAPA, A. K; GHIMIRE, N; ADHIKARI, S. R. Access to Drugs and Out of Pocket Expenditure in Primary Health Facilities. *Journal of Nepal Health Research Council*, v.14, n. 34, p. 139-142, set. 2016.

WAGNER, A. K. et al. Access to care and medicines, burden of health care expenditures, and risk protection: Results from the World Health Survey. **Health Policy**, v. 100, n. 2–3, p. 151–158, maio 2011.

WHO. How to Investigate Drug Use in Health Facilities: Selected Drug Use Indicators – EDM Research Series No. 007. 1993. Available from:
[http://www.apps.who.int/medicinedocs/en/d/Js2289e/Wirtz VJ et al. Essential medicines for universal health coverage. Lancet 2017; 389\(10067\):403–76.](http://www.apps.who.int/medicinedocs/en/d/Js2289e/Wirtz_VJ_et_al_Essential_medicines_for_universal_health_coverage)

WORLD HEALTH ORGANIZATION - WHO. Delivering on the global partnership for achieving the millennium development goals: Millennium Development Goal 8: MDG

WORLD HEALTH ORGANIZATION – WHO. Global Health Observatory (GHO) data: Median availability of selected generic medicines. Disponível em:
https://www.who.int/gho/mdg/medicines/availability_text/en/

WORLD HEALTH ORGANIZATION – WHO. Health statistics and information systems: WHO World Health Survey. Disponível em: <http://www.who.int/healthinfo/survey/en>

WORLD HEALTH ORGANIZATION . World Health Organization Global action plan for the prevention and control of noncommunicable diseases 2013–2020. Geneva: World Health Organization; 2013.

WORLD HEALTH ORGANIZATION . World Health Organization Time to deliver: report of the WHO independent high-level commission on noncommunicable diseases. Geneva: World Health Organization, 2018.

WORLD HEALTH ORGANIZATION . World Health Statistics 2019: monitoring health for the SDGs, sustainable development goals. 2019.
<https://www.who.int/publications/i/item/9789241565707>

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Noncommunicable Diseases Progress Monitor 2022. Geneva: WHO; 2022. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240047761>



APÊNDICE

APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO UNIVERSIDADE DO ESTADO DA BAHIA DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS DA VIDA – DCV 1 UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA INSTITUTO DE SAÚDE COLETIVA

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO

ESTA PESQUISA SEGUIRÁ OS CRITÉRIOS DE ÉTICA EM PESQUISA COM SERES HUMANOS CONFORME RESOLUÇÃO Nº 466 DO CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE.

ORIENTAÇÕES GERAIS:

I.– DADOS SOBRE A PESQUISA:

TÍTULO DO PROTOCOLO DE PESQUISA: Assistência Farmacêutica na Atenção Básica: Um estudo de natureza avaliativa no município de Salvador.

PESQUISADORES RESPONSÁVEIS: Patrícia Sodré Araújo e Yara Oyram

II.– EXPLICAÇÕES DO PESQUISADOR AO PARTICIPANTE SOBRE A PESQUISA:

O (a) senhor (a) está sendo convidado (a) a participar da pesquisa intitulada Assistência Farmacêutica na Atenção Básica: Um estudo de natureza avaliativa no município de Salvador, cujo objetivo é **avaliar a organização da assistência farmacêutica no município de Salvador.**

A realização desta pesquisa trará ou poderá trazer benefícios para os usuários do SUS em relação às melhorias no acesso a medicamentos e nos serviços farmacêuticos oferecidos no SUS, mesmo que indiretamente. Caso aceite, o senhor (a) terá que responder a um questionário semiestruturado que será avaliado pela equipe de pesquisadores da Universidade do Estado da Bahia e do Instituto de Saúde Coletiva da UFBA.

Durante a coleta de informações, o senhor poderá a qualquer momento interromper a pesquisa caso não se sinta constrangido ou mesmo lembrar algum momento de tristeza na sua vida. Sua participação é voluntária e não haverá nenhum

gasto ou remuneração resultante dela. Garantimos que sua identificação será tratada com sigilo e, portanto, o Sr (a) não será identificado (a). Caso queira, o (a) senhor(a)

a) poderá, a qualquer momento, desistir de participar e retirar sua autorização.

Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com a pesquisadora ou com a instituição. Quaisquer dúvidas que o (a) senhor (a) apresentar serão esclarecidos pela pesquisadora e o Sr (a) caso queira, poderá entrar em contato também com o comitê de ética da Universidade do Estado da Bahia. O (a) senhor (a) receberá uma cópia deste termo onde consta o contato dos pesquisadores, que poderão tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento.

III.- INFORMAÇÕES DE NOMES, ENDEREÇOS E TELEFONES DOS RESPONSÁVEIS PELO ACOMPANHAMENTO DA PESQUISA, PARA CONTATO EM CASO DE DÚVIDAS.

PESQUISADORES RESPONSÁVEIS:

| | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Patrícia Sodré Araújo | Yara Oyam |
| Endereço: Rua Silveira Martins, nº 2555, Cabula – Salvador – BA /Cep: 41.150-000 Telefone: (71)3117-2200 E- mail: psaraujo@uneb.br | Endereço: R. Basilio da gama, 316 – Canela– Salvador- BA /Cep: 41.150-000 Telefone: (71)32837373 E mail: oyram@ufba.br |

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA – CEP/UNEB Rua Silveira Martins, nº 2555, Cabula – Salvador – BA /Cep: 41.150-000 Tel. 71 3117 – 2445 e –mail: cepuneb@uneb.br

COMISSÃO NACIONAL DE ÉTICA EM PESQUISA – CONEP SEPN 510 NORTE, BLOCO A 1º SUBSOLO, EDIFÍCIO EX-INAN – UNIDADE II – MINISTÉRIO DA SAÚDE CEP: 70.750-521 – BRASILIA – DF.

Pesquisa submetida ao comitê de ética em pesquisa com seres humanos da Universidade do Estado da Bahia, aprovado sob CAEE93991118.5.0000.0057, parecer nº 2.791.392 em 31 de julho de 2018, consulta disponível no link: <https://plataformabrasil.saude.gov.br/login.js>

APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO PÓS ESCLARECIDO
CONSENTIMENTO PÓS-ESCLARECIDO

Declaro que, após ter sido devidamente esclarecido pelo pesquisador (a) sobre os objetivos, benefícios da pesquisa e riscos de minha participação na pesquisa intitulada “Assistência Farmacêutica na Atenção Básica: Um estudo de natureza avaliativa no município de Salvador”, e ter entendido o que me foi explicado, concordo em participar sob livre e espontânea vontade. Como voluntário consinto que os resultados obtidos sejam apresentados e publicados em eventos e artigos científicos desde que a minha identificação não seja realizada e assinarei este documento em duas vias sendo uma destinada ao pesquisador e outra a via que a mim.

Salvador, _____ de _____ de 2018.

Assinatura do participante da pesquisa

Assinatura do pesquisador discente
(orientando)

Assinatura do professor responsável
(orientador)

APÊNDICE C – QUESTIONÁRIO SEMIESTRUTURADO DE USUÁRIO

**UNIVERSIDADE DO ESTADO DA BAHIA
DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS DA VIDA – DCV
UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
INSTITUTO DE SAÚDE COLETIVA – ISC**

QUESTIONÁRIO PARA PESQUISA DE CAMPO USUÁRIO

Horário do Início da entrevista: _____

Horário Final da entrevista: _____

Data da entrevista: _____

Informações para o(a) participante voluntário (a):

Você está convidado (a) a responder este questionário anônimo que faz parte da coleta de dados da pesquisa **ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA NA ATENÇÃO BÁSICA: UM ESTUDO DE NATUREZA AVALIATIVA NO MUNICÍPIO DE SALVADOR** sob responsabilidade da pesquisadora Prof. PATRÍCIA SODRÉ pertencente à Universidade Estadual da Bahia (UNEB). Caso você concorde em participar da pesquisa, leia com atenção os seguintes pontos:

- a) Você é livre para, a qualquer momento, recusar-se a responder às perguntas que lhe ocasionem constrangimento de qualquer natureza;
- b) Você pode deixar de participar da pesquisa e não precisa apresentar justificativas para isso;
- c) Sua identidade será mantida em sigilo;
- d) Caso você queira, poderá ser informado (a) de todos os resultados obtidos com a pesquisa, independentemente do fato de mudar seu consentimento em participar da pesquisa.

I- INFORMAÇÕES DO ENTREVISTADO

| | | |
|----|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 01 | Nome: | |
| 02 | Unidade que recebe atendimento: | |
| 03 | Distrito: | |
| 04 | Sexo: | 1. <input type="checkbox"/> Feminino 2. <input type="checkbox"/> Masculino |
| 05 | Qual a idade: | |
| 06 | É casado ou vive com companheiro? | 1. <input type="checkbox"/> Sim 2. <input type="checkbox"/> Não, mais já viveu antes 3. <input type="checkbox"/> Nunca viveu |
| 07 | A sua cor é: | 1 <input type="checkbox"/> Branca 2 <input type="checkbox"/> Preta 3 <input type="checkbox"/> Amarela 4 <input type="checkbox"/> Parda 5 <input type="checkbox"/> Indígena |
| 08 | Até que série e grau o (a) Sr (a) estudou? | |
| | 1º grau ou fundamental ou supletivo de primeiro grau ou EJA | 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> |
| | 2º grau ou colégio técnico ou normal ou científico ou ensino médio ou supletivo de segundo grau ou EJA | 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> |

| | | |
|--|-----------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| | 3º grau ou curso superior | <input type="checkbox"/> completo <input type="checkbox"/> Incompleto |
| | Pós-graduação (colocar maior titulação) | <input type="checkbox"/> Especialização <input type="checkbox"/> Mestrado <input type="checkbox"/> Doutorado |
| | Nunca estudou | |
| | NS/NR | |

II. - DOENÇAS CRÔNICAS

Agora, vou fazer algumas perguntas sobre a sua saúde.

HIPERTENSÃO

| | | |
|----|----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|
| 9 | Algum médico já lhe disse que o (a) Sr(a) tem hipertensão tensão ou pressão alta | 1. <input type="checkbox"/> Sim 2. <input type="checkbox"/> Não => Passe para 14 |
| 10 | O(a) Sr(a) está tomando algum remédio para a pressão alta? | 1. <input type="checkbox"/> Sim 2. <input type="checkbox"/> Não => Passe para 14 |
| 11 | Qual(is)? | *Listar abaixo os remédios* |

| NOME | CONCENTRAÇÃO | UNIDADES POR VEZ | VEZES POR DIA | QUANTAS VEZES ESQUECEU DE TOMAR NA ÚLTIMA SEMANA? | COMO ESTE REMÉDIO FUNCIONA? |
|--------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------|
| 99 = Não sabe/Não lembra | <i>*Anotar apenas os números*</i> | | | | 1.- Bem 2.- Mais ou menos 3.- Não muito bem |
| Remédio 1 | | | | | |
| Remédio 2 | | | | | |
| Remédio 3 | | | | | |
| 12 | Nos últimos 30 dias, o(a) Sr(a) ficou sem algum desses remédios por algum tempo? | | | 1. <input type="checkbox"/> Sim 2. <input type="checkbox"/> Não => <i>Passe para 14</i> 9 <input type="checkbox"/> NS/NR => <i>Passe para 14</i> | |
| 13 | Qual(is)? <i>*Preencha os campos correspondentes aos remédios que o entrevistado relatou que deixou de tomar*</i> | | | | |
| | IDENTIFICAÇÃO | POR QUANTO TEMPO | | POR QUÊ? | |
| | <input type="checkbox"/> REMÉDIO 1 | _____ | <input type="checkbox"/> dia <input type="checkbox"/> sem <input type="checkbox"/> mês | | |
| | <input type="checkbox"/> REMÉDIO 2 | _____ | <input type="checkbox"/> dia <input type="checkbox"/> sem <input type="checkbox"/> mês | | |
| | <input type="checkbox"/> REMÉDIO 3 | _____ | <input type="checkbox"/> dia <input type="checkbox"/> sem <input type="checkbox"/> mês | | |

DIABETES

| | | |
|-----------|----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|
| 14 | Algum médico já lhe disse que o (a) Sr(a) tem diabetes ou açúcar alto no sangue? | 1. <input type="checkbox"/> Sim 2. <input type="checkbox"/> Não => Passe para 14 |
| 15 | O(a) Sr(a) está tomando algum remédio, que não seja insulina para diabetes? | 1. <input type="checkbox"/> Sim 2. <input type="checkbox"/> Não => Passe para 14 |
| 16 | Qual(is)? | *Listar abaixo os remédios* |

| NOME | CONCENTRAÇÃO | UNIDADES POR VEZ | VEZES POR DIA | Quantas vezes esqueceu de tomar na última semana? | COMO ESTE REMÉDIO FUNCIONA? |
|---------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------|---------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------|
| 99 = Não sabe/ Não lembra | *Anotar apenas os números* | | | | 1.- Bem 2.- Mais ou menos 3.- Não muito bem |
| Remédio 1 | | | | | |
| Remédio 2 | | | | | |
| Remédio 3 | | | | | |
| 17 | Nos últimos 30 dias, o(a) Sr(a) ficou sem algum desses remédios por algum tempo? | | | 1. <input type="checkbox"/> Sim 2. <input type="checkbox"/> Não => Passe para 14 9 <input type="checkbox"/> NS/NR => Passe para 14 | |
| 18 | Qual(is)? *Preencha os campos correspondentes aos remédios que o entrevistado relatou que deixou de tomar* | | | | |
| | Identificação | Por quanto tempo | | POR QUÊ? | |
| | <input type="checkbox"/> REMÉDIO 1 | _ _ _ | | <input type="checkbox"/> dia <input type="checkbox"/> sem <input type="checkbox"/> mês | |
| | <input type="checkbox"/> REMÉDIO 2 | _ _ _ | | <input type="checkbox"/> dia <input type="checkbox"/> sem <input type="checkbox"/> mês | |
| | <input type="checkbox"/> REMÉDIO 3 | _ _ _ | | <input type="checkbox"/> dia <input type="checkbox"/> sem <input type="checkbox"/> mês | |
| 19 | O(a) Sr(a) usa insulina? | | | 1. <input type="checkbox"/> Sim 2. <input type="checkbox"/> Não => Passe para 22 | |
| 20 | Quantas vezes ao dia? | | | 1. <input type="checkbox"/> Apenas uma vez 2. <input type="checkbox"/> Duas ou mais vezes => Passe para 22 9 <input type="checkbox"/> Tantas quanto necessário => Passe para 22 | |
| 21 | Qual horário? | | | 1. <input type="checkbox"/> Manhã 2. <input type="checkbox"/> Noite 3. <input type="checkbox"/> Outro | |

III. - SERVIÇOS DE SAÚDE E FARMÁCIA

| | | |
|----|---------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 70 | Nos últimos 3 meses, o(a) Sr(a) procurou por algum medicamento nesta UBS? | 1. <input type="checkbox"/> Sim 2. <input type="checkbox"/> Não => Passe para 73 3. <input type="checkbox"/> Primeira vez na UBS => Passe para 73 |
| 71 | O(a) Sr(a) conseguiu os remédios que procurava na farmácia da UBS? | 1. <input type="checkbox"/> Sim 2. <input type="checkbox"/> Não => Passe para 74 => Passe para 74 |

V – ESTILO DE VIDA

Agora, vou fazer algumas perguntas sobre o seu dia-a-dia.

| Prática de atividade física: | | |
|------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 103 | Nos últimos três meses, o(a) Sr(a) praticou algum tipo de exercício físico ou esporte? <i>*não considere fisioterapia*</i> | 1. <input type="checkbox"/> Sim 2. <input type="checkbox"/> Não => Passar para 108 |
| 104 | Quantos dias por semana o(a) Sr(a) costuma praticar exercício físico ou esporte? | __ dias (<i>0 se menos do que um dia</i>) Se 0 => Passar para 108 |
| 105 | Qual é o exercício físico ou esporte que o(a) Sr(a) pratica com <i>*Anotar apenas o primeiro citado*</i> | 1 <input type="checkbox"/> Caminhada (não vale para o trabalho) => Passar para 107 2 <input type="checkbox"/> Caminhada em esteira => Passar para 107 3 <input type="checkbox"/> Corrida => Passar para 107 4 <input type="checkbox"/> Corrida em esteira => Passar para 107 5 <input type="checkbox"/> Musculação => Passar para 107 6 <input type="checkbox"/> Hidroginástica => Passar para 107 7 <input type="checkbox"/> Ginástica em geral => Passar para 107 8 <input type="checkbox"/> Natação => Passar para 107 9 <input type="checkbox"/> Bicicleta => Passar para 107 10 <input type="checkbox"/> Futebol => Passar para 107 11 <input type="checkbox"/> Dança => Passar para 107 12 <input type="checkbox"/> Outro |
| 106 | Se outro, qual: | |
| 107 | Em geral, no dia que o(a) Sr(a) faz caminhada, pratica exercício ou esporte, quanto tempo dura esta atividade? | __ horas __ minutos |

| DIETA | | |
|-------|--------------------------------------------------------|--------------------------------|
| 112 | O(a) Sr(a) está fazendo alguma dieta para perder peso? | 1 <input type="checkbox"/> Sim |

| | | |
|--------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| | | 2. <input type="checkbox"/> Não |
| 113 | O(a) Sr(a) faz alguma dieta para reduzir o consumo de sal? | 1. <input type="checkbox"/> Sim 2. <input type="checkbox"/> Não |
| 114 | O(a) Sr(a) faz alguma dieta para reduzir o consumo de gordura? | 1. <input type="checkbox"/> Sim 2. <input type="checkbox"/> Não |
| 115 | O(a) Sr(a) faz alguma dieta para reduzir o açúcar? | 1. <input type="checkbox"/> Sim 2. <input type="checkbox"/> Não |
| 116 | O(a) Sr(a) faz uso de algum adoçante na sua dieta? | 1. <input type="checkbox"/> Sim 2. <input type="checkbox"/> Não |
| Se sim para alguma das 5 perguntas acima: | | |
| 117 | Qual principal motivo que levou o (a) Sr(a) fazer esta dieta? | 1. <input type="checkbox"/> Por aconselhamento médico ou de nutricionista => Passe para 119 2. <input type="checkbox"/> Por decisão própria => Passe para 121 |
| 118 | Se outro, qual: | |
| 119 | Para qual problema de saúde recebeu esta recomendação? | <ul style="list-style-type: none"> • <input type="checkbox"/> Hipertensão => Passe para 121 • <input type="checkbox"/> Diabetes => Passe para 121 • <input type="checkbox"/> Doença do coração => Passe para 121 • <input type="checkbox"/> Colesterol alto => Passe para 121 • <input type="checkbox"/> AVC (acidente vascular cerebral) => Passe para 121 • <input type="checkbox"/> Doença pulmonar crônica => Passe para 121 • <input type="checkbox"/> Artrite ou reumatismo => Passe para 121 • <input type="checkbox"/> Depressão => Passe para 121 |
| 120 | Se outro, qual: | - <input type="checkbox"/> Outro |

VI-PLANO DE SAÚDE

Agora vou fazer algumas perguntas referentes a planos de saúde.

| | | |
|----------------------------------------|-----------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 121 | O(a) Sr(a) tem plano de saúde ou convênio médico? | 1. <input type="checkbox"/> Sim 2. <input type="checkbox"/> Não => Passe para 128 3. <input type="checkbox"/> Não sabe => Passe para 128 |
| 122 | Qual o nome do(s) plano(s) de saúde ou convênio(s)? | |
| 123 | O(a) Sr(a) é o titular deste plano? | 1. <input type="checkbox"/> Sim 2. <input type="checkbox"/> Não |
| O(s) plano(s) ou convênio(s) cobre(m): | | |
| 124 | Consulta médica? | 1. <input type="checkbox"/> Não 2. <input type="checkbox"/> Tenho desconto no preço |

| | | |
|--|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| | <i>*COPAGAMENTO: O entrevistado paga apenas uma parte da consulta*</i> | 3. <input type="checkbox"/> O plano cobre, mas tem copagamento 4. <input type="checkbox"/> O plano cobre integral 5. <input type="checkbox"/> Eu pago e o plano reembolsa 9 <input type="checkbox"/> NS/NR |
| | Internação? 125 <i>*COPAGAMENTO: O entrevistado paga apenas uma parte da internação*</i> | 1. <input type="checkbox"/> Não 2. <input type="checkbox"/> Tenho desconto no preço 3. <input type="checkbox"/> O plano cobre, mas tem copagamento 4. <input type="checkbox"/> O plano cobre integral 5. <input type="checkbox"/> Eu pago e o plano reembolsa 9 <input type="checkbox"/> NS/NR |
| | Exames? 126 <i>*COPAGAMENTO: O entrevistado paga apenas uma parte do exame*</i> | 1. <input type="checkbox"/> Não 2. <input type="checkbox"/> Tenho desconto no preço 3. <input type="checkbox"/> O plano cobre, mas tem copagamento 4. <input type="checkbox"/> O plano cobre integral 5. <input type="checkbox"/> Eu pago e o plano reembolsa 9 <input type="checkbox"/> NS/NR |
| | Medicamentos (fora da internação)? 127 <i>*COPAGAMENTO: O entrevistado paga apenas uma parte do medicamento*</i> | |

VII-INFORMAÇÕES SOBRE O DOMICÍLIO

Agora, preciso de algumas informações sobre seu domicílio.

| BENS DOMÉSTICOS | | | | | |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------|----------|----------|----------|----------|
| Vou lhe apresentar um conjunto de itens e gostaria de saber quais existem em seu domicílio. Para cada item que o(a) Sr(a) responder sim, vou lhe perguntar a quantidade. | | | | | |
| 128 | Neste domicílio o(a) Sr(a) tem: | | | | |
| | Quantidade | 0 | 1 | 2 | 3 |
| | 4+ | | | | |
| 129 | Televisão em cores | | | | |
| 130 | Rádio (não considerar rádio de automóvel) | | | | |
| 131 | Banheiro (não considerar se servirem a mais de uma habitação, nem lavabos) | | | | |
| 132 | Automóvel (de uso particular) | | | | |
| 133 | Empregada mensalista (trabalhar pelo menos 5 dias por semana) | | | | |
| 134 | Máquina de lavar roupa (não considerar o tanquinho) | | | | |
| 135 | Videocassete / DVD | | | | |
| 136 | Geladeira | | | | |
| 137 | Freezer (aparelho independente ou parte da geladeira duplex) | | | | |
| 138 | Microcomputador | | | | |
| 139 | Micro-ondas | | | | |

| | | | | | | |
|-----|-------------------|--|--|--|--|--|
| 140 | Motocicleta | | | | | |
| 141 | Secadora de roupa | | | | | |

| | | |
|------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 142 | Quantas pessoas moram neste domicílio? | ____ pessoas 99 = NS/NR |
| 143 | Quantos cômodos existem neste domicílio? (incluindo banheiro, área de serviço e demais divisões) | ____ pessoas 99 = NS/NR |
| 144 | Quantos cômodos servem como dormitório (quartos)? | ____ pessoas 99 = NS/NR |
| Este domicílio: | | |
| 145 | É alugado? | 1. <input type="checkbox"/> Sim=> Passar para 148 2. <input type="checkbox"/> Não 9. <input type="checkbox"/> NS/NR => Passar para 148 |
| 146 | É próprio | 1. <input type="checkbox"/> Sim=> Passar para 148 2. <input type="checkbox"/> Não 9. <input type="checkbox"/> NS/NR => Passar para 148 |
| 147 | É emprestado? | 1. <input type="checkbox"/> Sim 2. <input type="checkbox"/> Não 9. <input type="checkbox"/> NS/NR |
| 148 | Qual é a letra correspondente a renda mensal total dos moradores do seu domicílio? *entregar tabela de renda ao entrevistado* | 1 <input type="checkbox"/> A 2 <input type="checkbox"/> B 3 <input type="checkbox"/> C 4 <input type="checkbox"/> D 5 <input type="checkbox"/> E 6 <input type="checkbox"/> F 7 <input type="checkbox"/> G 8 <input type="checkbox"/> H 9 <input type="checkbox"/> I 10 <input type="checkbox"/> J 11 <input type="checkbox"/> L 12 <input type="checkbox"/> M 13 <input type="checkbox"/> N 99 <input type="checkbox"/> NS/NR |
| 149 | O domicílio possui água encanada? | 1. <input type="checkbox"/> Sim 2. <input type="checkbox"/> Não 9. <input type="checkbox"/> NS/NR |

| | | |
|--------------------------------------------|---------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 150 | A rua é pavimentada? | 1. <input type="checkbox"/> Sim 2. <input type="checkbox"/> Não 9 <input type="checkbox"/> NS/NR |
| 151 | Quantas pessoas dependem desta renda? | _____ |
| 152 Recebe auxílio do governo como: | | |
| 153 | Bolsa família? | 1. <input type="checkbox"/> Sim 2. <input type="checkbox"/> Não 9 <input type="checkbox"/> NS/NR |

| | | |
|-----|--------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 154 | Seguro desemprego? | 1. <input type="checkbox"/> Sim 2. <input type="checkbox"/> Não 9 <input type="checkbox"/> NS/NR |
| 155 | Outro auxílio? | 1. <input type="checkbox"/> Sim 2. <input type="checkbox"/> Não => <i>Passe para 157</i> 9 <input type="checkbox"/> NS/NR => <i>Passe para 157</i> |
| 156 | Se outro, qual: | |

Para concluir, gostaria de fazer uma última pergunta:

| | | |
|-----|---------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 161 | Em geral, como o(a) Sr(a) avalia sua saúde? | 1 <input type="checkbox"/> Muito boa 2. <input type="checkbox"/> Boa 3. <input type="checkbox"/> Regular 4. <input type="checkbox"/> Ruim 5. <input type="checkbox"/> Muito ruim |
|-----|---------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|