



UNIVERSIDADE
CATÓLICA
DE SANTOS

CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS APLICADAS E SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

MARLENE ROSIMAR DA SILVA VIEIRA

**Utilização de medicamentos em adultos no município de Praia Grande, São
Paulo: prevalência e fatores associados**

Santos

2016

MARLENE ROSIMAR DA SILVA VIEIRA

Utilização de medicamentos em adultos no município de Praia Grande, São Paulo: prevalência e fatores associados

Tese apresentada ao Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Católica de Santos, como requisito parcial para obtenção do título de Doutor em Saúde Coletiva.

Orientadora: Dra. Claudia Renata dos Santos Barros

Coorientadora: Dra. Aylene Emília Moraes Bousquat

Santos

2016

[Dados Internacionais de Catalogação]

Departamento de Bibliotecas da Universidade Católica de Santos

V658u Vieira, Marlene Rosimar da Silva

Utilização de medicamentos em adultos no município de Praia Grande, São Paulo : prevalência e fatores associados. / Marlene Rosimar da Silva Vieira ; orientadora Prof.^a Dr^a. Claudia Renata dos Santos Barros. – Santos : [s.n.], 2016.

113 f. ; Tese (Doutorado) - Universidade Católica de Santos, Programa de Mestrado em Saúde Coletiva.

1. Equidade no acesso. 2. Acesso universal a serviços de saúde. 3. Assistência farmacêutica. 4. Uso de medicamentos. I. Barros, Claudia Renata dos Santos. II. Universidade Católica de Santos. III. Utilização de medicamentos em adultos no município de Praia Grande, São Paulo: prevalência e fatores associados.

CDU 614(043.2)

UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SANTOS

Chanceler

Dom Tarcísio Scaramussa

Reitor

Prof. Me. Marcos Medina Leite

Pró-Reitora De Graduação

Prof^a. Me. Roseane Marques da Graça Lopes

Pró-Reitora Administrativo

Prof^a. Me. Mariângela Mendes Lomba Pinho

Pró-Reitor de Pastoral

Prof. Pe. Cláudio Scherer da Silva

Diretora do Centro de Ciências Sociais Aplicadas e Saúde

Prof^a. Me. Mônica Lourenço das Neves

Coordenador do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva

Prof. Dr. Sergio Baxter Andreoli

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho aos meus pais (*in memoriam*) por me ensinarem a importância da educação.

Dedico ao meu marido Alexandre e aos meus filhos Rafaela e Gabriel pela compreensão nos momentos que estive ausente. Amo vocês!

AGRADECIMENTOS

À minha orientadora Dra. Claudia Renata dos Santos Barros agradeço pela oportunidade, paciência e dedicação. Os seus conselhos e ensinamentos serão sempre lembrados.

À minha coorientadora Dra. Aylene Bousquat agradeço pelo incentivo para eu me tornar uma pesquisadora mais completa e ampliar minha visão crítica sobre as questões que envolvem a saúde pública. Obrigada por ser um exemplo de dedicação e força e não nos afastarmos mesmo quando os vínculos institucionais não permaneceram os mesmos. Guardarei seus ensinamentos comigo e espero poder dar continuidade neste trabalho.

Aos membros da banca agradeço pelas contribuições para a melhoria deste trabalho.

Aos professores do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Católica de Santos pelo companheirismo e conhecimentos transmitidos, em especial ao coordenador Dr. Sérgio Baxter Andreoli.

Ao Magnífico Reitor desta Universidade, professor Marcos Medina Leite e a Diretora do Centro de Ciências Sociais Aplicadas e Saúde, professora Mônica Lourenço das Neves, apresento meu reconhecimento pela parceria constante.

À minha aluna de iniciação científica Sylvia Fortes Restrepo por ter dividido comigo o amor pela pesquisa.

Às minhas colegas de pós-graduação Fabiana Cuconato Reis Filgueiras, Bruna Feichas Renó e Katucha Rocha Almeida, pois sem vocês este trabalho não teria se concretizado.

Ao colega e amigo Dr. Paulo Angelo Lorandi que iniciou este trabalho comigo. Espero que ainda possamos realizar muitos outros.

Ao amigo André Luiz Vizini Pereira pelo desenvolvimento do software para a realização das entrevistas.

Aos meus irmãos Marcia, Mario, Manoel, Margaret e Marleth por terem sido exemplos de dedicação e sabedoria.

A todos que direta ou indiretamente estiveram presentes na elaboração desta tese.

“A menos que modifiquemos a nossa maneira de pensar, não seremos capazes de resolver os problemas causados pela forma como nos acostumamos a ver o mundo”

Albert Einstein

Utilização de medicamentos em adultos no município de Praia Grande, São Paulo: prevalência e fatores associados

Resumo

Introdução: A garantia do direito à saúde inclui o acesso a medicamentos. No Brasil não podemos pensar neste acesso apenas tendo em vista o setor público, pois mesmo sendo um país com um sistema de saúde universal, 26% da população está afiliada ao setor de saúde suplementar e os gastos com compra de medicamentos correspondem a 48,6% da despesa média mensal com saúde das famílias brasileiras. **Objetivo:** Analisar a utilização de medicamentos e fatores associados pela população adulta no município de Praia Grande, São Paulo. **Metodologia:** Estudo transversal de base populacional que incluiu 985 adultos de ambos os sexos. Amostra por conglomerados em dois estágios, em Praia Grande, São Paulo, 2012. As variáveis dependentes foram o uso e o acesso aos medicamentos através do sistema público de saúde. Como variáveis independentes as características sociodemográficas e de condições de saúde. O modelo de Poisson com variância robusta foi o método de análise. Os gastos e o comprometimento da renda gerados pela aquisição em farmácias privadas também foram verificados, assim como possíveis interações medicamentosas. **Resultados:** A prevalência de utilização de medicamentos na população total estudada foi de 47,9%. Idosos apresentaram uma prevalência maior de uso de medicamentos (61,2%) quando comparados aos adultos (42,4%). Ser do sexo feminino, ter frequentado um serviço de saúde no último ano, ter doença crônica, mais de oito anos de estudo e considerar a saúde ruim foram variáveis associadas à utilização de medicamentos. Os medicamentos utilizados foram obtidos em sua totalidade em farmácias públicas por 58,7% dos usuários, o que se mostrou associado a ter doença crônica, ter frequentado um serviço de saúde no último ano, não ter plano de saúde privado e ser do sexo feminino. O gasto privado mensal com medicamentos foi, em média, R\$ 17,00 e o comprometimento da renda foi maior para os indivíduos do sexo masculino, com maior escolaridade, com o setor privado de saúde como referência, com plano de saúde e doença crônica. A possibilidade de acontecer uma interação medicamentosa foi associada com o maior número de medicamentos utilizados e não com o tipo de serviço utilizado, público ou privado. **Conclusões:** A prevalência de utilização de medicamentos no município foi semelhante à nacional. O sistema de saúde público está promovendo o acesso aos medicamentos no município, principalmente para os portadores de doenças crônicas e mulheres. Os gastos privados com medicamentos são mais elevados com a parcela da população com maiores rendas. A incorporação da prática de avaliar possíveis interações medicamentosas na atenção primária, principalmente para alguns grupos de pacientes, pode ser uma estratégia para melhorar a qualidade da assistência farmacêutica.

Palavras-chave: equidade no acesso; acesso universal a serviços de saúde; assistência farmacêutica; uso de medicamentos.

Drug use in adults in the city of Praia Grande, São Paulo: prevalence and associated factors

Abstract

Introduction: The guarantee of the right to health includes access to medicines. In Brazil we can't consider this access only with the public sector in view; because even being a country with universal health care system, 26% of the population is affiliated to the private health insurance and the drug purchasing expenses correspond to 48.6 % of the average monthly expenditure on health of Brazilian families. **Objective:** To analyze the use of medication and associated factors for the adult population in the municipality of Praia Grande, Sao Paulo. **Methodology:** Cross-sectional population-based study that included 985 adults of both sexes. Cluster sampling in two stages, in Praia Grande, São Paulo, 2012. The dependent variables were the use and access to medicines through the public health system. The independent variables were sociodemographic and health status characteristics. The Poisson model with robust variance was the method of analysis. Spending and commitment of the income generated by the acquisition in private pharmacies were also checked, and possible drug interactions. **Results:** The prevalence of drug use in the population studied was 47.9%. Elderly had a higher prevalence of drug use (61.2%) compared to adults (42.4%). Being woman, having attended a health service in the last year, have chronic disease, more than eight years of study and consider bad health were variables associated with the use of drugs. The drugs used were obtained in its entirety in public pharmacies by 58.7% of users, which was associated to have chronic illness, have attended a health service in the last year, not having private health insurance and being female. The monthly private spending on drugs was on average R\$ 17.00 and the commitment of income was higher for males, with higher education, the private health sector as a reference, with health insurance and chronic illness. The possibility to have a drug interaction was associated with the highest number of drugs used and not with the model of health service used, public or private. **Conclusions:** The prevalence of drug use in the city was similar to the national. The public health system is promoting access to medicines in the city, especially for patients with chronic diseases and women. Private spending on drugs is higher with the share of the population with the highest incomes. Incorporating the practice of assessing possible drug interactions in primary care, especially for some groups of patients, may be a strategy to improve the quality of pharmaceutical care.

Key words: equitable access; universal access to health services; pharmaceutical care; medication use.

Lista de Ilustrações

Quadro 1	Estratos populacionais e suas respectivas amostras calculadas e obtidas, Praia Grande, 2012.....	36
Quadro 2	Blocos dos questionários do inquérito populacional Mix Público Privado na Utilização de Serviços de Atenção Primária, Praia Grande, 2012.....	37
Tabela 1	Perfil sócio-demográfico e condições de saúde, Praia Grande, 2012.....	44
Tabela 2	Prevalências de uso de medicamentos de acordo com as variáveis sociodemográficas e condições de saúde, Praia Grande, 2012.....	46
Tabela 3	Modelos de regressão bivariada e múltipla do uso de medicamentos, segundo variáveis sociodemográficas e de saúde, Praia Grande, 2012.....	48
Figura 1	Figura 1: Formas de Aquisição de Medicamentos, Praia Grande, 2012.....	49
Tabela 4	Prevalência de aquisição dos medicamentos através do SUS, segundo variáveis sócio-demográficas e de saúde, Praia Grande, 2012.....	50
Tabela 5	Modelos de regressão bivariada e múltipla de acesso aos medicamentos no Sistema Único de Saúde (SUS), segundo variáveis sociodemográficas e de saúde, Praia Grande, 2012.....	53
Figura 2	Formas de aquisição de medicamentos de uso contínuo e eventual, Praia Grande, 2012.....	54
Figura 3	Gastos com compra de medicamentos (<i>out of pocket</i>) e valores economizados através da aquisição gratuita no SUS de acordo com a renda mensal familiar per capita, Praia Grande, 2012.....	55
Tabela 6	Gasto médio e proporção da renda mensal familiar per capita comprometida com aquisição de medicamentos, segundo características sociodemográficas e de condições de saúde, Praia Grande, 2012.....	56
Tabela 7	Grupos e sub-grupos dos medicamentos utilizados pelos entrevistados segundo a <i>Anatomical Therapeutic Chemical Code</i> , Praia Grande, Brasil,	59

	2012.....	
Tabela 8	Número médio de medicamentos utilizados de acordo com as variáveis sociodemográficas e condições de saúde, Praia Grande, 2012.....	61
Figura 4	Possíveis interações entre medicamentos utilizados por idosos segundo as bases de dados <i>Medscape</i> e <i>Drugs.com</i> , Praia Grande, 2012.....	63
Tabela 9	Classificação das Potenciais Interações Medicamentosas segundo a gravidade, Praia Grande, 2012.....	64
Tabela 10	Possíveis interações medicamentosas de acordo com aspectos relacionados aos cuidados da saúde, Praia Grande, 2012.....	65
Quadro 3	Principais medicamentos envolvidos em possíveis interações de acordo com a ATC, Praia Grande, 2012.....	66

Lista de Abreviaturas e Siglas

PNAD	Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio
SUS	Sistema Único de Saúde
ANS	Agência Nacional de Saúde Suplementar
OMS	Organização Mundial de Saúde
RENAME	Relação Nacional de Medicamentos Essenciais
DALY	<i>Disability adjusted life of years</i>
OECD	Organização para a cooperação e desenvolvimento econômico
CMED	Câmara de regulação do mercado de medicamentos
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
NHS	<i>National Health Service</i>
GP	<i>General Practitioner</i>
PPRS	<i>Pharmaceutical Price Regulation Scheme</i>
SSPH	<i>System of Social Protection in Health</i>
CCPNM	Comissão de Coordenação para Negociar o Preço de Medicamentos e outros Insumos para a Saúde
ATC	<i>Anatomical Therapeutic Chemical Classification System</i>

Sumário

1	INTRODUÇÃO.....	12
1.1	PÚBLICO E PRIVADO E O ACESSO AOS MEDICAMENTOS.....	13
1.2	ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA NO SUS.....	16
1.2.1	RELAÇÃO NACIONAL DE MEDICAMENTOS ESSENCIAIS (RENAME).....	17
1.2.2	POLÍTICA NACIONAL DE MEDICAMENTOS.....	18
1.3	OS DESAFIOS DO ACESSO AOS MEDICAMENTOS NOS SISTEMAS PÚBLICOS DE SAÚDE.....	23
1.3.1	ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA NO CANADÁ.....	23
1.3.2	ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA NA INGLATERRA.....	25
1.3.3	ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA NO MÉXICO.....	27
2	HIPÓTESE DE ESTUDO.....	32
3	OBJETIVOS.....	32
3.1	OBJETIVO GERAL.....	32
3.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	32
4	MÉTODOS.....	33
4.1	DESENHO E LOCAL DO ESTUDO.....	33
4.2	PLANO AMOSTRAL	34
4.3	INSTRUMENTO.....	37
4.4	TREINAMENTO DOS ENTREVISTADORES E PRÉ-TESTE.....	38
4.5	VARIÁVEIS DEPENDENTES E INDEPENDENTES.....	39
4.6	ANÁLISE DOS DADOS.....	41
4.7	ASPECTOS ÉTICOS.....	42
5	RESULTADOS.....	43
5.1	ANÁLISE DESCRITIVA DA POPULAÇÃO ESTUDADA.....	43
5.2	UTILIZAÇÃO DE MEDICAMENTOS.....	45
5.2.1	PREVALÊNCIA DE USO DE MEDICAMENTOS DE ACORDO COM AS VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS E CONDIÇÕES DE SAÚDE.	45

5.2.2	FATORES ASSOCIADOS AO USO DE MEDICAMENTOS	47
5.3	AQUISIÇÃO DE MEDICAMENTOS.....	49
5.3.1	FORMAS DE AQUISIÇÃO DE MEDICAMENTOS.....	49
5.3.2	PREVALÊNCIA DE AQUISIÇÃO DE MEDICAMENTOS ATRAVÉS DO SUS.....	50
5.3.3	FATORES ASSOCIADOS AO ACESSO A MEDICAMENTOS ATRAVÉS DO SUS	52
5.3.4	FORMAS DE AQUISIÇÃO DE MEDICAMENTOS DE USO CONTÍNUO OU EVENTUAL.....	54
5.4	GASTOS COM AQUISIÇÃO DE MEDICAMENTOS NO SETOR PRIVADO E ECONOMIA GERADA PELO SUS.....	55
5.4.1	GASTO E COMPROMETIMENTO DA RENDA MENSAL FAMILIAR PER CAPITA SEGUNDO VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS E CONDIÇÕES DE SAÚDE.....	56
5.5	PERFIL DE UTILIZAÇÃO DE MEDICAMENTOS.....	58
5.5.1	CLASSIFICAÇÃO DOS MEDICAMENTOS UTILIZADOS SEGUNDO ANATOMICAL THERAPEUTIC CHEMICAL CODE	58
5.5.2	ANÁLISE DO NÚMERO DE MEDICAMENTOS UTILIZADOS.....	61
5.5.3	ANÁLISE DE POTENCIAIS INTERAÇÕES MEDICAMENTOSAS.....	63
5.5.4	CLASSIFICAÇÃO DAS POSSÍVEIS INTERAÇÕES MEDICAMENTOSAS SEGUNDO A SEVERIDADE.....	64
5.5.5	INTERAÇÕES MEDICAMENTOSAS DE ACORDO COM ASPECTOS RELACIONADOS AOS CUIDADOS DA SAÚDE.....	65
5.5.6	CLASSIFICAÇÃO DOS PRINCIPAIS MEDICAMENTOS ENVOLVIDOS EM POSSÍVEIS INTERAÇÕES DE ACORDO COM O SISTEMA ANATOMICAL THERAPEUTIC CHEMICAL (ATC)	66
6	DISCUSSÃO.....	67
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	82
8	REFERÊNCIAS.....	83
9	APÊNDICES.....	114
	Apêndice A - Parecer do Comitê de Ética	
	Apêndice B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	
	Apêndice C – Instrumento	

1 INTRODUÇÃO

No Brasil, o sistema público de saúde, chamado de Sistema Único de Saúde (SUS), é apontado como uma grande conquista da sociedade, tendo em vista o seu caráter de política pública que promoveu ampla inclusão social^{1; 2}.

Com a institucionalização do SUS passamos a ter como princípios doutrinários da atenção à saúde a universalização do acesso, a equidade na prestação de serviços e a integralidade das ações. Significa dizer que todo cidadão, independentemente de sua condição social e econômica tem, por direito, acesso a todos os níveis de atenção à saúde^{2; 3}.

O direito à saúde inclui o acesso aos medicamentos, que devem receber tratamento diferenciado pelas características mercadológicas especiais que os diferenciam de outros produtos de consumo⁴.

A disponibilidade de medicamentos promove a credibilidade dos serviços de saúde, sendo o principal fator de satisfação dos usuários. Além disso, fixa os pacientes nos serviços de atenção primária, o que, por sua vez, melhora a sua capacidade de realizar ações preventivas.^{4; 5}

Considerando que a demanda de medicamentos não é uniforme no tempo, o acesso pode ser definido como a “relação entre a necessidade de um medicamento e a oferta do mesmo, que precisa estar disponível no momento e local adequado ao usuário, com a garantia de qualidade e a informação suficiente”.⁵

A falta de medicamentos pode afetar a produtividade dos serviços e dos profissionais de saúde, porque exerce impacto negativo na resolutividade dos serviços em geral⁶.

No Brasil não podemos pensar em acesso ao medicamento apenas tendo em vista a oferta do setor público, pois temos a atuação simultânea do setor público e do privado formando um sistema misto. Mesmo sendo um país com um sistema de saúde universal, 26% da população está afiliada ao setor de saúde suplementar, ou seja, possuem algum plano ou seguro de saúde⁷.

2 HIPÓTESE DE ESTUDO

A utilização de serviços público e/ou privado de saúde influencia no acesso e no perfil de utilização de medicamentos.

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

Analisar a utilização de medicamentos pela população adulta e fatores associados no município de Praia Grande, São Paulo.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Verificar a prevalência de utilização de medicamentos.
- Caracterizar o uso de medicamentos segundo variáveis demográficas, socioeconômicas, condições de saúde e da utilização dos serviços de atenção primária.
- Verificar a prevalência de acesso aos medicamentos através do SUS e os fatores associados
- Identificar a existência de um mix público-privado na aquisição de medicamentos
- Comparar as formas de aquisição de medicamentos de uso contínuo e eventual.
- Estimar o gasto *out of pocket* com medicamentos e o impacto na renda do indivíduo
- Estimar a economia gerada à população através da aquisição dos medicamentos nas unidades de saúde do SUS
- Traçar um perfil de utilização de medicamentos segundo a *Anatomical Therapeutic Chemical Code* e correlacionar com as formas de obtenção dos princípios ativos
- Analisar os medicamentos prescritos quanto às possíveis interações medicamentosas

4 MÉTODOS

Este trabalho é parte do projeto Mix Público Privado na Utilização de Serviços de Atenção Primária, com financiamento do CNPq processo 473460/2008-4, que partiu da hipótese da existência de um importante mix público-privado na utilização de serviços de saúde no Brasil, alcançando a atenção primária de saúde. A ocorrência deste mix configura um cenário bastante complexo, que se reflete no acesso aos serviços de saúde, no próprio desempenho da atenção primária, no planejamento do sistema de saúde, bem como no cumprimento do preceito constitucional da equidade.

4.1 DESENHO E LOCAL DO ESTUDO

Realizado inquérito populacional em Praia Grande, estado de São Paulo. Este município foi o local de escolha pelo fato de ser o primeiro município da região metropolitana da Baixada Santista a reestruturar a Atenção Básica com a implantação da Estratégia Saúde da Família. Foi ampliada a cobertura populacional, trabalhando na lógica da territorialização, chegando a 70%. Ademais, outros estudos já haviam sido realizados, pelo mesmo grupo de pesquisa, no município o que potencializa a análise dos resultados^{133; 134; 135; 136}.

O Município de Praia Grande possuía, em 2013, 261.235 habitantes. A renda domiciliar média era de R\$2.064, sendo que em 17,6% dos domicílios não ultrapassava meio salário mínimo *per capita*. A economia baseia-se no turismo litorâneo, comércio e serviços. Situa-se em posição de médio desenvolvimento humano (para valores de 0,500 e 0,800) no ranking do Índice de Desenvolvimento Humano Municipal^{28; 137}.

Quanto ao número de beneficiários do setor de saúde suplementar, Praia Grande apresenta menor porcentagem (31,9%) que a região metropolitana em que está inserida (43,1%) e que o estado de São Paulo (45%)⁷.

4.2 PLANO AMOSTRAL

A população de estudo foi definida como sendo os residentes nos setores censitários urbanos do Município de Praia Grande que são constituídos por domicílios particulares ou coletivos não institucionais¹.

Foi fixado como objetivo da pesquisa completa o estudo de aspectos referentes a quatro subgrupos dessa população: crianças e adolescentes (0 a 18 anos), adultos do sexo masculino (19 a 59 anos), adultos do sexo feminino (19 a 59 anos) e idosos (60 anos ou mais). Neste estudo, que trata especificamente do acesso aos medicamentos, crianças e adolescentes foram excluídos, por apresentarem um perfil de utilização de medicamentos característico e diferenciado dos adultos e idosos^{138; 139}. Porém, no cálculo da amostra este subgrupo foi considerado por ser objeto de estudo de outros trabalhos.

Para o cálculo do tamanho da amostra considerou-se expressão algébrica que determina o tamanho de amostras para estimação de proporções: $n_o = \frac{P(1-P)}{(d/z)^2} \cdot deff$, em que

P é a proporção de indivíduos a ser estimada; z é o valor na curva normal reduzida, correspondente ao nível de confiança utilizado na determinação do intervalo de confiança; d é o erro de amostragem e *deff* é o efeito do delineamento^{140; 141}. Para um erro de amostragem de 10 pontos percentuais, um efeito do delineamento de 2 e nível de 95% para os intervalos de confiança, o tamanho de amostra mínimo foi calculado em 509 para crianças e adolescentes (0 a 18 anos), 432 para homens (19 a 59 anos), 471 para mulheres (19 a 59 anos) e 200 para idosos (ambos os sexos de 60 anos ou mais).

Foi decidido, ainda, que as pessoas sorteadas estariam distribuídas em 40 setores. Dessa forma, o número de entrevistas em cada setor seria de 12 para o domínio com maior número de entrevistas (crianças e adolescentes), levando a um efeito do desenho da ordem de 1,5. Caso estimativas sejam feitas para adultos, unindo homens e mulheres, o efeito do desenho seria de 2, valor utilizado no cálculo do tamanho da amostra. Esse cálculo do efeito do delineamento foi feito considerando um grau de homogeneidade intraclasses (intra setores) da ordem de 0,05.

O número de domicílios a serem visitados para a realização das entrevistas planejadas em cada domínio foi obtido dividindo-se o tamanho de amostra total pela razão pessoas/domicílios do município. Considerando que a razão entre a população do município

¹ Inclui setores censitários de situação urbana: área urbanizada, não urbanizada e urbanizada isolada.

(N=261235) e o número de domicílios (M=83544) é de 3,13, estimou-se em 515 o número de domicílios a serem visitados ($1612 / 3,13=515$).

Planejou-se, ainda, o sorteio de uma amostra de tamanho maior para se proteger dos efeitos da não resposta, considerando-se que o percentual de indivíduos selecionados que não responderiam ao questionário (casa fechada ou com recusa e indivíduo ausente ou que recusa) seria de 20%. E foi considerado, também, que 10% dos domicílios estariam vagos, isto é, disponíveis para aluguel e venda. E, ainda, que 52,5% dos domicílios da Praia Grande são de uso ocasional. Foram sorteados, portanto, 1.600 domicílios², sendo 40 em cada setor.

O processo de amostragem foi em 2 estágios: setor censitário e domicílio. Foram sorteados 40 setores censitários com probabilidade proporcional ao número de domicílios contabilizados no Censo de 2010. Em cada setor, a partir da listagem de todos os domicílios existentes, foram selecionados, por meio de sorteio sistemático, 40 domicílios, perfazendo um total de 1600 domicílios sorteados. A fração de amostragem foi:

$$f = \frac{40 \cdot M_i}{M} \cdot \frac{40}{M_i} = \frac{1600}{83544} = \frac{1}{52,215} \text{ sendo } M \text{ o número de domicílios no Município de Praia}$$

Grande em 2010 ($M=83544$); M_i o número de domicílios no setor censitário i .

Houve uma perda de 10,7% para a amostra total calculada. Porém, esta perda não aconteceu de forma homogênea entre os domínios estudados. Para as mulheres houve uma perda de 4,9%, para os idosos não houve perda e para os homens foi de 42,6% (Quadro 1).

Quadro 1: Estratos populacionais e suas respectivas amostras calculadas e obtidas, Praia Grande, 2012.

Estratos	Idade (anos)	Amostra calculada (n)	Amostra obtida (n)	Perda (%)
Mulher	19 – 59	471	448	4,9
Homem	19 – 59	432	248	42,6*
Idoso	≥ 60	200	289	-
Amostra total (adultos)	≥ 19	1.103	985	10,7

* três níveis de perda

² O cálculo levou em consideração a taxa esperada de não resposta de 20%, o percentual esperado de domicílios vagos de 10% e o percentual de 52,5% de domicílios de uso ocasional. Total: $0,8 * 0,9 * 0,475 = 0,342$. O número de domicílios passou a $516/0,342=1509$, arredondado para 1600.

Importante destacar que a perda entre os homens ocorreu em três momentos diferentes, com destaque para a dificuldade de localização dos homens. As entrevistas foram programadas para serem realizadas com todos os membros da família, residentes no domicílio. Na primeira visita foram cadastrados todos os moradores do domicílio e as entrevistas realizadas com os presentes. Em caso de ausência de algum morador, pelo menos duas visitas foram realizadas posteriormente. Nesta etapa 388 homens foram cadastrados, correspondendo a 10,2% de perda no que se refere à localização.

Dentre os cadastrados foram realizadas 294 entrevistas, que responderam as questões relacionadas aos diferentes objetivos do projeto de pesquisa (taxa de não resposta de 24,2%). Nesta etapa do trabalho, ao se comparar a população de homens entrevistados com a de não entrevistados, não apresentaram diferença estatisticamente significativa quanto à classificação socioeconômica ($p = 0,08$). Porém, dentre os entrevistados, a idade foi superior (média 40,1 anos; $p < 0,01$) e com menor adesão ao sistema de saúde suplementar (23,9%; $p < 0,01$) quando comparado ao grupo de não entrevistados (média de 35,9 anos; 37,9% de adesão a planos de saúde). O principal motivo de perda nesta fase foi a dificuldade para encontrar os homens na residência.

Destes 294 homens, 248 responderam ao questionário sobre uso de medicamentos com taxa de não resposta de 15,6%. Pelo fato do questionário ser muito extenso, exigindo aproximadamente 1 hora de entrevista, alguns indivíduos solicitavam para encerrar a entrevista antes de completar todas as etapas, prejudicando os últimos tópicos, dentre eles a análise da utilização de medicamentos.

Neste estudo os subgrupos mulheres, homens e idosos foram estudados como uma população única de adultos.

4.3 INSTRUMENTO

Utilizou-se para a coleta de dados um questionário estruturado na forma de entrevista. O questionário foi estruturado nos blocos dados do domicílio, crianças e adolescentes, mulheres, homens, idosos, diabetes, hipertensão, fisioterapia e uso de medicamentos (Quadro 2). Os blocos “crianças e adolescentes” e “fisioterapia” não foram utilizados neste trabalho de pesquisa, “mulheres”, “homens”, “idosos”, “diabetes” e “hipertensão” foram utilizados parcialmente. Na sua totalidade foram utilizados os resultados provenientes dos blocos “dados do domicílio” e “medicamentos”.

Quadro 2: Blocos dos questionários do inquérito populacional Mix Público Privado na Utilização de Serviços de Atenção Primária, Praia Grande, 2012.

Bloco	Tema
1	Dados do domicílio
2	Crianças e adolescentes (0-18 anos)
3	Mulheres (19 – 59 anos)
4	Homens (19 – 59 anos)
5	Idosos (60 ou mais)
6	Diabetes
7	Hipertensão
8	Fisioterapia
9	Uso medicamentos

No bloco domicílio, o questionário apresentava 14 questões acerca das características gerais do domicílio, bens materiais, cobertura da Estratégia da Saúde da Família, grau de instrução do chefe da família, renda familiar e inclusão em programa social do governo federal. Estes dados possibilitaram a classificação segundo o CCEB (Critério de Classificação Econômica-Brasil), instrumento de segmentação econômica baseado no levantamento de características domiciliares, como a presença e quantidade de alguns itens domiciliares de conforto e o grau de escolaridade do chefe da família. Para essas características do domicílio são atribuídos pontos que devem ser somados. Dessa forma, é feita uma correspondência entre as faixas de pontuação e os extratos de classificação econômica definidos por A1, A2, B1, B2, C1, C2, D e E ¹⁴².

Todos os entrevistados respondiam um questionário sobre condições de saúde e uso dos serviços de saúde. Além disso, os diabéticos e hipertensos ainda respondiam um questionário específico para portadores destas patologias.

O bloco sobre a utilização de medicamentos foi aplicado a todos os indivíduos que utilizaram medicamentos nos 15 dias que antecederam à entrevista e abordava os seguintes questionamentos: responsável pela indicação ou prescrição do medicamento, nomes dos medicamentos, se era de uso contínuo, local de aquisição, valor pago em reais em caso de compra em farmácias privadas.

Utilizou-se a metodologia que consiste em solicitar aos entrevistados a embalagem, receita ou bula dos produtos farmacêuticos utilizados, visando evitar omissão, em geral por esquecimento, de medicamentos em uso ¹⁴³.

Os questionários foram aplicados utilizando-se *Netbooks*. O software foi desenvolvido utilizando a linguagem Java versão 6.0. Para facilitar a tabulação e importação de dados para outras plataformas, a base de dados foi construída utilizando arquivos XML (*eXtensible Markup Language*), possibilitando o compartilhamento de informações entre diferentes computadores e aplicativos, além de não necessitar de grande espaço em disco para o armazenamento dos dados. O software apresentava dois módulos principais, uma interface para a visualização e aplicação dos questionários e um módulo para exportação de dados.

4.4 TREINAMENTO DOS ENTREVISTADORES E PRÉ-TESTE

O treinamento dos entrevistadores ocorreu durante seis dias, nos meses de maio e junho de 2012, na Universidade Católica de Santos. O estudo-piloto foi realizado em setembro do mesmo ano, para verificar a dinâmica de recrutamento, testar os instrumentos de coleta de dados e confirmar a viabilidade da investigação.

A coleta de dados em campo foi realizada de outubro de 2012 a abril de 2013. Esta etapa contou com a participação de discentes do programa de pós-graduação em Saúde Coletiva da Universidade Católica de Santos, assim como agentes comunitários do próprio município, além de duas coordenadoras de campo. No total foram 20 entrevistadores.

Em caso de algum impedimento para a realização da entrevista por motivos de saúde, tais como surdez ou déficit cognitivo, as informações eram obtidas através de um parente ou cuidador. Os entrevistadores sempre trabalhavam em duplas, face a face com os moradores, utilizando o computador. As entrevistas eram realizadas com todos os moradores do domicílio e, em caso de ausência de um morador, os entrevistadores retornavam ao local até mais duas vezes. Se mesmo após a terceira visita a entrevista não fosse possível era considerado perda.

4.5 VARIÁVEIS DEPENDENTES E INDEPENDENTES

As variáveis dependentes analisadas foram “Uso de Medicamento” e “Acesso SUS” aos medicamentos.

A variável “Uso de Medicamento” foi obtida a partir da pergunta: “Você usou medicamentos nos últimos 15 dias?”. Para aqueles que responderam sim, foram registrados

nome, forma farmacêutica, se o medicamento é de uso contínuo, dose de cada especialidade farmacêutica, quem indicou ou prescreveu o medicamento, valor gasto em caso de aquisição em farmácias privadas (em reais).

A variável “Acesso SUS” aos medicamentos foi obtida questionando o local de aquisição para cada medicamento utilizado (SUS, compra em farmácias privadas, compra em farmácias de manipulação, farmácia popular). Foi considerado que o indivíduo teve “Acesso SUS” quando todos os medicamentos foram adquiridos gratuitamente em farmácias do SUS ou no programa Aqui Tem Farmácia Popular. Quando pelo menos um dos medicamentos foi obtido através da compra não foi considerado “Acesso SUS”.

Foi considerado Mix Público-Privado quando o indivíduo adquiriu parte de seus medicamentos em farmácias de unidades de saúde públicas e parte em privadas.

As respostas “Farmácia de Manipulação” foram consideradas privadas, pois no município de Praia Grande não são disponibilizados medicamentos manipulados pelo SUS.

As variáveis independentes, relacionadas com as características sociodemográficas foram: sexo (masculino e feminino), faixa etária (adulto -19 a 59 anos; idoso - 60 anos ou mais), classificação socioeconômica (A / B; C; D / E), participação em algum programa social do governo (sim e não), escolaridade (menor ou igual a 8 anos de estudo; mais que 8 anos de estudo) e ocupação remunerada (não e sim).

As variáveis independentes, relacionadas com os cuidados de saúde do indivíduo foram: cobertura da estratégia saúde da família (sim e não), ter uma referência nos cuidados relacionados à saúde (SUS, privado, não tem referência), ser beneficiário do setor de saúde suplementar (sim e não), ter frequentado serviço de saúde nos últimos 12 meses (sim e não), ter algum problema crônico de saúde (sim e não), autopercepção do estado de saúde (excelente/muito boa, boa, regular/ruim).

Duas variáveis relacionadas ao gasto mensal com medicamentos foram calculadas:

a) Valor gasto individual: calculado através da somatória de todos os valores gastos pelo indivíduo para a aquisição dos medicamentos em farmácias privadas (*out of pocket*).

Quando a embalagem com o valor gasto não estava disponível no momento da entrevista (25,9%), os valores gastos em farmácias privadas foram coletados com base nos preços máximos ao consumidor permitidos pela legislação¹⁴⁴ ou com base no valor de referência em casos de aquisição através do Programa Aqui tem Farmácia Popular¹⁴⁵.

Quando a posologia de algum medicamento não havia sido informada, considerava-se a posologia padrão do mesmo em sua indicação principal, tomando como referência o Formulário Terapêutico Nacional¹⁴⁶.

b) Valor economizado individual: calculado através da somatória de todos os valores de medicamentos obtidos por cada indivíduo através de farmácias públicas ou gratuitamente pelo Programa Aqui tem Farmácia Popular, calculado com base nos preços máximos ao consumidor permitidos pela legislação¹⁴⁴.

As médias destes valores foram calculadas para todos os indivíduos que utilizaram pelo menos um medicamento, obtendo-se o valor médio gasto per capita e o valor médio economizado per capita.

O valor do comprometimento de renda com a compra de medicamentos foi obtido pela divisão do gasto referido pela renda familiar per capita. Em seguida, o quociente foi multiplicado por 100 e o valor expresso na forma de porcentagem.

Os medicamentos utilizados foram classificados de acordo com o *Anatomical Therapeutic Chemical Classification System*¹⁴⁷ (ATC), no grupo anatômico e sub-grupo farmacológico. A forma de aquisição, pública ou privada, foi verificada para cada grupo e sub-grupo.

O número de medicamentos utilizado por cada indivíduo foi verificado e a frequência de politerapia foi relacionada com as variáveis sociodemográficas e de condições de saúde. As possíveis interações, entre os medicamentos utilizados pelos idosos que utilizaram mais de um princípio ativo, foram averiguadas de acordo com as bases de dados *Medscape* e *Drugs.com* e classificadas de acordo com a severidade da interação. A escolha das bases decorre do fato de serem de livre acesso, o que facilitaria a utilização em serviços de saúde públicos. Em casos de medicamentos com mais de um princípio ativo (associação), as substâncias farmacológicas eram separadas para análise.

O *Drugs.com* é mantido pela empresa de capital privado *Drugsite Trust* e abriga o serviço de informação mantido *Cerner Multum* e o *Medscape* pela empresa de capital privado, *WebMD* que disponibiliza informações e serviços sobre saúde.

A nomenclatura adotada nas duas bases de dados foi unificada: “Menor” quando a interação traria poucos riscos; “Moderada” quando a associação entre os princípios ativos deveria ser evitada, mas podendo ser utilizada em situações especial com acompanhamento; “Maior” quando as interações eram clinicamente significantes e os riscos à saúde excediam os benefícios.

As associações medicamentosas classificadas como potenciais interações nas duas bases de dados foram analisadas de acordo com as variáveis: número de medicamentos utilizados, possuir plano de saúde, referência para os cuidados de saúde e ter doença crônica para verificar se existe relação significativa.

4.6 ANÁLISE DOS DADOS

Todas as variáveis foram descritas em frequências absolutas e relativas e o teste de hipótese utilizado foi o Qui quadrado de Pearson, com nível de significância de 5%.

Na análise dos fatores associados ao Uso de Medicamentos e Acesso SUS foi utilizado o modelo de Poisson com variância robusta. As variáveis que apresentaram valor de $p < 0,20$ na análise bivariada foram selecionadas para o modelo múltiplo. Na análise múltipla a entrada das variáveis respeitou a ordem crescente do valor de p . No modelo final foram mantidas aquelas que apresentaram um valor de $p < 0,05$ ou ajustaram alguma outra variável independente em pelo menos 10%.

O coeficiente de correlação de Spearman foi utilizado para verificar a correlação entre as duas bases de dados utilizadas para análise de interações medicamentosas. Valor de $p < 0,05$ foi considerado estatisticamente significativo.

Todas as análises foram realizadas considerando-se o efeito do desenho amostral para análises de inquéritos baseados em delineamentos complexos do programa STATA 10.0 (svy), que consideram os fatores de ponderação dos conglomerados.

4.7 ASPECTOS ÉTICOS

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisas da Universidade Católica de Santos, parecer nº 01341012400005536, em consonância com o disposto na Declaração de Helsinque e na Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, vigente à época (APÊNDICE A).

Para a coleta dos dados, os participantes foram previamente informados sobre os objetivos da pesquisa, procedimentos e sigilo dos dados através da leitura do Termo de Consentimento Livre Esclarecido, expressando sua concordância em participar do estudo (APÊNDICE B).

5 RESULTADOS

5.1 ANÁLISE DESCRITIVA DA POPULAÇÃO ESTUDADA

A população estudada residia em 40 setores censitários, 619 domicílios e 82% em casas próprias. No total, 985 indivíduos responderam ao inquérito sobre medicamentos, dos quais 62,9% eram mulheres (Tabela 1). As crianças e adolescentes foram excluídos deste estudo por apresentarem um perfil de utilização de medicamentos característico, diferente dos adultos e idosos, como mostram outros trabalhos.^{138; 139}

O estudo foi desenvolvido com adultos entre 19 e 59 anos (70,7%) e idosos com 60 anos ou mais (29,3%) (Tabela 1).

Predominou a classificação socioeconômica C, sem participação em programas sociais do governo federal e com escolaridade igual ou inferior a oito anos de estudo (Tabela 1).

Aproximadamente metade dos entrevistados não exercia uma atividade profissional remunerada. Quase 70% dos entrevistados tinham como referência o SUS para os cuidados relacionados à saúde e 60% frequentaram um serviço de saúde no último ano (Tabela 1).

A maioria residia em área com cobertura da Estratégia Saúde da Família e não eram beneficiários do sistema de saúde suplementar (Tabela 1).

Consideravam a sua saúde como boa aproximadamente metade da população estudada. A prevalência de utilização de medicamentos na população total estudada foi de 47,9% (Tabela 1).

Relataram terem algum problema crônico de saúde 31,5% dos entrevistados (Tabela 1). Destes 75,8% sofriam de hipertensão, 37,8% de diabetes e 20,7% apresentavam as duas patologias.

Tabela 1: Perfil sócio-demográfico e condições de saúde, Praia Grande, 2012.

	n	%	IC (95%)
Sexo			
Feminino	620	62,94	59,6–66,3
Masculino	365	37,06	33,7–40,4
Faixa Etária			
Adulto (19 a 59 anos)	696	70,66	64,4–76,9
Idoso (≥ 60 anos)	289	29,34	23,1–35,6
Classificação Socioeconômica			
Classes A e B	227	23,0	16,7–29,3
Classe C	632	64,2	58,1–70,2
Classes D e E	126	12,8	7,7–17,9
Programa Social do Governo			
Sim	71	7,2	3,3–11,1
Não	914	92,8	88,9–96,6
Escolaridade			
≤ 8 anos	608	61,7	55,1–67,9
> 8 anos	377	38,3	32,0–44,5
Ocupação Remunerada			
Sim	550	55,8	49,5–62,2
Não	435	44,2	37,8–50,5
Referência de Serviço de Saúde			
SUS	673	68,3	62,8–73,9
Privado	287	29,1	23,7–34,5
Não tem referência	25	2,6	1,1–3,9
Frequentou um Serviço de Saúde nos últimos 12 meses			
Sim	623	63,2	54,5–72,0
Não	362	36,8	28,0–45,5
Cobertura Estratégia Saúde da Família			
Sim	738	74,9	63,3–86,5
Não	247	25,1	13,5–36,7
Saúde Suplementar			
Sim	258	26,2	19,5–32,8
Não	727	73,8	67,1–80,5
Usou medicamentos nos últimos 15 dias			
Sim	472	47,9	42,9–53,0
Não	513	52,1	47,0–57,1
Quem indicou o medicamento			
Médico ou dentista do SUS	307	65,0	56,8–74,0
Médico ou dentista privado	158	33,5	24,8–41,9
Problema crônico de saúde			
Sim	310	31,5	27,4–35,5
Não	675	68,5	64,5–72,6
Autopercepção da saúde			
Excelente / Muito boa	283	28,8	21,3–36,3
Boa	460	46,9	39,8–53,9
Regular / Ruim	239	24,3	19,0–29,7

5.2 UTILIZAÇÃO DE MEDICAMENTOS

5.2.1 PREVALÊNCIA DE USO DE MEDICAMENTOS DE ACORDO COM AS VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS E CONDIÇÕES DE SAÚDE

Idosos apresentaram uma prevalência maior de uso de medicamentos (61,2%) quando comparados aos adultos (42,4%) (Tabela 2), com uma média de 2,9 medicamentos por pessoa.

Quando comparada a utilização entre mulheres (56,4%) e homens (33,4%), as primeiras apresentaram uma maior prevalência (Tabela 2), porém a média de medicamentos foi semelhante, 1,8 e 1,9 respectivamente.

Os medicamentos utilizados foram adquiridos nas unidades do SUS (67,1%), drogarias (25,9%), programa “Aqui tem Farmácia Popular” (4,6%) e farmácias de manipulação (2,4%).

Segundo os entrevistados os medicamentos adquiridos haviam sido prescritos por profissionais de saúde do SUS (65,1%), particulares ou de plano de saúde (33,4%) e apenas 1,3% relatou ter sido automedicação. Estes dados foram obtidos exclusivamente pelo relato dos entrevistados, pois não se teve acesso à prescrição médica.

Ser do sexo feminino, idoso, ter cobertura da ESF, não ter uma atividade remunerada, ter frequentado um serviço de saúde no último ano, ter doença crônica e considerar a saúde como ruim estão relacionados com o maior uso de medicamentos pelos entrevistados (Tabela 2).

Ser do sexo feminino está relacionado com a maior utilização dos medicamentos ($p < 0,01$), porém quando os contraceptivos hormonais foram retirados da análise não houve diferença significativa na utilização ($p=0,05$).

Não houve diferença estatisticamente significativa do consumo de medicamentos com as variáveis: classificação socioeconômica, participação em programa social do governo, ser beneficiário do serviço de saúde suplementar, escolaridade e ter uma referência para os cuidados da saúde (Tabela 2).

Tabela 2: Prevalências de uso de medicamentos de acordo com as variáveis sociodemográficas e condições de saúde, Praia Grande, 2012.

Variáveis	Uso de Medicamentos						p
	Sim			Não			
	n	%	IC (95%)	n	%	IC (95%)	
Sexo							
Masculino	122	33,4	28,4-38,9	243	66,6	61,1-71,6	< 0,01
Feminino	350	56,4	50,2-62,5	270	43,6	37,5-49,8	
Faixa etária							
Adulto	295	42,4	37,3-47,7	401	57,6	52,3-62,7	< 0,01
Idoso	177	61,2	52,3-69,5	112	38,8	30,5-47,8	
Classificação sócio-econômica							
A e B	100	44,0	36,0-52,4	127	56,0	47,6-64,0	0,4
C	312	49,4	43,5-52,2	320	50,6	44,8-56,5	
D e E	60	47,6	39,2-56,2	66	52,4	43,8-53,0	
Cobertura ESF*							
Sim	372	50,4	45,7-55,1	366	49,6	44,9-54,3	0,02
Não	100	40,5	32,0-49,6	147	59,5	50,4-68,0	
Programa Social							
Sim	37	52,1	43,0-61,1	34	47,9	38,9-57,0	0,38
Não	435	47,6	42,3-52,9	479	52,4	47,1-57,7	
Saúde Suplementar							
Sim	135	52,3	45,0-59,6	123	47,7	40,4-55,0	0,18
Não	337	46,4	40,6-52,2	390	53,7	47,8-59,4	
Escolaridade							
≤ 8 anos de estudo	303	49,8	44,2-55,5	305	50,2	44,5-55,8	0,11
> 8 anos de estudo	169	44,8	38,8-51,0	208	55,2	49,0-61,2	
Ocupação**							
Sim	224	40,7	35,2-46,5	326	59,3	53,5-64,8	< 0,01
Não	248	57,0	50,9-62,3	187	43,0	37,1-49,1	
Referência de Serviço de Saúde							
SUS	328	48,7	43,5-54,0	345	51,3	46,0-56,5	0,27
Privado	136	47,4	39,2-55,7	151	52,6	44,3-60,8	
Não tem referência	8	32,0	17,9-54,4	17	68,0	49,6-82,1	
Frequentou Serviço de Saúde no último ano							
Sim	357	57,3	51,7-62,7	266	42,7	37,3-48,3	

Não	115	31,8	26,1-38,0	247	68,2	62,0-73,9	< 0,01
Doença Crônica							
Sim	259	83,3	77,8-83,0	51	16,4	11,9-22,2	
Não	213	31,6	26,3-37,3	462	68,4	62,7-73,7	< 0,01
Autopercepção da saúde							
Excelente / Muito boa	108	38,2	30,7-46,2	175	65,8	53,8-69,3	
Boa	204	44,6	37,7-51,2	256	55,6	48,8-62,3	
Regular / Ruim	159	66,5	60,5-72,1	80	33,5	27,9-39,5	< 0,01
* Estratégia Saúde da Família							
**Atividade remunerada							

5.2.2 FATORES ASSOCIADOS AO USO DE MEDICAMENTOS

Na análise bivariada foi observado que ser do sexo feminino, idoso, com cobertura da ESF, sem atividade remunerada, ter frequentado um serviço de saúde no último ano, ter doença crônica e considerar a saúde ruim estão associadas positivamente com o uso de medicamentos (Tabela 3).

Na análise múltipla ser do sexo feminino, ter frequentado um serviço de saúde no último ano, ter doença crônica e considerar a saúde ruim mantiveram-se associadas positivamente ao uso de medicamentos. A escolaridade não foi associada no modelo bivariado, porém após ajuste com as demais variáveis, exceto sexo, ter mais de oito anos de estudo tornou-se associado positivamente ao uso de medicamentos (Tabela 3).

As demais variáveis como faixa etária, cobertura da ESF e atividade remunerada perderam a significância estatística e também não ajustaram as demais variáveis, assim foram retiradas do modelo final (Tabela 3).

Tabela 3: Modelos de regressão bivariada e múltipla do uso de medicamentos, segundo variáveis sociodemográficas e de saúde, Praia Grande, 2012.

Variáveis	Bivariada			Múltipla		
	RP	IC (95%)	p	RP	IC (95%)	p
Sexo						
Masculino	1			1		
Feminino	1,69	(1,4;1,9)	<0,01	1,64	(1,4;1,9)	<0,01
Faixa Etária						
Adulto	1					
Idoso	1,4	(1,2-1,7)	<0,01	ns	ns	

Escolaridade						
≤ 8 anos de estudo	1			1		
> 8 anos de estudo	0,9	(0,8-1,0)	0,11	1,2	(1,0-1,3)	0,03
Problema crônico						
Não	1			1		
Sim	2,6	(2,2-3,2)	<0,01	2,5	(2,0-3,0)	<0,01
Frequentou algum serviço de saúde nos últimos 12 meses						
Não	1			1		
Sim	1,8	(1,5-2,2)	<0,01	1,3	(1,0-1,5)	0,01
Ocupação						
Não	1					
Sim	0,7	(0,6-0,8)	<0,01	ns	ns	
Cobertura ESF*						
Não	1					
Sim	1,2	(1,0-1,5)	0,04	ns	ns	
Saúde Suplementar						
Não	1					
Sim	1,1	(0,9-1,4)	0,18	ns	ns	
Possui referência para os cuidados da saúde						
Convênio / Particular	1					
SUS	0,68	(0,4-1,2)	0,15	ns	ns	
Não possui	1,0	(0,9-1,2)	0,73	ns	ns	
Autopercepção da saúde						
Boa	1			1		
Excelente	0,86	(0,7-1,1)	0,16	1,0	(0,9-1,3)	0,59
Ruim	1,5	(1,3-1,8)	<0,01	1,2	(1,0-1,3)	0,03

ns – não significativo

*estratégia saúde da família

5.3 AQUISIÇÃO DE MEDICAMENTOS

5.3.1 FORMAS DE AQUISIÇÃO DE MEDICAMENTOS

Na população estudada foi constatado que, entre os indivíduos que consumiram medicamentos nos quinze dias que antecederam a entrevista, 58,7% obtiveram todos os medicamentos que utilizaram em serviços do SUS (Figura 1). Os demais entrevistados, denominados de “Não SUS” (41,3%), obtiveram os medicamentos através da compra em

drogarias de todos (72,3%) ou de parte dos medicamentos necessários (27,7%). Este último grupo foi considerado “mix”, pois a aquisição foi em serviços públicos e privados.

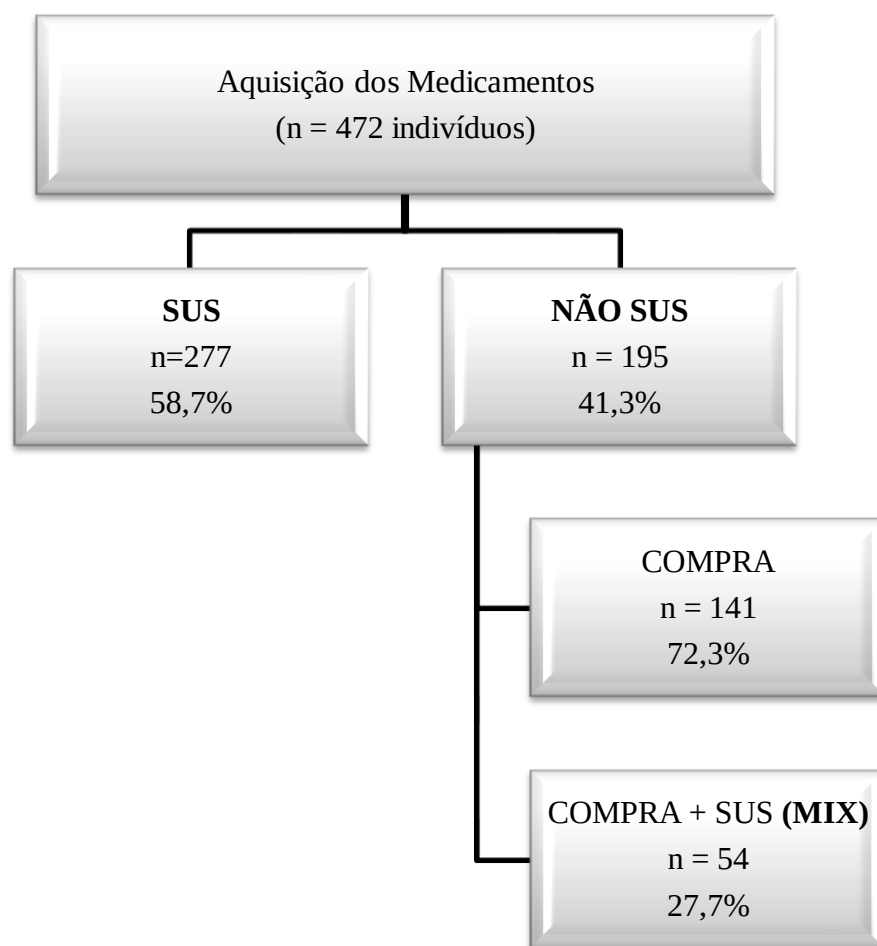


Figura 1: Formas de Aquisição de Medicamentos, Praia Grande, 2012.

5.3.2 PREVALÊNCIA DE AQUISIÇÃO DE MEDICAMENTOS ATRAVÉS DO SUS

A variável “Acesso SUS” (todos os medicamentos adquiridos no SUS) foi analisada de acordo com as variáveis sócio-demográficas e de condições de saúde. Foi encontrada associação desta variável com não ter plano de saúde, ter menos de oito anos de estudo, não trabalhar, considerar o SUS como referência para os cuidados de saúde, ter frequentado um serviço de saúde nos últimos 12 meses e ser portador de doença crônica (Tabela 4).

Não houve associação entre a aquisição exclusiva de medicamentos no SUS e o sexo, idade, classificação socioeconômica, cobertura da ESF, participar de algum programa social do governo federal e a autopercepção da saúde (Tabela 4).

Tabela 4: Prevalência de aquisição dos medicamentos através do SUS, segundo variáveis sócio-demográficas e de saúde, Praia Grande, 2012.

Acesso SUS*							
Variáveis	Sim			Não			p
	n	%	IC (95%)	n	%	IC (95%)	
Sexo							
Masculino	62	50,8	39,8-61,7	60	49,2	38,3-60,2	0,05
Feminino	215	61,4	54,0-68,4	135	38,6	31,6-46,0	
Faixa etária							
Adultos							
19 -59 anos	165	55,9	48,2-63,4	130	44,1	36,6-51,8	0,14
Idosos							
≤ 60 anos	112	63,3	52,9-72,6	65	36,7	27,4-47,1	
Classificação sócio-econômica							
A e B	49	49,0	39,7-58,3	51	51,0	41,6-60,3	0,06
C	193	61,9	53,1-69,9	119	38,1	30,1-46,9	
D e E	35	58,3	46,5-69,3	25	41,7	30,7-53,5	
Cobertura ESF**							
Sim	220	59,1	51,9-66,0	152	40,9	34,0-48,1	0,78
Não	57	57,0	41,5-71,3	43	43,0	28,7-58,5	
Programa Social							
Sim	23	62,2	40,9-79,6	14	37,8	20,4-59,1	0,72
Não	254	58,4	51,0-65,5	181	41,6	34,5-49,0	
Plano de Saúde							
Sim	47	34,8	28,3-42,0	88	65,2	58,0-71,7	<0,01
Não	230	68,2	60,1-75,4	107	31,8	24,6-39,9	
Escolaridade							
≤ 8 anos de estudo	198	65,4	58,3-71,8	105	34,6	28,2-41,7	<0,01
> 8 anos de estudo	79	46,8	36,4-57,4	90	53,2	42,6-63,6	
Ocupação***							
Sim	117	52,2	43,8-60,5	107	47,8	39,5-56,2	0,01
Não	160	64,5	56,0-72,2	88	35,5	27,8-44,0	
Referência de Serviço de Saúde							

SUS	226	68,9	60,0-76,6	102	31,1	23,4-40,0	
Privado	47	34,6	25,7-44,6	89	65,4	55,4-74,3	
Não tem referência	4	50,0	14,4-85,6	4	50,0	14,4-85,6	<0,01

**Frequentou
Serviço de Saúde
no último ano**

Sim	228	63,9	55,9-71,1	129	36,1	28,9-44,1	
Não	49	42,6	33,0-52,8	66	57,4	47,2-67,0	<0,01

Doença Crônica

Sim	173	66,8	59,3-73,6	86	33,2	26,4-40,7	
Não	104	48,9	39,3-58,4	109	51,2	41,6-60,7	<0,01

**Autopercepção da
saúde**

Excelente / Muito boa	58	53,7	42,2-64,8	50	46,3	35,2-57,8	
Boa	118	57,8	48,7-66,4	86	42,2	33,6-51,3	
Regular / Ruim	100	62,9	53,3-71,6	59	37,1	28,4-46,7	0,34

* Todos os medicamentos utilizados foram obtidos no SUS

** Estratégia Saúde da Família

***Atividade remunerada

5.3.3 FATORES ASSOCIADOS AO ACESSO A MEDICAMENTOS ATRAVÉS DO SUS

Na análise bivariada foi observado que menor escolaridade, ser da classe socioeconômica C, ter doença crônica, ter frequentado um serviço de saúde no último ano, não exercer uma ocupação remunerada e não ser afiliado ao sistema de saúde suplementar estão associadas positivamente com o uso de medicamentos (Tabela 5).

Na análise múltipla as variáveis independentes ter doença crônica, ter frequentado o serviço de saúde no último ano e não ser afiliado ao sistema de saúde suplementar mantiveram-se associadas positivamente ao uso de medicamentos. O sexo feminino passou a apresentar associação com o fato de adquirir todos os medicamentos no SUS no modelo múltiplo, após o ajuste com a variável ter problema crônico (Tabela 5).

As demais variáveis como menor escolaridade, classificação socioeconômica C e não exercer atividade remunerada perderam a significância estatística e também não ajustaram as demais variáveis, assim foram retiradas do modelo final (Tabela 5).

Tabela 5: Modelos de regressão bivariada e múltipla de acesso aos medicamentos no Sistema Único de Saúde (SUS), segundo variáveis sociodemográficas e de saúde, Praia Grande, 2012.

Variáveis	Bivariada			Múltipla		
	RP	IC (95%)	p	RP	IC (95%)	p
Sexo						
Masculino	1			1		
Feminino	1,2	(1,0-1,5)	0,08	1,3	(1,1-1,6)	<0,01
Faixa Etária						
Adulto	1					
Idoso	1,1	(1,0-1,3)	0,11	ns	ns	
Escolaridade						
≤ 8 anos de estudo	1					
> 8 anos de estudo	0,7	(0,6-0,9)	<0,01	ns	ns	
Classe socioeconômica						
A , B	1					
C	1,2	(1,0-1,5)	0,03	ns	ns	
D, E	1,2	(0,9-1,6)	0,20	ns	ns	
Problema crônico						
Não	1			1		
Sim	1,4	(1,1-1,7)	<0,01	1,3	(1,6-2,5)	<0,01
Frequentou algum serviço de saúde nos últimos 12 meses						
Não	1			1		
Sim	1,5	(1,2-1,9)	<0,01	1,4	(1,1-1,9)	<0,01
Ocupação						
Não	1					
Sim	0,8	(0,7-0,9)	0,02	ns	ns	
Saúde Suplementar						
Não	1			1		
Sim	0,5	(0,4-0,6)	<0,01	0,5	(0,39-0,63)	<0,01

ns – não significativo

5.3.4 FORMAS DE AQUISIÇÃO DE MEDICAMENTOS DE USO CONTÍNUO OU EVENTUAL

Ao se analisar a forma de aquisição dos medicamentos utilizados em relação ao fato de serem de uso contínuo ou eventual, observou-se que o SUS é responsável pelo fornecimento de 73,8% dos medicamentos de uso contínuo e 46,8 % de uso eventual (Figura 2).

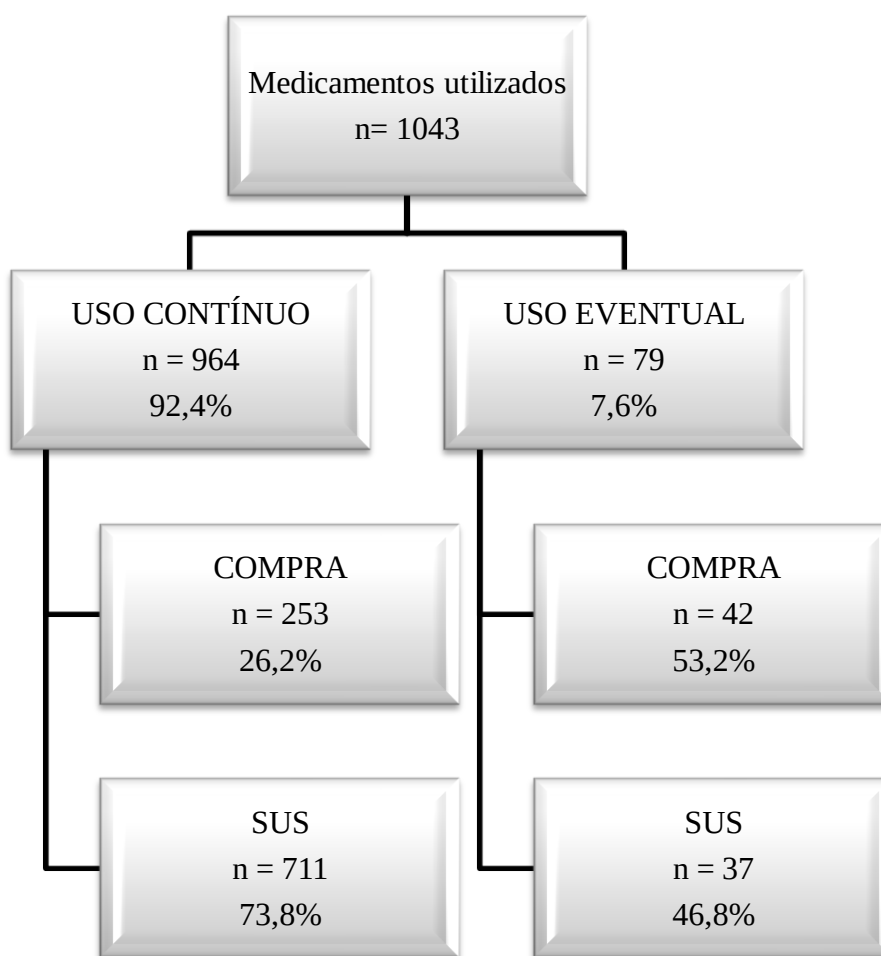


Figura 2: Formas de aquisição de medicamentos de uso contínuo e eventual, Praia Grande, 2012.

5.4 GASTOS COM AQUISIÇÃO DE MEDICAMENTOS NO SETOR PRIVADO E O VALOR ECONOMIZADO ATRAVÉS DOS SUS

O gasto privado mensal com medicamentos foi, em média, para todos os entrevistados que usaram pelo menos um medicamento no período da coleta dos dados, de R\$ 17,07. Porém, este gasto ocorreu de forma desigual de acordo com a renda. Para os indivíduos com renda mensal familiar per capita superior a 3 salários mínimos, foi R\$ 30,30; entre 1 e 3 salários mínimos, R\$ 17,44 e para os menos favorecidos economicamente, com renda mensal familiar per capita inferior a 1 salário mínimo, o gasto foi de R\$ 17,41(Figura 3).

O salário mínimo vigente em 2012, quando os dados deste trabalho foram coletados, era de R\$ 622,00.

A economia gerada pela aquisição de medicamentos em unidades do SUS foi maior nas famílias com renda mensal familiar per capita entre 1 e 3 salários mínimos (R\$ 38,47) e naquelas com menos de 1 salário mínimo (R\$ 35,10) (Figura 3).

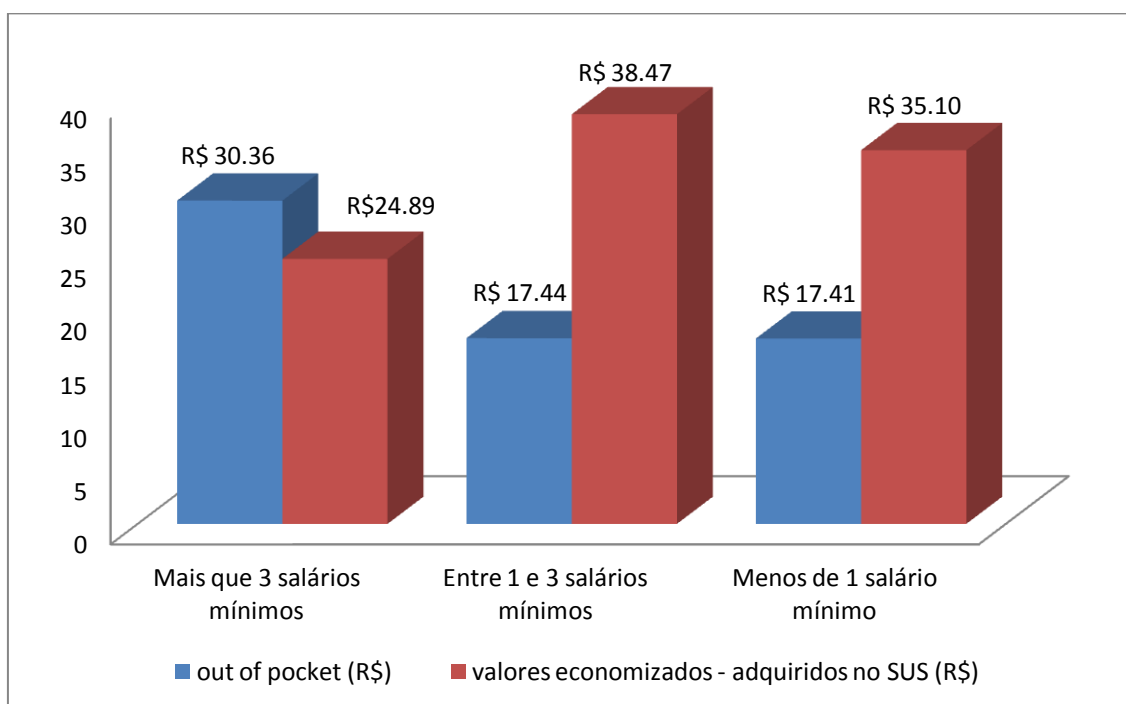


Figura 3 - Gastos com compra de medicamentos (*out of pocket*) e valores economizados através da aquisição gratuita no SUS de acordo com a renda mensal familiar per capita, Praia Grande, 2012.

5.4.1 GASTO E COMPROMETIMENTO DA RENDA MENSAL FAMILIAR PER CAPITA SEGUNDO VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS E CONDIÇÕES DE SAÚDE

Despender mais e comprometer a renda com a aquisição de medicamentos em farmácias privadas está relacionado estatisticamente com ser do sexo masculino, maior escolaridade, ter o setor privado como referência, possuir plano de saúde e doença crônica (Tabela 6).

Os portadores de doença crônica estão sujeitos a gastar mais e comprometer sua renda, porém analisando separadamente as pessoas com hipertensão e diabetes isso não acontece (Tabela 6).

Tabela 6: Gasto médio e proporção da renda mensal familiar per capita comprometida com aquisição de medicamentos, segundo características sociodemográficas e de condições de saúde, Praia Grande, 2012.

Variável	Valor médio gasto com medicamentos (R\$)	Razão entre grupos	p	Proporção média da renda gasta com medicamentos (%)	Razão entre grupos	p
Sexo						
Masculino	24,7	1.0		3,7	1	
Feminino	15,5	0,6	<0,01	2,4	0,6	<0,01
Faixa etária						
Adulto	12,8	1,0		2,5		
Idoso	26,4	2,1	0,67	3,3	1,3	0,90
Renda per capita						
Até 1 salário	17,4	1,0		4,2	1,0	
> 1 salário; ≤ 3 salários	17,4	1,0		1,8	0,4	
> 3 salários	30,4	1,7	0,16	1,1	0,3	0,94
Escolaridade						
≤ 8 anos de estudo	15,7	1,0		2,7	1,0	
> 8 anos de estudo	21,8	1,4	<0,01	2,9	1,1	<0,01
Doença crônica						
Sim	20,1	1,0		3,22	1,0	
Não	15,2	0,8	0,04	2,23	0,7	0,01
Hipertensão						
Sim	17,4	1,0		2,6	1,0	
Não	18,3	1,1	<0,01	2,9	0,9	<0,01
Diabetes						

Sim	12.4	1.0		1.2	1.0	
Não	18.7	1.5	0,03	3.0	2.5	<0,01
Cobertura ESF						
Sim	18.5	1.0		3.0	1.0	
Não	15.5	0.8	0,82	2.0	0.7	0,91
Serviço /profissional de referência						
SUS	10.4	1.0		1.8	1.0	
Privado	36.3	3.5	<0,01	5.2	2.9	<0,01
Saúde suplementar						
Sim	37.7	1.0		5.4	1.0	
Não	10,0	0.3	<0,01	1.7	0.3	<0,01

5.5 PERFIL DE UTILIZAÇÃO DE MEDICAMENTOS

5.5.1 CLASSIFICAÇÃO DOS MEDICAMENTOS UTILIZADOS SEGUNDO ANATOMICAL THERAPEUTIC CHEMICAL CODE

Os três grupos de medicamentos mais utilizados foram, em ordem decrescente, medicamentos para o Sistema Cardiovascular, Trato Alimentar e Metabolismo e Sistema Geniturinário e Hormônios Sexuais (Tabela 7).

No grupo de medicamentos utilizados para tratar patologias do Sistema Cardiovascular o subgrupo mais utilizado pelos entrevistados foi o de inibidores da enzima conversora da angiotensina (monodroga), representados principalmente pelos princípios ativos Captopril e Enalapril. O segundo subgrupo foi o de diuréticos de teto baixo, tiazídicos, com predominância do princípio ativo Hidroclorotiazida (Tabela 7).

Em relação ao grupo de medicamentos para terapias relacionadas ao Trato Alimentar e Metabolismo, o subgrupo mais utilizado foi o de medicamentos hipoglicemiantes orais, dentre eles, principalmente, glibenclamida e metformina. Insulinas e análogos foi o segundo subgrupo mais utilizado (Tabela 7).

Nos dois grupos mais utilizados o padrão de aquisição foi predominantemente no SUS (Tabela 7).

O medicamento utilizado do grupo Sistema Geniturinário e Hormônios Sexuais foi Contraceptivo Hormonal para Uso Sistêmico. Aqui estavam todos os contraceptivos hormonais de via oral e injetável. Neste grupo, a aquisição foi mais equilibrada entre o público (54%) e o privado (46%) (Tabela 7).

Além destes três grupos mais utilizados, medicamentos para o sistema nervoso, sangue e órgãos hematopoiéticos, preparações hormonais para uso sistêmico e anti-infecciosos para uso sistêmico foram os mais utilizados com padrão de aquisição no SUS (Tabela 7).

Medicamentos para o sistema músculo esquelético e sistema respiratório também ficaram entre os mais utilizados, porém com predominância de aquisição no setor privado (Tabela 7).

Os demais medicamentos foram agrupados como outros (Tabela 7).

Tabela 7: Grupos e sub-grupos dos medicamentos utilizados pelos entrevistados segundo a *Anatomical Therapeutic Chemical Code*, Praia Grande, Brasil, 2012.

Grupo Anatômico e Subgrupo Farmacológico	Formas de obtenção				
	Total	SUS		Compra	
	n	n	%	n	%
Sistema cardiovascular	401	328	81,8	73	18,2
Inibidores da enzima conversora da angiotensina, monodroga	134	119	88,8	15	11,2
Diuréticos (de teto baixo), tiazídicos	79	69	87,3	10	12,7
Antagonistas da angiotensina II, monodroga	52	37	71,1	15	28,8
Agentes modificadores de lipídeos, simples	41	33	80,5	8	19,5
Betabloqueadores	40	30	75,0	10	25,0
Bloqueadores seletivos dos canais de cálcio com efeitos principalmente vasculares	25	22	88,0	3	12,0
Diuréticos (de teto alto)	10	8	80,0	2	20,0
Agentes poupadores de potássio	7	4	57,1	3	42,9
Antagonistas da angiotensina II, associações	7	0	-	7	100
Agentes estabilizantes capilar	6	6	100	0	-
Trato alimentar e metabolismo	191	160	83,8	31	16,2
Medicamentos hipoglicemiantes orais	120	98	81,7	22	18,3
Insulinas e análogos	37	37	100	0	-

Medicamentos para úlcera péptica e doenças de refluxo gastresofágico	27	18	66,7	9	33,3
Complexo de vitaminas b, incluindo associações	7	7	100	0	-
Sistema geniturinário e hormônios sexuais	126	68	54,0	58	46,0
Contraceptivos hormonais para uso sistêmico	126	68	54,0	58	46,0
Sistema nervoso	64	44	68,8	20	31,2
Antidepressivos	21	16	67,2	5	23,8
Outros analgésicos e antipiréticos	18	8	44,4	10	55,6
Preparações contra a vertigem	8	6	75,0	2	25,0
Antiepiléticos	7	6	85,7	1	14,3
Antipsicóticos	6	6	100	0	-
Ansiolíticos	4	2	50,0	2	50,0
Sangue e órgãos hematopoiéticos	50	42	84,0	8	16,0
Agentes antitrombóticos	43	36	83,7	7	16,3
Preparações contendo ferro	7	6	85,7	1	14,3
Sistema músculo-esquelético	41	12	29,3	29	70,7
Anti-inflamatórios e antirreumáticos, não esteroidais	23	7	30,4	16	69,6
Agentes relaxantes musculares de ação central	11	0	-	11	100
Medicamentos afetando a estrutura óssea e mineralização	7	5	71,4	2	28,6
Preparações hormonais para uso sistêmico, excluindo hormônios sexuais e insulinas	25	14	56,0	11	44,0
Preparações tiroideas	18	9	50,0	9	50,0
Corticóides para uso sistêmico, monodrogas	7	5	71,4	2	28,6
Sistema respiratório	13	2	15,4	11	84,6
Adrenérgicos, para inalação	7	0	-	7	100
Anti-histamínicos para uso sistêmico	6	2	33,3	4	66,7
Anti-infecciosos para uso sistêmico	9	9	100	0	-
Antivirais de ação direta	9	9	100	0	-

Outros	123	69	56,1	54	43,9
Total	1.043	748	71,7	295	28,3

5.5.2 ANÁLISE DO NÚMERO DE MEDICAMENTOS UTILIZADOS

O número médio de medicamentos, utilizado por cada subgrupo (idosos, mulheres, homens) nos últimos quinze dias, foi calculado como indicador de intensidade de uso.

O sexo feminino apresentou uma intensidade de uso menor em relação aos homens. Este resultado não se manteve quando os contraceptivos foram excluídos da análise (Tabela 8). Dentre as mulheres que utilizaram apenas um medicamento (n=181), 55,2% se referiam ao contraceptivo hormonal.

Ser idoso, menor escolaridade, não ter ocupação remunerada, ter frequentado um serviço de saúde no último ano, ter doença crônica e considerar sua saúde ruim estão relacionados ao uso de um maior número de medicamentos (Tabela 8).

Não houve relação entre usar mais medicamentos e a classificação socioeconômica, cobertura da estratégia saúde da família, ter plano de saúde e a referência aos cuidados de saúde ser pública ou privada (Tabela 8).

Tabela 8: Número médio de medicamentos utilizados de acordo com as variáveis sociodemográficas e condições de saúde, Praia Grande, 2012.

Intensidade de Uso de Medicamentos							
	1 medicamento			2 ou mais medicamentos			
Variáveis	n	%	IC (95%)	n	%	IC (95%)	p
Sexo							
Masculino	44	36,1	26,5 – 46,9	78	63,9	53,11-73,5	
Feminino	181	51,7	44,8 – 58,6	169	48,3	41,4 – 55,2	<0.01
Sexo*							
Masculino	44	36,1	26,5-46,9	78	63,9	53,11-73,5	
Feminino	81	33,3	27,6-39,6	162	66,7	60,4-72,4	0,61
Faixa etária							
Adulto	181	61,4	54,2-68,0	114	38,6	32,0-45,8	
Idoso	44	24,9	17,6-33,8	133	75,1	66,2-82,4	<0.01

Classificação sócio-econômica							
A e B	53	53,0	39,6-66,0	47	47,0	34,0-60,4	
C	147	47,1	40,1-54,2	165	52,9	45,8-59,9	
D e E	25	41,7	28,3-56,4	35	58,3	43,6-71,7	0,45
Cobertura ESF**							
Sim	170	45,7	38,8-52,8	202	54,3	47,2-61,2	
Não	55	55,0	41,9-67,4	45	45,0	32,6-58,1	0,18
Saúde Suplementar							
Sim	64	47,4	36,7-58,4	71	52,6	41,6-63,3	
Não	161	47,8	41,9-53,7	176	52,2	46,3-58,1	0,94
Escolaridade							
≤ 8 anos	125	41,2	34,7-48,2	178	58,8	51,9-65,3	
> 8 anos	100	59,2	49,0-68,6	69	40,8	31,4-51,0	<0.01
Ocupação***							
Sim	137	61,2	50,9-70,5	87	38,8	29,5-49,1	
Não	88	35,5	29,8-41,6	160	64,5	58,4-70,2	<0.01
Referência de Serviço de Saúde							
SUS	149	45,4	39,1-51,9	179	54,6	48,1-60,9	
Privado	71	52,2	41,9-62,3	65	47,8	37,7-58,1	
Sem referência	5	62,5	24,7-89,4	3	37,5	10,6-72,3	0,29
Frequentou Serviço de Saúde no último ano							
Sim	148	41,5	35,7-47,5	209	58,5	52,5-64,3	
Não	77	67,0	56,3-76,1	38	33,0	23,9-43,7	<0.01
Doença Crônica							
Sim	63	24,3	18,2-31,7	196	75,7	68,3-81,8	
Não	162	76,1	65,4-84,2	51	23,9	15,8-34,6	<0.01
Autopercepção da saúde							
Excelente / Muito boa	75	69,4	59,1-78,2	33	30,6	21,8-40,9	
Boa	99	48,5	39,1-58,1	105	51,5	41,9-60,9	
Regular / Ruim	51	32,1	24,3-41,0	108	67,9	59,0-75,7	<0.01

*Excluindo os contraceptivos hormonais

** Estratégia Saúde da Família

*** Atividade remunerada

5.5.3 ANÁLISE DE POTENCIAIS INTERAÇÕES MEDICAMENTOSAS

As interações medicamentosas potenciais foram verificadas apenas para a população de idosos por utilizarem, em sua maioria (n = 133; 75,1%), mais do que um medicamento (Figura 4). Foram utilizadas duas bases de dados para esta análise e o total de combinações medicamentosas foi de 761.

Dentre os indivíduos que utilizaram mais de um medicamento 58% possuíam alguma possibilidade de interação medicamentosa segundo a base de dados *Medscape* e 68% de acordo com o *Drugs.com* (Figura 4).

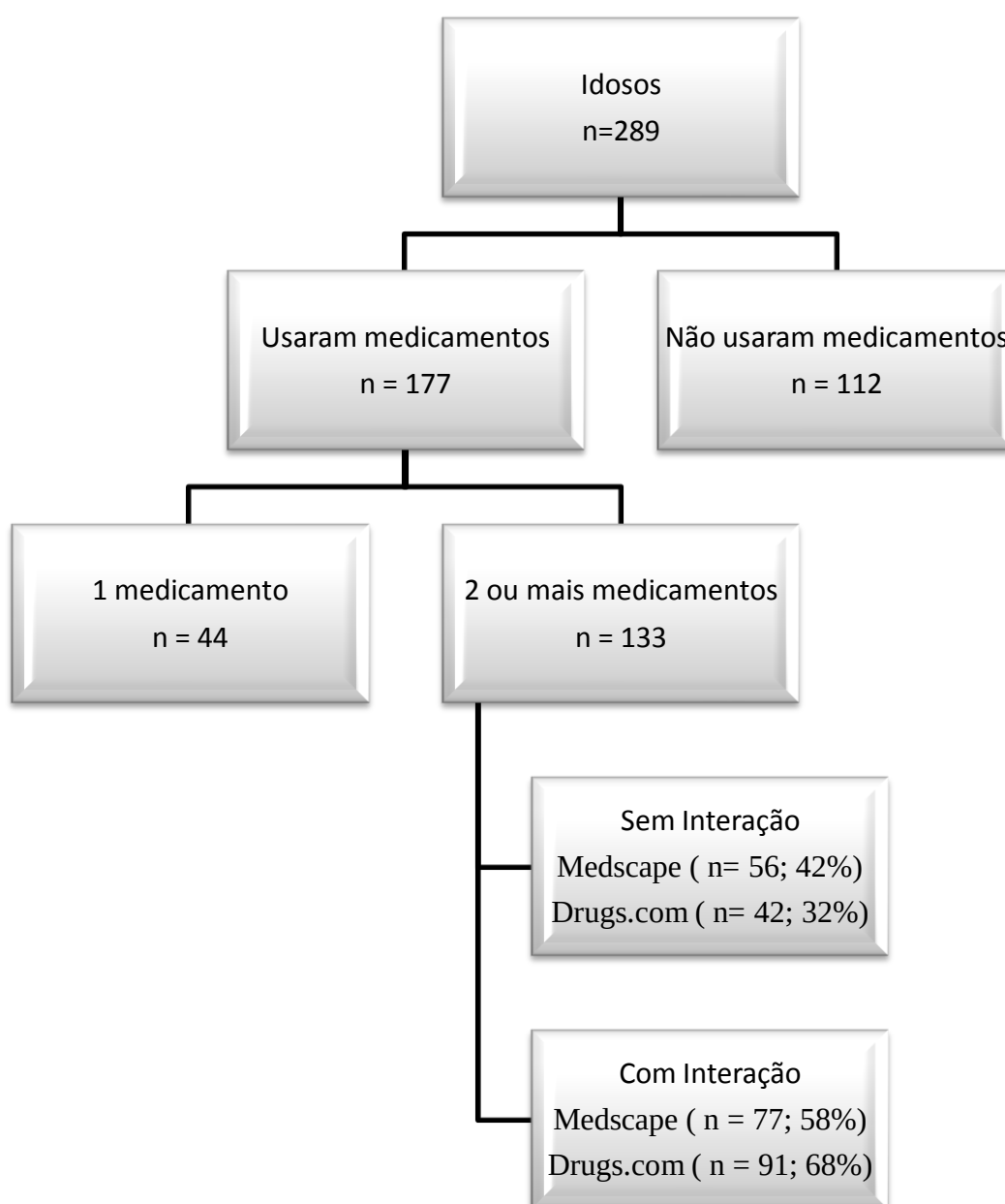


Figura 4 - Possíveis interações entre medicamentos utilizados por idosos segundo as bases de dados *Medscape* e *Drugs.com*, Praia Grande, 2012.

5.5.4 CLASSIFICAÇÃO DAS POSSÍVEIS INTERAÇÕES MEDICAMENTOSAS SEGUNDO A GRAVIDADE

As possíveis interações medicamentosas foram classificadas de acordo com a gravidade das mesmas (Tabela 9).

No estudo realizado na base de dados *Drugs.com* houve predominância de interações do tipo moderadas (30,8%) e não foram encontradas algumas combinações (12,4%). Situação semelhante observou-se na base *Medscape*, com maior número de interações moderadas (21,9%) e, também, com combinações não encontradas (14,1%) (Tabela 9). Os princípios ativos não encontrados, em ambas as bases, eram na sua maioria substâncias não comercializados nos Estados Unidos.

Houve uma correlação positiva entre as duas bases de dados utilizadas ($r = 0.566$; $p < 0.01$).

Tabela 9 - Classificação das Potenciais Interações Medicamentosas segundo a gravidade, Praia Grande, 2012.

	Base de Dados			
	<i>Drugs.com</i>		<i>Medscape</i>	
	n	%	n	%
Menor	41	5,4	41	5,4
Moderado	234	30,8	167	21,9
Maior	13	1,7	13	1,7
Sem interação	378	49,7	433	56,9
Não encontrado na base de dados	95	12,4	107	14,1
Total	761	100	761	100

5.5.5 INTERAÇÕES MEDICAMENTOSAS DE ACORDO COM ASPECTOS RELACIONADOS AOS CUIDADOS DA SAÚDE

A possibilidade de acontecer uma interação medicamentosa mostrou-se relacionada com o maior número de medicamentos utilizados ($p < 0,01$) e não com o fato de utilizar um serviço público ou privado (Tabela 10).

Ter uma doença crônica não se mostrou relacionado estatisticamente, porém com um valor de $p = 0,05$ (Tabela 10).

Tabela 10: Possíveis interações medicamentosas de acordo com aspectos relacionados aos cuidados da saúde, Praia Grande, 2012.

Variáveis	Interações Medicamentosas Potenciais						
	Sim			Não			p
	n	%	IC (95%)	n	%	IC (95%)	
Número de medicamentos							
2	5	11,6	0,04-29,1	38	88,4	70,9-96,0	
3 – 5	48	64,0	53,2-73,5	27	36,0	26,5-46,8	
6 ou mais	14	93,3	64,1-99,1	1	6,7	0,9-35,9	<0,01
Saúde Suplementar							
Sim	22	55,0	36,9-71,9	18	45,0	28,1-63,1	
Não	45	48,4	37,5-59,5	48	51,6	40,5-62,5	0,55
Referência de Serviço de Saúde							
SUS	50	51,6	40,5-62,4	47	48,4	37,6-59,5	
Privado	17	50,0	31,2-68,8	17	50,0	31,2-68,9	0,89
Doença Crônica							
Sim	61	53,5	43,5-63,3	53	46,5	36,7-56,5	
Não	6	31,6	17,6-49,9	13	68,4	50,1-82,4	0,05

5.5.6 CLASSIFICAÇÃO DOS PRINCIPAIS MEDICAMENTOS ENVOLVIDOS EM POSSÍVEIS INTERAÇÕES DE ACORDO COM O SISTEMA ANATOMICAL THERAPEUTIC CHEMICAL (ATC)

As possíveis interações medicamentosas com maior gravidade (1,7%), que sugerem a interrupção do tratamento, foram encontradas em 13 associações diferentes de medicamentos, sendo 8 coincidentes entre as duas bases de dados utilizadas. Os medicamentos envolvidos nestas associações foram classificados segundo os dois primeiros níveis da ATC (Quadro 3).

Os medicamentos utilizados para distúrbios cardiovasculares foram os que mais estiveram presentes em interações maiores (Quadro 3).

Quadro 3 – Principais medicamentos envolvidos em possíveis interações de acordo com a ATC, Praia Grande, 2012.

Medicamentos	Classificação ATC	
	Primeiro Nível (grupo anatômico)	Segundo Nível (subgrupo farmacológico)
Haloperidol Clomipramida	Sistema Nervoso	Psicolépticos
		Psicoanalépticos
Captopril Losartana	Sistema cardiovascular	Sistema renina-angiotensina
Anlodipino Sinvastatina	Sistema cardiovascular	Bloqueadores canais de cálcio
		Modificadores de lipídeos
Enalapril Losartana	Sistema cardiovascular	Sistema renina-angiotensina
Propranolol Verapamil	Sistema cardiovascular	Betabloqueador
		Bloqueadores canais de cálcio
Diltiazem Sinvastatina	Sistema cardiovascular	Bloqueadores canais de cálcio
		Modificadores de lipídeos
Cilostazol Omeprazol	Sangue e órgãos formadores do sangue	Antitrombóticos
	Trato alimentar e metabolismo	Para doenças relacionadas à acidez
Captopril Alopurinol	Sistema cardiovascular	Sistema renina-angiotensina
	Sistema músculo-esquelético	Preparações antigota

6 DISCUSSÃO

O Estado possui o dever legal de garantir que haja um sistema capaz de disponibilizar os medicamentos, seja ele público, privado ou misto,¹⁴⁸ pois considerando que a maioria das intervenções médicas envolve uma terapia medicamentosa, garantir o acesso é essencial para o sucesso do tratamento¹⁴⁹.

Este trabalho teve como foco o acesso a medicamentos no âmbito da atenção básica em Praia Grande, município com expansão da ESF, como propõe o governo Federal^{150,151}, constituindo-se de equipes de profissionais da área da saúde responsáveis pela atenção integral das famílias, inclusive fornecendo os medicamentos considerados essenciais¹⁵².

A prevalência de 47,9% de utilização de medicamentos no município de Praia Grande foi semelhante à observada na Pesquisa Mundial de Saúde, de 49,0%, conduzida em 2003, a partir de entrevistas com 5.000 brasileiros, com mais de 18 anos, sobre a utilização de algum medicamento nos quinze dias que antecederam à entrevista.²⁰

Nossos achados também corroboram com Costa *et al.* que analisaram os dados do Inquérito Multicêntrico de Saúde do Estado de São Paulo, realizado entre 2001 e 2002, na região de Campinas, São Paulo, verificando uma prevalência de uso de medicamentos por adultos igual a 48,5%¹⁵³ e com o estudo de Arrais *et al.*, desenvolvido em Fortaleza, entre 2002 e 2003, com prevalência encontrada de 49,7%¹⁶.

Prevalências maiores foram encontradas em três estudos realizados na região sul do país. No município de Ponta Grossa, Paraná, estudo com indivíduos entre 20 e 59 anos, residentes em área de abrangência da ESF, encontrou uma prevalência de utilização de medicamentos de 67,1%, dentro de um período recordatório de sete dias¹⁵⁴. Em Pelotas, Rio Grande do Sul, inquérito populacional com indivíduos de 20 anos ou mais, apresentou uma prevalência de uso de medicamentos de 65,9%, com um período recordatório de quinze dias¹⁵⁵. Por último, Santa Maria, também no Rio Grande do Sul, inquérito abrangendo todas as idades, com período recordatório de trinta dias, observou uma prevalência de 69,9%.¹⁵⁶

As prevalências encontradas na região sul são elevadas, o que pode ser consequência de diferenças socioeconômicas^{157; 158; 159}. Entretanto, a avaliação quantitativa de utilização de medicamentos é de difícil interpretação, pois se por um lado é importante garantir a adesão ao tratamento através de prevalências maiores de utilização, por outro lado, também pode ser indicativo de uso abusivo¹⁶⁰.

Quantificar o acesso a medicamentos não é uma tarefa fácil, pois sua definição é complexa e se sobrepõe às definições de uso racional e de adesão, as quais são dependentes

do acesso ao medicamento, mas este, por si só, não garante a adesão ou o uso racional.¹⁵⁹ Além disso, os estudos não seguem uma metodologia padrão, avaliam grupos populacionais específicos e utilizam períodos recordatórios diferentes, tornando complexa a comparação entre os resultados obtidos.^{161,33,162,163,164}

Ao se analisar a utilização de acordo com a faixa etária observou-se uma prevalência de utilização maior entre os idosos (61,2%), porém inferior a outros trabalhos também desenvolvidos com esta faixa etária^{165; 166; 167; 168; 169; 170}. Este dado merece uma reflexão, pois pode ser indicativo de falhas no acesso aos medicamentos, para idosos, no município.

As barreiras para o acesso aos medicamentos pelos idosos podem estar relacionadas ao indivíduo, família e comunidade ou à prestação de serviços de saúde¹⁷¹. As pesquisas epidemiológicas têm encontrado alta prevalência de uso de medicamentos em idosos no Brasil, variando segundo características socioeconômicas²¹, com dificuldade de acesso para determinados grupos com subutilização de medicamentos¹⁷².

Com o avanço da idade aumenta o número de doenças crônicas e, consequentemente, a necessidade de usar medicamentos¹⁷³. Garantir o acesso é prioridade da Política Nacional de Medicamentos⁴¹, do Estatuto do Idoso¹⁷⁴ e de programas públicos específicos, como o de distribuição de medicamentos para Alzheimer e Parkinson¹⁷⁵.

Apesar de ainda incipientes os estudos nesta área, a literatura tem mostrado que o custo é um dos fatores que levam à subutilização de medicamentos^{172; 176; 177}. Para o município de Praia Grande com 41,2% de idosos, em 2010, vivendo com uma renda de até um salário mínimo e 10 % em situação de pobreza¹⁷⁸, o custo pode ter influenciado diretamente na baixa prevalência de utilização.

Atenção especial precisaria ser dispensada para esta faixa etária no município de Praia Grande, para evitar os transtornos causados pela subutilização de medicamentos, como a piora do quadro clínico e aumento dos gastos com atenção secundária e terciária¹⁷⁹, principalmente porque 72% dos idosos possuem o SUS como referência para os cuidados da saúde.

Através de modelo de regressão múltipla, foi encontrada associação em ser do sexo feminino e usar medicamentos, com uma prevalência de uso de 56,4% para mulheres e de 33,4% para os homens.

Estudo transversal realizado, em 2004, no Distrito Federal com adultos (18 a 65 anos) também encontrou uma prevalência de maior consumo no sexo feminino¹⁸⁰.

As diferenças estão ganhando espaço nas agendas dos governos com estabelecimento de programas que visam à igualdade de gênero. A OMS considera o acesso aos medicamentos

essenciais parte integrante desta igualdade¹⁸¹ e a maioria dos estudos mostram uma prevalência maior de uso para o sexo feminino¹⁸².

Na tentativa de testar a hipótese de que existe uma diferença no acesso aos medicamentos de acordo com o gênero, Wagner *et al.* usou modelos de regressão logística multivariada, em 2013, e analisaram dados de 257.922 adultos e 80.932 crianças de 53 países, em seis regiões, observando que na maioria dos países a saúde das mulheres requer mais cuidados e medicamentos do que dos homens. Contudo, no que se refere ao acesso aos medicamentos não foram encontradas diferenças significativas entre homens e mulheres¹⁸³.

A diferença tem sido explicada por aspectos socioculturais e biológicos que favorecem maior adoecimento, maior autocuidado, maior busca por serviços de saúde e maior exposição a medicamentos entre as mulheres. Além disso, o uso de contraceptivos hormonais pode ampliar esta diferença¹⁸², fato também observado em nosso estudo, pois excluindo os contraceptivos da análise a prevalência de utilização pelas mulheres cai de 56,4 para 39,1%.

Além disso, uma limitação do nosso estudo é o predomínio de mulheres na amostra (62,9%), decorrente da dificuldade em encontrar homens nas residências no momento da entrevista. Praia Grande é considerada uma cidade-dormitório, com grande parte da sua população exercendo suas atividades no município polo da região¹⁸⁴, prejudicando encontrar nos domicílios pessoas que trabalham em horário comercial, podendo ter contribuído para esta limitação. Esta dificuldade para entrevistar os indivíduos do sexo masculino no domicílio também foi vivenciada por outros autores.^{185; 186; 187; 188}

A aquisição de medicamentos no município acontece predominante em farmácias públicas. O Programa Farmácia Popular, do governo federal, foi citado por apenas 4,6% dos indivíduos que utilizaram medicamentos no período analisado. Esta porcentagem pode ser explicada porque no município não existem Farmácias Populares no formato de rede própria, as quais eram as únicas a representar o Programa até 2006. E, em 2012, quando se realizaram as entrevistas, o formato “Saúde não tem preço” ainda era recente, com subsídios do governo para a aquisição de medicamentos em farmácias privadas.¹⁸⁹

Dados do Ministério da Saúde apontavam 19 farmácias privadas do município participando do formato “Saúde não tem preço” no ano da coleta de dados, com a transferência de R\$ 266.177 do governo federal para a compra de medicamentos. Em 2015, passaram para 27 farmácias conveniadas e o valor transferido aumentou para R\$ 4.832.415. O resultado obtido neste trabalho, de baixa utilização do Programa Farmácia Popular, é coerente com os dados do Ministério da Saúde¹⁹⁰.

Apenas 1,3% dos entrevistados relataram a prática da automedicação. Este resultado, inferior ao encontrado em outros estudos, não foi o foco deste trabalho e precisaria ser mais bem explorado com uma metodologia específica para esta análise.¹⁹¹

O número médio de medicamentos utilizados pelos homens (1,9) e mulheres (1,8), foi inferior ao de idosos (2,9). Estes costumam apresentar maior número de patologias e, conseqüentemente, utilizam maior quantidade de medicamentos quando comparados a outros grupos etários. Estudos realizados com idosos observaram valores semelhantes.^{165; 166; 167; 169}

Padecer de doença crônica foi o maior preditor do consumo de medicamentos. As pessoas com patologias crônicas no município de Praia Grande consumiram 2,5 vezes mais medicamentos. Dado semelhante ao obtido pelo estudo de base populacional realizado no município de Fortaleza, Ceará, com prevalência de uso de medicamentos 2,1 vezes maior nos indivíduos com doenças crônicas¹⁶.

Ter doença crônica também se mostrou, neste estudo, associada com a aquisição dos medicamentos exclusivamente no SUS. Este dado sugere que os serviços públicos de Assistência Farmacêutica do município estão atingindo o objetivo de fornecer o tratamento para as principais doenças crônicas.

Geralmente uma patologia crônica implica na necessidade de medicamentos de uso contínuo, podendo aumentar os gastos individuais e, conseqüentemente, estimular a utilização do SUS para obter o tratamento de forma gratuita. Além disso, estas doenças aumentam diretamente proporcional à idade do indivíduo, acometendo principalmente pessoas que não estão em idade produtiva, dificultando ainda mais arcar com os custos privados. Políticas públicas são implantadas visando garantir o acesso aos medicamentos, como o Programa Nacional de Assistência Farmacêutica para Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus¹⁹².

Mudanças importantes no perfil epidemiológico, com ampliação dos casos de doenças crônicas não transmissíveis, estão ocorrendo com o aumento da expectativa de vida¹⁹³. Existe uma forte evidência científica que as intervenções farmacológicas, juntamente com as comportamentais, podem evitar complicações decorrentes destas patologias¹⁹⁴.

Dentre as doenças crônicas não transmissíveis mais prevalentes no país e, de forma semelhante, no município em estudo, temos a hipertensão arterial, diabetes, câncer e as doenças respiratórias.^{195; 196; 197; 198}

De acordo com a OMS a porcentagem de pessoas com diabetes, por exemplo, passou de 4,7% em 1980 para 8,5% da população mundial em 2014, ampliando a necessidade de políticas e programas públicos que promovam o acesso aos medicamentos como insulina e hipoglicemiantes orais para garantir a equidade¹⁹⁹.

O Brasil vem respondendo ao desafio do controle das doenças crônicas não transmissíveis. Suas taxas de mortalidade mostraram diminuição na última década. Esse declínio contrabalança o aumento esperado devido ao envelhecimento populacional, mantendo praticamente estável sua taxa bruta de mortalidade¹⁹⁸. A ampliação do acesso aos cuidados de atenção primária no país merece destaque pela contribuição no controle de doenças crônicas,¹⁹⁶ principalmente através da ESF.²⁰⁰

Neste contexto, Praia Grande priorizou a ESF como uma forma de reverter indicadores menos favoráveis¹³⁴, sendo hoje o município da região metropolitana da Baixada Santista com mais famílias cadastradas no programa²⁰¹.

Estudo realizado nos municípios com mais de cem mil habitantes da região metropolitana da Baixada Santista, incluindo Praia Grande, observou que a aquisição dos medicamentos para diabetes e hipertensão se dá principalmente em farmácias públicas, todavia parte da população ainda precisa comprar os medicamentos em farmácias privadas levando a um comprometimento importante de sua renda²⁰².

A utilização de medicamentos no município de Praia Grande também se mostrou associada à autopercepção negativa do estado de saúde. Considerar a saúde ruim está associado positivamente ao uso de medicamentos.

Existe uma tendência linear de aumento de prevalência de uso de medicamentos com a piora da autopercepção de saúde. Bertoldi *et al.* encontraram 1,4 vezes mais utilização para os que acham sua saúde ruim em comparação com o grupo que considera sua saúde excelente. Bardel *et al.* encontraram, para mulheres, uma prevalência 4,1 vezes maior naquelas que possuem uma percepção negativa sobre o seu estado de saúde²⁰³. No presente estudo, a razão de prevalência ajustada foi de 1,2.

A autopercepção contempla aspectos da saúde física, cognitiva e emocional e pode ser considerada uma representação das avaliações objetivas de saúde.²⁰⁴ Tem sido considerada um indicador importante por si, já que o nível de bem-estar de um indivíduo pode influenciar a sua qualidade de vida,²⁰⁵ além disso, a percepção ruim de saúde é um preditor importante da menor sobrevida.^{206; 207}

Estudos mostram associação entre ter doença crônica e considerar a saúde ruim^{204; 208; 209; 210; 211; 212}. Estas duas variáveis mostraram-se associadas com o uso de medicamentos no município de Praia Grande e estão fortemente relacionadas entre si. Indivíduos com doenças crônicas apresentam uma percepção ruim do seu estado de saúde e buscam nos medicamentos uma solução para seus problemas.

Os medicamentos de uso contínuo totalizaram 92,4% do total utilizado, com uma prevalência de aquisição no SUS de 73,8%. Compreenderam principalmente medicamentos para o controle da hipertensão arterial e diabetes. Destaca-se o SUS cumprindo seu papel de garantir o acesso aos medicamentos, principalmente para doenças crônicas. Para um município com o perfil de Praia Grande, com aproximadamente a metade da população não exercendo uma atividade remunerada e uma renda per capita pelo menos 50% inferior à renda do município polo da mesma região metropolitana, este é um papel fundamental²⁰¹.

De uso eventual, como antibióticos e analgésicos, dentre outros, foi citado o uso por apenas 7,6% dos entrevistados. Para este grupo de medicamentos a aquisição acontece em 53,2% dos casos através da compra em farmácias privadas. A aquisição no SUS, de uma maneira geral, é maior para medicamentos de uso contínuo¹⁵⁹.

A variável escolaridade não foi associada no modelo bivariado, porém após ajuste com as demais variáveis ter mais de oito anos de estudo tornou-se associado positivamente ao uso de medicamentos no município.

Os estudos de utilização de medicamentos expõem controvérsias em relação à associação direta entre o nível de escolaridade e a utilização de medicamentos^{16; 24; 155}, com a escolaridade mostrando-se associada ao uso de medicamentos em um modelo estatístico, mas perdendo sua significância em outros. De modo geral, um menor nível de escolaridade está associado a um menor conhecimento e discernimento sobre o processo saúde-doença, podendo levar a uma desigualdade no acesso à terapia.^{153; 203}

A desigualdade entre os indivíduos de uma sociedade também pode ser avaliada através do acesso a bens e serviços de saúde, no qual se incluem os medicamentos. Entre os indivíduos que fizeram uso de medicamentos em Praia Grande, no período estudado, 58,7% os obtiveram em farmácias públicas. Os demais entrevistados obtiveram os medicamentos através da compra, total ou parcial, em farmácias privadas.

Os medicamentos considerados essenciais são dispensados nas unidades de saúde da atenção básica e cada município tem a autonomia de elaborar esta seleção, tomando como base a relação nacional de medicamentos essenciais.⁴⁰ Porém, por termos um sistema de saúde misto, público e privado, 11,2% dos atendimentos prestados em farmácias públicas no Brasil são para portadores de planos de saúde.²¹³

Estudo de base populacional realizado em Campinas, São Paulo, com adolescentes, adultos e idosos, utilizando um período recordatório inferior ao utilizado neste trabalho, observou que 30% obtiveram todos os medicamentos que precisaram no SUS, cerca de 63% em drogarias e 7% em diferentes fontes.¹⁶³ Ainda que haja diferenças metodológicas a

obtenção maior no SUS observada neste trabalho, quando comparada ao município de Campinas, pode ser explicada pelo perfil socioeconômico das duas populações, por exemplo, uma cobertura de planos de saúde encontrada em Campinas de 45%, enquanto em Praia Grande foi de apenas 26%.

Além da variável doença crônica, mostrou-se associado positivamente com adquirir todos os medicamentos no SUS o fato do indivíduo ter frequentado um serviço de saúde nos últimos doze meses. Este resultado é consequência direta da obrigatoriedade da prescrição médica no momento da aquisição do medicamento, tanto em unidades básicas de saúde e/ou em drogarias conveniadas ao programa Farmácia Popular.

Quando o indivíduo se ausenta das consultas médicas pode ter dificuldades para adquirir seus medicamentos no SUS, podendo aumentar a aquisição nas farmácias privadas. Os medicamentos para controle da hipertensão arterial e diabetes possuem, em sua maioria, a tarja vermelha na embalagem. Segundo normas da ANVISA²¹⁴ para adquirir estes fármacos nas farmácias privadas deveria ser apresentada a prescrição médica, porém sem retenção da mesma. Na prática isso não acontece, facilitando a aquisição dos medicamentos pelos usuários que não fazem acompanhamento médico com frequência.

Este tipo de situação é considerado uma automedicação e o paciente está sujeito às consequências danosas para o seu organismo. Inúmeros fatores podem favorecer o afastamento do paciente dos serviços de saúde, como a venda indiscriminada nas farmácias brasileiras, serviços de saúde públicos não satisfatórios e o custo elevado dos planos privados de saúde e das consultas particulares²¹⁵.

Segundo a Pesquisa Nacional de Saúde realizada no Brasil, em 2013, dentre os homens que se autorreferiram hipertensos, 81,4% tomavam medicamentos, porém apenas 69,7% receberam assistência médica nos últimos 12 meses. Dentre as mulheres, foram verificadas porcentagens de 84,6% e 72,4%, respectivamente²¹⁶.

Na mesma pesquisa cerca de 80% dos indivíduos que referiram diabetes relataram o uso de medicamentos hipoglicemiantes orais e/ou insulina, mas porcentagem menor (73,2%) relataram ter recebido assistência médica nos últimos 12 meses.¹⁵⁷

Além de ser portador de uma doença crônica e ter frequentado um serviço de saúde no último ano, a terceira variável independente associada ao acesso através do SUS foi não ter plano de saúde privado. Este resultado sugere que o SUS, no município, está conseguindo atender aqueles que dependem exclusivamente dos serviços públicos de saúde.

Importante ressaltar que dados da PNAD (2008) revelaram um aumento na utilização do SUS por beneficiários de planos de saúde privados nos últimos anos.²¹⁷ O fato de receber o

tratamento medicamentoso gratuitamente pode ser um grande atrativo do sistema público, pois os planos privados não cobrem os custos com medicamentos de uso domiciliar.²¹⁸

Por último, ser do sexo feminino também se mostrou associado ao fato de adquirir todos os medicamentos no SUS, após ajuste com a variável ter doença crônica. Adquirir o medicamento nas unidades públicas pode ficar prejudicado, principalmente para os homens, devido ao horário restrito de atendimento.²¹⁹ Segundo o Censo (2010) 42.668 moradores de Praia Grande do sexo masculino possuíam um emprego formal, em contrapartida apenas 27.687 mulheres estavam na mesma situação²²⁰.

Considerando que o acesso pode ser definido como a “relação entre a necessidade de um medicamento e a oferta do mesmo, que precisa estar disponível no momento e local adequado ao usuário...”,⁵ seria importante verificar se o horário disponibilizado está atendendo às necessidades dos homens, dentre outras possibilidades. As políticas de atenção à saúde do homem no Brasil são recentes e o desafio da equidade de gênero no âmbito das políticas públicas ainda é alvo de debate²²¹.

A OMS reconhece os medicamentos como um dos pilares de um sistema de saúde²²², mas o gasto farmacêutico vem se tornando uma ameaça à sustentabilidade dos sistemas públicos de saúde de muitos países. O orçamento crescente destinado à provisão dos medicamentos tem competido com outras grandes prioridades no setor saúde e esses gastos não têm correspondido a melhorias significativas nos indicadores. Além disso, aproximadamente um terço da população mundial continua sem acesso a esses recursos terapêuticos¹²⁹.

Além do crescente orçamento público, também é grande o gasto privado (*out-of-pocket*), com medicamentos⁸¹. Na América Latina e Caribe os gastos com saúde foram estimados em 33% de todos os gastos familiares e grande parte com a aquisição de medicamentos²²³. Comparando informações da Pesquisa de Orçamento Familiar na Finlândia dos anos de 1985, 1990, 2001 e 2006 observou-se um aumento nos gastos *out-of-pocket*, com crescimento relativo maior para os grupos mais pobres³¹. No Canadá, os gastos privados com medicamentos são a segunda maior despesa com saúde⁹². Nas Filipinas houve um aumento de 150% nos gastos com saúde entre os anos de 2.000 e 2013, sendo dois terços deste gasto destinado à compra de medicamentos²²⁴.

Embora nos últimos cinco anos os países da América Latina e Caribe terem avançado na formulação e implementação de políticas farmacêuticas, estima-se que o gasto direto per capita anual médio em medicamentos foi de US\$ 97,00, com uma média de US\$ 7,50 na Bolívia para mais de US\$ 160,00 na Argentina e Brasil²²³.

O Brasil tem buscado a garantia do acesso universal aos medicamentos, mesmo com a breve existência do SUS. Porém, os gastos privados com medicamentos são ainda uma preocupação^{223; 225; 226}. Analisar os gastos com medicamentos e mensurar o impacto destes sobre a renda pode fornecer subsídios importantes para avaliar a eficiência e eficácia dos programas de assistência farmacêutica do SUS e fornecer evidências para o aperfeiçoamento desses programas²²⁷.

O gasto com medicamentos é o principal componente do gasto com saúde das famílias brasileiras. Segundo a Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF-2008/2009) 77% das famílias tiveram registro de gasto com medicamentos, com um consumo *out of pocket* per capita médio de R\$ 17,91²²⁷.

No período estudado, no município de Praia Grande, o gasto per capita médio com a aquisição privada de medicamentos foi R\$ 17,07, considerando todos os indivíduos que utilizaram pelo menos um medicamento, valor semelhante aos obtidos pela POF-2008/2009 para o Brasil. Vale ressaltar que o valor obtido pelo IBGE necessitaria ser corrigido em aproximadamente 25%, segundo o índice IGP-M (FGV), para compararmos com o nosso valor obtido entre 2012 e 2013, consequentemente tornando o gasto privado com medicamentos, no município em estudo, pouco inferior a media nacional. Por outro lado, a POF-2008/2009 considerou também os insumos, como seringas, que não foram incluídos neste trabalho.

Estudo transversal realizado em Florianópolis, Santa Catarina, em 2009, verificou um valor superior ao encontrado em Praia Grande, de R\$ 46,70, mesmo com dados coletados três anos antes.²²⁸ Esta diferença pode ser explicada, novamente, pela diferença socioeconômica que existe entre municípios do sul do país em relação às demais regiões e a alta porcentagem de beneficiários de planos de saúde (47,1%) existente em Florianópolis, aumentando a aquisição de medicamentos através da compra direta em farmácias. A desigualdade na distribuição de renda que existe na sociedade brasileira pode se manifestar, da mesma forma, na alta desigualdade do gasto das famílias com medicamentos.

Estratificando os gastos mensais gerados pela aquisição privada de medicamentos de acordo com a renda familiar mensal per capita, observou-se em Praia Grande um gasto maior entre os indivíduos nos estratos mais altos de renda. É importante esclarecer que não havia entrevistados que utilizaram medicamentos pertencentes à classificação A1 e apenas um na A2, sendo considerado pertencente ao estrato de renda mais elevada os usuários de medicamentos com renda mensal familiar per capita acima de 3 salários mínimos. Porém, esta diferença de gasto privado não foi considerada significativa estatisticamente ($p=0,16$).

Segundo a POF-2008/2009 o gasto privado com medicamentos acontece de forma indiretamente proporcional à renda, com as famílias brasileiras pertencentes ao primeiro décimo de renda (10% mais pobres) com um gasto mensal de R\$ 4,47, enquanto as famílias pertencentes ao último décimo (10% mais ricos) R\$ 58,44.

As famílias com menor renda no município comprometem, proporcionalmente, maior parcela da renda familiar (4,2%) na aquisição de medicamentos do que as famílias com maior renda (1,1%), porém estatisticamente não significativo.

Também observamos que a distribuição gratuita de medicamentos pelo SUS causa uma redução nos gastos familiares, principalmente para a população mais pobre, revelando que uma parcela da população tem o sistema público como a única alternativa para viabilizar a terapêutica necessária.

As variáveis independentes sexo masculino, maior escolaridade, possuir plano de saúde, sofrer de doença crônica e ter como referência os serviços privados de saúde foram associadas com um maior gasto privado e comprometimento da renda causados pela compra de medicamentos. Boing et al (2011) observaram um maior comprometimento de renda com compra de medicamentos por mulheres e idosos, resultados diferentes dos observados neste trabalho.

A proporção média da renda comprometida com aquisição de medicamentos oscilou de 1,1%, que ocorreu com os mais ricos, a 5,4% com os indivíduos beneficiários de planos de saúde. Estas proporções se assemelham com a média nacional de 2,6% de comprometimento da renda.²²⁹

Em Praia Grande o maior gasto e comprometimento da renda com medicamentos estão associados com a escolha do setor privado como referência aos cuidados da saúde. Pela exigência de uma prescrição medicamentosa de um médico do SUS, aqueles que optam pelo médico privado precisam custear seu tratamento.

Interessante observar que ser portador de doença crônica pode ser associado a gastos privados e comprometimento de renda maior, porém ao desmembrar as patologias diabetes e hipertensão estas não se associam positivamente.

As doenças crônicas geram, na maioria das vezes, maior consumo de medicamentos e, conseqüentemente, maior comprometimento financeiro. Porém, aquelas de maiores prevalências são prioridades, contando com políticas públicas específicas no Brasil¹⁹². Segundo a POF-2008/2009, dentre os 50% dos brasileiros mais pobres, o gasto com medicamentos para diabetes (19%) e hipertensão (22%) foram menores proporcionalmente

aos gastos com outras classes de medicamentos como analgésicos (40%) e antialérgicos (39%), por exemplo.²²⁹

As patologias que acometem o sistema cardiovascular e aquelas do trato alimentar e metabolismo foram as que mais exigiram tratamento farmacológico. Os inibidores da enzima conversora da angiotensina (monodroga), os diuréticos de teto baixo tiazídicos e hipoglicemiantes orais foram os mais utilizados, com aquisição predominantemente no SUS. Perfil semelhante foi encontrado em outros estudos.^{153; 230; 231; 232}

O terceiro grupo mais citado entre os entrevistados foi de contraceptivos hormonais para uso sistêmico. O fato de termos trabalhado com uma amostra predominantemente feminina (62,9%) pode ter influenciado, em parte, neste resultado. Mas é importante destacar que, enquanto os dois grupos com maior utilização são adquiridos principalmente no SUS, este apresenta um perfil misto de aquisição.

A ampla aquisição dos contraceptivos hormonais em farmácias privadas pode ser consequência da oferta restrita de opções de contraceptivos hormonais no sistema público de saúde,²³³ diante das inovações tecnológicas disponíveis no mercado com modificações em suas dosagens, inclusão de novas vias de administração e de novos progestágenos, aumentando a tolerabilidade e aderência.^{234; 235; 236}

Não foi objetivo de este trabalho analisar a relação de medicamentos do município (REMUME), porém trabalho desenvolvido em 2011, no mesmo município, verificou que as opções de contraceptivos eram restritas nas farmácias públicas, resultando em um afastamento das adolescentes das unidades de saúde e aquisição dos contraceptivos no setor privado.²³⁷

Os países da América Latina, de uma maneira geral, apresentam percentuais de demanda por contracepção não atendida inferior a 10%, porém estes dados podem camuflar desigualdades no acesso e desafios na provisão de contracepção moderna, principalmente nos estratos socioeconômicos mais baixos²³⁸.

É dever de o Estado oferecer informação e aconselhamento de forma clara e adequada sobre os benefícios e riscos dos principais métodos contraceptivos modernos, bem como fazê-los acessíveis à população²³⁹. No Brasil os dados da POF mostraram um aumento nos gastos privados com os contraceptivos hormonais dentre as pesquisas realizadas em 2002/2003 e 2008/2009.

Ainda sobre o perfil de utilização de medicamentos no município merece destaque o reduzido percentual de medicamentos psicotrópicos. O grupo de medicamentos para o Sistema Nervoso, classificado pela ATC, foi o quarto mais utilizado por ficar inserido neste grupo medicamentos analgésicos e antipiréticos como dipirona e paracetamol, comumente

utilizados no país. Fármacos antidepressivos, antiepiléticos, antipsicóticos e ansiolíticos foram pouco citados pelos entrevistados. Estudos semelhantes observaram uma maior utilização de medicamentos para o sistema nervoso.^{153; 240}

Também vale destacar que os medicamentos para o Sistema Respiratório foram os mais adquiridos através da compra direta em farmácias privadas, podendo ser consequência de falhas no acesso através do SUS. Estudo transversal realizado em seis municípios do estado do Rio Grande do Sul, entre 2008 e 2009, observou uma disponibilidade menor de medicamentos para asma nas unidades de saúde.²⁴¹

Os fatores associados à prática da polifarmácia, que é o uso de múltiplos medicamentos, foram analisados neste estudo. Os possíveis problemas decorrentes da polifarmácia são evidentes e equilibrar os riscos e benefícios de várias terapias medicamentosas, principalmente em idosos, é uma tarefa desafiadora.²⁴²

Polifarmácia ou politerapia não tem, até o momento, uma única definição,²⁴² pois não há um número de medicamentos mínimos que estabeleça uma polifarmácia^{243; 244}.

Com a idade aumentam as comorbidades e, conseqüentemente, a prática da polifarmácia²⁴⁴, aumentando os riscos de complicações na saúde dos idosos. Existem muitas consequências negativas associadas com esta prática, como o aumento dos gastos, de efeitos adversos, interações medicamentosas, não aderência ao tratamento e diminuição da capacidade funcional.²⁴³

Neste trabalho consideramos a politerapia como a utilização de dois ou mais medicamentos. Para estes casos realizamos uma análise das possíveis interações medicamentosas, fundamentando-nos em estudos que relacionam diretamente o número de medicamentos utilizados com o aumento das possibilidades de interações²⁴⁵.

Dentre os idosos que utilizaram medicamentos em Praia Grande, 75,1% praticaram a politerapia, segundo o critério utilizado neste estudo. Optou-se pela análise das possíveis interações medicamentosas através de duas bases de dados de domínio público, com o intuito de facilitar a replicação desta metodologia. Uma das limitações no uso destas bases de dados, por não serem brasileiras, foi a ausência de alguns medicamentos, como a dipirona que não é comercializada nos Estados Unidos, impedindo a análise de associações envolvendo estes princípios ativos.

Os resultados obtidos indicam que as duas bases de dados utilizadas – *Drugs.com* e *Medscape* foram semelhantes nos seus achados, de 58% e 68% de prevalência de possíveis interações. Poucos são os estudos que avaliaram possíveis interações medicamentosas com a metodologia baseada em inquérito populacional, dessa forma a comparação dos resultados

aqui encontrados com a literatura trouxe desafios, mas prevalências semelhantes de possíveis interações foram encontradas^{232; 246; 247; 248}.

A prevalência de interações medicamentosas graves (1,7%) foi pequena quando comparada a outros estudos²⁴⁹. Este achado pode ser explicado pelo fato desta análise ter sido realizada com todos os idosos que utilizaram pelo menos dois medicamentos, sendo que a maioria dos trabalhos analisam idosos com patologias específicas e com utilização de um número mais elevado de medicamentos.

Condizente com o perfil epidemiológico dos idosos entrevistados, com alta prevalência de hipertensão arterial, as drogas utilizadas para distúrbios cardiovasculares foram as que mais estiveram presentes em interações maiores, bem como associadas ao conjunto das possíveis interações. Este perfil é comum em diversas outras realidades e reafirma a importância do acompanhamento das terapias medicamentosas utilizadas em doenças crônicas.^{247; 250; 251; 252}

É difícil se supor que todos os pacientes atendidos nas unidades públicas de saúde, dado o grande volume de atendimentos, tenham seus medicamentos avaliados quanto as possíveis interações medicamentosas, no entanto alguns critérios podem ser utilizados para elencar os que mais necessitam desta avaliação, aumentando a segurança do tratamento. Ser idoso, com diagnóstico de doença crônica e politerapia podem ser critérios de triagem dos pacientes que necessitariam uma atenção farmacêutica mais aprofundada nas unidades de saúde.

A maior parte das possíveis interações estava associada a um número relativamente pequeno de princípios ativos, o que já foi verificado em outras realidades e justificaria a inclusão destes medicamentos como critério para uma primeira triagem²⁵³. Cabe ressaltar que este critério a ser utilizado deveria ser definido de acordo com o perfil de utilização. Na Itália, por exemplo, o medicamento mais prescrito para hipertensão arterial foi o Ramipril²⁵⁴, cuja utilização é esporádica no Brasil.

A alta prevalência da hipertensão arterial nas populações, com maiores possibilidades de interações com anti-hipertensivos, também se configura como um critério de triagem. E a frequente associação da idade elevada e o uso de múltiplos medicamentos com internações hospitalares, sugere que todos os medicamentos utilizados pelos idosos deveriam ser avaliados cotidianamente. Também a politerapia tem sido indicada em inúmeros estudos como um excelente marcador de possíveis interações, justificando sua inclusão na lista de critérios.²⁵²

A incorporação de uma avaliação como esta contribuiria para a segurança do paciente, especialmente de idosos e hipertensos. A disponibilidade de uma base de dados com acesso gratuito, como as que foram utilizadas neste trabalho, é um dos pontos fortes para a ampliação deste uso, sobretudo nas unidades públicas de atenção básica.

Estudos de base populacional, como o presente, devem ser realizados com o intuito de identificar os principais medicamentos envolvidos nas possíveis interações em diferentes locais, contribuindo com subsídios para que os diversos serviços de saúde de atenção básica incorporem estas avaliações na sua prática cotidiana. Dada à gravidade das consequências de algumas interações estas medidas contribuiriam para a melhoria da saúde da população e da eficiência dos sistemas de saúde.

As reformas políticas, em nível municipal, destinadas a melhorar o acesso aos medicamentos incluem questões como a melhoria do processo de aquisição e fornecimento de medicamentos, formulação e implementação de listas de medicamentos essenciais, protocolos de tratamento e prescrição racional.

Mesmo com a Assistência Farmacêutica nacional, do ponto de vista Legal, consolidada como ocorre na Inglaterra, ainda observamos problemas nos municípios brasileiros semelhantes aos do Canadá e México, como os desiguais gastos *out of pocket* que comprometem o direito à saúde constitucional.

Talvez decorrente de que no Brasil, diferentemente da Inglaterra, o setor privado da saúde tenha antecedido historicamente a formulação do SUS, ainda mantemos um arranjo misto de aquisição de medicamentos. Assim, o desafio para a estruturação de uma Assistência Farmacêutica efetiva na esfera municipal, principalmente na atenção básica, começa pela conscientização, por parte dos gestores públicos, da importância da estruturação da Assistência Farmacêutica. Este trabalho pretende ser uma contribuição aos gestores municipais para a execução de possíveis reformas para a ampliação do acesso aos medicamentos.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O acesso aos medicamentos é um dos direitos sociais e pode ser decisivo para a recuperação da saúde e para o controle e prevenção de doenças. Entretanto, alguns resultados evidenciaram que existem, em Praia Grande, disparidades que necessitam atenção dos gestores públicos.

Mesmo com uma prevalência de utilização de medicamentos para o adulto semelhante à nacional, seria necessária uma análise específica sobre o acesso para os idosos do município, pela menor utilização comparativamente a outros estudos.

O SUS está promovendo o acesso aos medicamentos, principalmente para os portadores de doenças crônicas e mulheres. Este acesso reduz os gastos familiares, principalmente para as populações mais pobres. Todavia, os mais carentes comprometem proporcionalmente maior parcela da sua renda com a aquisição *out of pocket* de medicamentos. Este gasto acontece principalmente com portadores de doenças crônicas, exceto diabetes e hipertensão.

O acesso ao medicamento não sofre influência em relação ao serviço de saúde ser público ou privado, porém os gastos *out of pocket* para os beneficiários de planos de saúde são mais elevados.

Em termos de saúde da mulher faz-se importante a análise farmacoeconômica para a padronização de diferentes opções de contraceptivos hormonais no SUS, contribuindo para o planejamento familiar.

Por último, a incorporação da prática de avaliar possíveis interações medicamentosas na atenção primária, principalmente para alguns grupos de pacientes, seria uma estratégia para melhorar a qualidade da assistência farmacêutica.

8 REFERÊNCIAS

- ¹ BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Presidência da República, 1988.
- ² _____. **Lei n. 8.080 de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília
- ³ _____. **Lei n. 8.142 de 28 de dezembro de 1990**. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Brasília: Presidência da República 1990.
- ⁴ BERMUDEZ, J. A. Z.; OLIVEIRA, M. A.; LUIZA, V. L. Assistência Farmacêutica. In: GIOVANELLA, L. et al. (Org.). **Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil**. 2º. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012. cap. 21, p.657-686.
- ⁵ OLIVEIRA, M. A.; BERMUDEZ, J. A. Z.; OSÓRIO-DE-CASTRO, C. G.S. **Assistência farmacêutica e acesso a medicamentos**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007. p. 112
- ⁶ FERRI, S. M. N. et al. As tecnologias leves como geradoras de satisfação em usuários de uma unidade de saúde da família. **Interface**. Botucatu, v. 11, n.23, p. 515-529, 2007.
- ⁷ ANS. AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. **Perfil do Setor**. 2015. Disponível em: < <http://www.ans.gov.br/perfil-do-setor/dados-gerais> >. Acesso em: 14/09/2015.
- ⁸ GERSCHMAN, S. Compared supplementary healthcare policies in the context of public health systems: European Union and Brazil. **Cien Saude Colet**, v. 13, n. 5, p. 1441-51, 2008. Disponível em: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18813647> >.

- ⁹ ZASIMOVA, L. The use of medical care and out-of-pocket payments in Russia. **Scand J Public Health**, v. 44, n.5, p. 1651-1905, 2016. Disponível em: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26980731> >.
- ¹⁰ SANTOS, N. R.; AMARANTE, P. D. C. (Org.). **Gestão Pública e Relação Público Privado na Saúde**. Rio de Janeiro: Cebes, 2010. p. 324.
- ¹¹ SOUZA, R. G. D.; BODSTEIN, R. C. D. A. Inovações na intermediação entre os setores público e privado na assistência à saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 7, n.3, São Paulo, p. 481-492, 2002.
- ¹² CREMESP; CRF-SP; IDEC. **Medicamento um direito essencial**. São Paulo: 2006.
- ¹³ BRASIL. **Lei n. 12.880, de 12 de novembro de 2013**. Altera a Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, que “dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde”, para incluir tratamentos entre as coberturas obrigatórias. Brasília, DF, 2013.
- ¹⁴ BOING, A. C. et al. Access to medicines in the public sector: analysis of users of the Brazilian Unified National Health System. **Cad Saude Publica**, v. 29, n. 4, p. 691-701, 2013. Disponível em: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23568299> >.
- ¹⁵ DILÉLIO, A. S. et al. Patterns in the use of outpatient care in Brazil by patients treated through the Brazilian Unified National Health System, private health insurance, and out-of-pocket medical care. **Cad Saude Publica**, v. 30, n. 12, p. 2594-606, 2014.
- ¹⁶ ARRAIS, P. S. et al. Prevalence and determinants of medicines consumption in Fortaleza, Ceará, Brazil. **Cad Saude Publica**, v. 21, n. 6, p. 1737-46, 2005. Disponível em: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16410858> >.
- ¹⁷ MENDES, L. V. et al. Availability of medicines in primary health care facilities and related factors: a cross sectional approach. **Saúde em Debate**, v. 38, p.109-123, 2014.

- 18 KATREIN, F. et al. Inequality in Brazilian women's access to medicines for chronic diseases. **Cad Saude Publica**, v. 31, n. 7, p. 1416-26, 2015. Disponível em: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26248097> >.
- 19 PANIZ, V. M. et al. Access to continuous-use medication among adults and the elderly in South and Northeast Brazil. **Cad Saude Publica**, v. 24, n. 2, p. 267-80, 2008. Disponível em: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18278273> >.
- 20 CARVALHO, M. F. et al. Utilization of medicines by the Brazilian population, 2003. **Cad Saude Publica**, v. 21, Suppl, p. 100-8, 2005. Disponível em: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16463001> >.
- 21 BERTOLDI, A. D. et al. Medicine access and utilization in a population covered by primary health care in Brazil. **Health Policy**, v. 89, n. 3, p. 295-302, 2009. Disponível em: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18722031> >.
- 22 SOUZA, J. J. G. **Hipertensão arterial referida e uso de anti-hipertensivos em adultos na cidade de São Paulo, 2003**. Mestrado. Universidade de São Paulo, São Paulo, 2006.
- 23 COELHO, I. B. Democracy without equity: analysis of health reform and nineteen years of National Health System in Brazil. **Cien Saude Colet**, v. 15, n. 1, p. 171-83, 2010. Disponível em: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20169244> >.
- 24 AZIZ, M. M. et al. Prevalence and factors associated with access to medication among the elderly in a city in southern Brazil: a population-based study. **Cad Saude Publica**, v. 27, n. 10, p. 1939-50, 2011. Disponível em: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22031198> >.
- 25 RIBEIRO, M. C. S. A. et al. Perfil sociodemográfico e padrão de utilização de serviços de saúde para usuários e não-usuários do SUS - PNAD 2003. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, p. 1011-1022, 2006. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232006000400022&lng=en&nrm=iso >.

- 26 BERTOLDI, A. D. et al. Household expenditures for medicines and the role of free medicines in the Brazilian public health system. **Am J Public Health**, v. 101, n. 5, p. 916-21, 2011. Disponível em: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20724692> >.
- 27 WHO. WORLD HEALTH ORGANIZATION. **WHO Guideline on Country Pharmaceutical Pricing Policies**. Geneva, Switzerland, p.123. 2015
- 28 IBGE. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Pesquisa de Orçamentos Familiares. 2008-2009. Despesas, Rendimento e Condições de Vida**. Rio de Janeiro. 2010
- 29 MCLEOD, L. et al. Financial burden of household out-of-pocket expenditures for prescription drugs: cross-sectional analysis based on national survey data. **Open Med**, v. 5, n. 1, p. e1-9, 2011. Disponível em: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22046212> >.
- 30 SAMBAMOORTHY, U.; SHEA, D.; CRYSTAL, S. Total and out-of-pocket expenditures for prescription drugs among older persons. **Gerontologist**, v. 43, n. 3, p. 345-59, 2003. Disponível em: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12810898> >.
- 31 AALTONEN, K. et al. Trends and income related differences in out-of-pocket costs for prescription and over-the-counter medicines in Finland from 1985 to 2006. **Health Policy**, v. 110, n. 2-3, p. 131-40, 2013. Disponível em: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23375359> >.
- 32 KEMP, A. et al. How much do we spend on prescription medicines? Out-of-pocket costs for patients in Australia and other OECD countries. **Aust Health Rev**, v. 35, n. 3, p. 341-9, Aug 2011. ISSN 0156-5788. Disponível em: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21871197> >.
- 33 PANIZ, V. M. et al. Free access to hypertension and diabetes medicines among the elderly: a reality yet to be constructed. **Cad Saude Publica**, v. 26, n. 6, p. 1163-74, 2010. Disponível em: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20657981> >.

- 34 TEDIOSI, F. et al. Access to medicines and out of pocket payments for primary care: evidence from family medicine users in rural Tajikistan. **BMC Health Serv Res**, v. 8, p. 109, 2008. Disponível em: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18500995> >.
- 35 PREFEITURA MUNICIPAL DO GUARUJÁ. Diário Oficial de 21 de julho de 2015. Guarujá, 2015. Acesso em: setembro, 2015.
- 36 A TRIBUNA. Cidades da Baixada Santista restringem fornecimento de medicamentos. Santos, 2015. Disponível em: < <http://www.atribuna.com.br/noticias/noticias-detalle/cidades/cidades-da-baixada-santista-restringem-fornecimento-de-medicamentos/?cHash=95cd47e135f00a45cf2cf639c59af50f> >. Acesso em: setembro, 2015.
- 37 BRASIL. **Decreto n. 7508 de 28 de junho de 2011**. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Brasília 2011.
- 38 VIEIRA, F. S. Assistência farmacêutica no sistema público de saúde no Brasil. **Rev Panam Salud Publica**, v. 27, n. 2, p. 149-156, 2010.
- 39 COSENDEY, M. A. et al. Pharmaceutical care in primary health care: the experience of 3 Brazilian States. **Cad Saude Publica**, v. 16, n. 1, p. 171-82, 2000. Disponível em: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10738162> >.
- 40 MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Relação de Medicamentos Essenciais. RENAME 2014**. Brasília, DF, 2015, 230 p.
- 41 _____. **Política Nacional de Medicamentos**. Brasília, p.40. 2001

- 42 LAING, R. et al. 25 years of the WHO essential medicines lists: progress and challenges. **Lancet**, v. 361, n. 9370, p. 1723-9, 2003. Disponível em: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12767751> >.
- 43 PURGATO, M.; BARBUI, C. What is the WHO essential medicines list? **Epidemiol Psychiatr Sci**, v. 21, n. 4, p. 343-5, 2012. Disponível em: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22846155> >.
- 44 HOGERZEIL, H. V. The concept of essential medicines: lessons for rich countries. **BMJ**, v. 329, n. 7475, p. 1169-72, 2004. Disponível em: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15539676> >.
- 45 KAR, S. S.; PRADHAN, H. S.; MOHANTA, G. P. Concept of essential medicines and rational use in public health. **Indian J Community Med**, v. 35, n. 1, p. 10-3, 2010. Disponível em: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20606912> >.
- 46 HAM, R. V. D.; BERO, L.; LAING, R. **The World Medicines Situation 2011. Selection of essential medicines**. Geneva: World Health Organization 2011.
- 47 SCHRAMM; J. M. A. et al. Epidemiological transition and the study of burden of disease in Brazil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 9, n.4, p. 897-908, 2004.
- 48 REIDENBERG, M. M. Can the selection and use of essential medicines decrease inappropriate drug use? **Clin Pharmacol Ther**, v. 85, n. 6, p. 581-3, 2009. Disponível em: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19451911> >.
- 49 MAGARINOS-TORRES, R. et al. Essential medicines and the selection process in management practices of pharmaceutical services in Brazilian states and municipalities. **Cien Saude Colet**, v. 19, n. 9, p. 3859-68, 2014. Disponível em: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25184591> >.
- 50 MAGARINOS-TORRES, R. E. A. Essential medicines and the selection process in management practices of pharmaceutical services in Brazilian states and municipalities. **Cien Saude Colet**, v. 19, n. 9, p. 3859-68, 2014. Disponível em: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25184591> >.

- 51 QUICK, J. D. et al. Twenty-five years of essential medicines. **Bull World Health Organ**, v. 80, n. 11, p. 913-4, 2002. Disponível em: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12481216> >.
- 52 WHO. WORLD HEALTH ORGANIZATION. **How to develop and implement a national drug policy. Updates and replaces Guidelines for Developing National Drug Policies, 1988.** Geneva, p.83. 2001
- 53 BRASIL. **Incentivo à Assistência Farmacêutica Básica: o que é e como funciona.** Ministério da Saúde. Brasília, p.40. 2001.
- 54 _____. **Portaria n 204, de 29 de janeiro de 2007.** Regulamenta o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde, na forma de blocos de financiamento, com o respectivo monitoramento e controle. Brasília, DF, 2007.
- 55 _____. **Incentivo à Assistência farmacêutica Básica: o que é e como funciona.** Ministério da Saúde. Brasília, p.40. 2001
- 56 OLIVEIRA, L. C.; ASSIS, M. M.; BARBONI, A. R. Pharmaceutical assistance in the basic units of health: from the national drug policy to the basic attention to health. **Cien Saude Colet**, v. 15, Suppl 3, p. 3561-7, 2010. Disponível em: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21120344> >.
- 57 BRASIL. **Programa Farmácia Popular do Brasil: manual básico.** Brasília, DF, 2005.
- 58 _____. **Portaria nº 971, de 15 de maio de 2012.** Dispõe sobre o Programa Farmácia Popular do Brasil. Brasília, DF, 2012.
- 59 MALUF, E. Drugs Price Control. **Revista de Direito Sanitário**, v. 12, p. 67-84. 2011.

- 60 IMS HEALTH. **Global Outlook for Medicines Through 2018**. NJ, USA. 2014
- 61 GIOVANELLA, L. et al. **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. 2. Rio de Janeiro: 2012. 1100
- 62 ESS, S. M.; SCHNEEWEISS, S.; SZUCS, T. D. European healthcare policies for controlling drug expenditure. **Pharmacoeconomics**, v. 21, n. 2, p. 89-103, 2003. Disponível em: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12515571> >.
- 63 AASERUD, M. et al. Pharmaceutical policies: effects of reference pricing, other pricing, and purchasing policies. **Cochrane Database Syst Rev**, v. 19, n. 2, 2006. Disponível em: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16625648> >.
- 64 HÅKONSEN, H.; HORN, A. M.; TOVERUD, E. L. Price control as a strategy for pharmaceutical cost containment - what has been achieved in Norway in the period 1994-2004? **Health Policy**, v. 90, n. 2-3, p. 277-85, 2009. Disponível em: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19042052> >.
- 65 BRASIL. **Lei nº 10.742 de 6 de outubro de 2003**. Define normas de regulação para o setor farmacêutico, cria a Câmara de Regulação do Mercado de Medicamentos - CMED e altera a Lei nº 6.360, de 23 de setembro de 1976, e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 2003.
- 66 _____. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Resolução CMED nº4, de 18 de dezembro de 2006**. Dispõe sobre o Coeficiente de Adequação de Preços - CAP, sua aplicação, e altera a Resolução CMED nº. 2, de 5 de março de 2004. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 2006.
- 67 _____. **Resolução nº 04, de 12 de março de 2015**. Dispõe sobre a forma de definição do Preço Fabricante (PF) e do Preço Máximo ao Consumidor (PMC) dos medicamentos em 31 de março de 2015, estabelece a forma de apresentação do Relatório de Comercialização à Câmara de Regulação do Mercado de Medicamentos - CMED, disciplina a publicidade dos preços dos produtos farmacêuticos e define as margens de comercialização para esses produtos. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 2015.

- 68 VIEIRA, F. S.; ZUCCHI, P. Resource allocation for pharmaceutical procurement in the Brazilian Unified Health System. **Rev Saude Publica**, v. 45, n. 5, p. 906-13, 2011. Disponível em: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21808832> >.
- 69 BRASIL. **Lei n 9.787 de 10 de fevereiro de 1999**. Altera a Lei nº 6.360, de 23 de setembro de 1976, que dispõe sobre a vigilância sanitária, estabelece o medicamento genérico, dispõe sobre a utilização de nomes genéricos em produtos farmacêuticos e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 1999.
- 70 WERTHEIMER, A. I.; SANTELLA, T. M. Innovation and the WHO's essential medicines list: giving credit where credit is due. **Res Social Adm Pharm**, v. 3, n. 1, p. 137-44, 2007. Disponível em: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17350562> >.
- 71 RODRIGUES, W. C.; SOLER, O. Compulsory licensing of efavirenz in Brazil in 2007: contextualization. **Rev Panam Salud Publica**, v. 26, n. 6, p. 553-9, 2009. Disponível em: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20107711> >.
- 72 REICHMAN, J. H. Comment: compulsory licensing of patented pharmaceutical inventions: evaluating the options. **J Law Med Ethics**, v. 37, n. 2, p. 247-63, 2009. Disponível em: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19493070> >.
- 73 ARAÚJO, L. U. et al. Generic drugs in Brazil: historical overview and legislation. **Rev Panam Salud Publica**, v. 28, n. 6, p. 480-92, 2010. Disponível em: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21308175> >.
- 74 CARRIN, G.; EVANS, D.; XU, K. Designing health financing policy towards universal coverage. **Bull World Health Organ**, v. 85, n. 9, p. 652, 2007. Disponível em: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18026615> >.
- 75 VIEIRA, F. S.; ZUCCHI, P. Financing of Pharmaceutical Services in Brazilian Public Health System. **Saúde e Sociedade**, v. 22, p. 73-84, 2013.

- 76 BRASIL. **Resolução nº 338, de 06 de maio de 2004.** Aprova a política nacional de assistência farmacêutica. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004.
- 77 PETERS, D. H. et al. Poverty and access to health care in developing countries. **Ann N Y Acad Sci**, v. 1136, p. 161-71, 2008. Disponível em: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17954679> >.
- 78 BRASIL. **Fórum de Competitividade da Cadeia Produtiva Farmacêutica 2003-2006: O Desafio de Prosseguir.** MINISTÉRIO DA SAÚDE. Brasília, DF, 2007.
- 79 REIS, A. M.; PERINI, E. Drug shortage: determinants, consequences and management. **Cien Saude Colet**, v. 13 Suppl, p. 603-10, 2008. Disponível em: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21936164> >.
- 80 MACHLINE; MACHLINE, C.; AMARAL JR., J. B. C. Avanços logísticos no varejo nacional: o caso das redes de farmácias. **Revista de Administração de Empresas**, v. 38, n.4, p. 63-71, 1998.
- 81 EMMERICK, I. C. et al. Barriers in household access to medicines for chronic conditions in three Latin American countries. **Int J Equity Health**, v. 14, n. 1, p. 115, 2015. Disponível em: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26521237> >.
- 82 MARCHILDON, G. Canada: Health system review. **Health Syst Transit**, v. 15, n. 1, p. 1-179, 2013. Disponível em: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23628429> >.
- 83 MORGAN, S. G.; DAW, J. R. Canadian pharmacare: looking back, looking forward. **Healthc Policy**, v. 8, n. 1, p. 14-23, 2012. Disponível em: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23968600> >.
- 84 POMEY, M. P. et al. Do provincial drug benefit initiatives create an effective policy lab? The evidence from Canada. **J Health Polit Policy Law**, v. 35, n. 5, p. 705-42, 2010. Disponível em: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21123668> >.

- 85 MARCHILDON, G. P. The public/private debate in the funding, administration and delivery of healthcare in Canada. **Healthc Pap**, v. 4, n. 4, p. 61-8; discussion 80-4, 2004. Disponível em: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15201531> >.
- 86 OLIVER, T. R. Dynamics without change: the new generation. **J Health Polit Policy Law**, v. 25, n. 1, p. 225-32, 2000. Disponível em: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10804481> >.
- 87 MORGAN, S. G.; BARER, M. L.; AGNEW, J. D. Whither seniors' pharmacare: lessons from (and for) Canada. **Health Aff (Millwood)**, v. 22, n. 3, p. 49-59, 2003. Disponível em: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12757272> >.
- 88 ANIS, A. H.; GUH, D.; WANG XH. A dog's breakfast: prescription drug coverage varies widely across Canada. **Med Care**, v. 39, n. 4, p. 315-26, 2001. Disponível em: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11329519> >.
- 89 ANIS, A. H. Pharmaceutical policies in Canada: another example of federal-provincial discord. **CMAJ**, v. 162, n. 4, p. 523-6, 2000. Disponível em: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10701389> >.
- 90 DAW, J. R.; MORGAN, S. G. Stitching the gaps in the Canadian public drug coverage patchwork?: a review of provincial pharmacare policy changes from 2000 to 2010. **Health Policy**, v. 104, n. 1, p. 19-26, 2012. Disponível em: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21978939> >.
- 91 LAW, M. R. et al. The effect of cost on adherence to prescription medications in Canada. **CMAJ**, v. 184, n. 3, p. 297-302, 2012. Disponível em: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22249979> >.
- 92 DEMERS, V. et al. Comparison of provincial prescription drug plans and the impact on patients' annual drug expenditures. **CMAJ**, v. 178, n. 4, p. 405-9, 2008. Disponível em: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18268266> >.

- 93 GROOTENDORST, P.; BOUCHARD, R.; HOLLIS, A. Canada's laws on pharmaceutical intellectual property: the case for fundamental reform. **CMAJ**, v. 184, n. 5, p. 543-9, 2012. Disponível em: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22065362> >.
- 94 LEONG, V. W. et al. Registration for public drug benefits across areas of differing ethnic composition in British Columbia, Canada. **BMC Health Serv Res**, v. 10, p. 171, 2010. Disponível em: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20565754> >.
- 95 HUSEREAU, D. et al. Evolution of drug reimbursement in Canada: the Pan-Canadian Pharmaceutical Alliance for new drugs. **Value Health**, v. 17, n. 8, p. 888-94, 2014. Disponível em: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25498784> >.
- 96 MILLIKEN, D. et al. Comparison of drug coverage in Canada before and after the establishment of the pan-Canadian Pharmaceutical Alliance. **BMJ Open**, v. 5, n. 9, p. e008100, 2015. Disponível em: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26341583> >.
- 97 KRATZER, J. et al. The Impact of Private Insurance Coverage on Prescription Drug Use in Ontario, Canada. **Healthc Policy**, v. 10, n. 4, p. 62-74, 2015. Disponível em: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26142359> >.
- 98 TANAKA, O. Y.; OLIVEIRA, V. E. Reforma (s) e estruturação do sistema de saúde britânico: lições para o SUS. **Saúde e Sociedade**, v. 16, n.1, p.7-17, 2007.
- 99 KOEN, V. Public Expenditure Reform. The health care sector in the United Kingdom. **OECD Publishing**, n.256, 31 p., 2000.
- 100 HSE. Health Service Executive . **Report of the quality and safety clinical governance development initiative: Sharing our learning**. 45 p., 2014.
- 101 RÊGO, E. C. L. Políticas de Regulação de Medicamentos: A Experiência Internacional. **Revista do BNDS**, v.7, n.14, p.367-400, 2000.

- 102 WALLEY, T.; MRAZEK, M.; MOSSIALOS, E. Regulating pharmaceutical markets: improving efficiency and controlling costs in the UK. **Int J Health Plann Manage**, v. 20, n. 4, p. 375-98, 2005 Disponível em: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16335083> >.
- 103 FINANCE AND NSH. **The Pharmaceutical Prices Regulation Scheme 2014**. 2013. Disponível em: < <https://www.gov.uk/government/publications/pharmaceutical-price-regulation-scheme-2014>>
- 104 CONASS. CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE. **O desafio do acesso a medicamentos nos sistemas públicos de saúde**. Relatório do seminário internacional de assistência farmacêutica do CONASS, realizado em 15 e 16 de junho de 2009, Brasília, DF, p.108. 2010.
- 105 NHS LA - National Health System Litigation Authority. 2014. Disponível em: < <http://www.nhs.uk/AboutUs/Pages/Home.aspx> >. Acesso em: 15-05-2014.
- 106 NOYCE, P. Governance and the pharmaceutical workforce in England. **Res Social Adm Pharm**, v. 2, n. 3, p. 408-19, 2006. Disponível em: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17138523> >.
- 107 GAKIDOU, E. et al. Assessing the effect of the 2001-06 Mexican health reform: an interim report card. **Lancet**, v. 368, n. 9550, p. 1920-35, 2006. Disponível em: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17126725> >.
- 108 LÓPEZ-CERVANTES, M.; DURÁN ARENAS, J. L.; VILLANUEVA LOZANO, M. The need of transforming the health system in Mexico. **Gac Med Mex**, v. 147, n. 6, p. 469-74, 2011. Disponível em: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22116176> >.
- 109 FRENK, J. et al. Comprehensive reform to improve health system performance in Mexico. **Lancet**, v. 368, n. 9546, p. 1524-34, 2006. Disponível em: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17071286> >.

- 110 KNAUL, F. M. et al. The quest for universal health coverage: achieving social protection for all in Mexico. **Lancet**, v. 380, n. 9849, p. 1259-79, 2012. Disponível em: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22901864> >.
- 111 JUAN, M. et al. Universal Coverage of Health Services in Mexico. **Salud Publica Mex**, v. 55, n. spe, p. 1-64, 2013. Disponível em: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24570037> >.
- 112 FRENK, J. Bridging the divide: global lessons from evidence-based health policy in Mexico. **Lancet**, v. 368, n. 9539, p. 954-61, 2006. Disponível em: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16962886> >.
- 113 KNAUL, F. M. et al. Evidence is good for your health system: policy reform to remedy catastrophic and impoverishing health spending in Mexico. **Lancet**, v. 368, n. 9549, p. 1828-41, 2006. Disponível em: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17113432> >.
- 114 KING, G. et al. A "politically robust" experimental design for public policy evaluation, with application to the Mexican universal health insurance program. **J Policy Anal Manage**, v. 26, n. 3, p. 479-506, 2007. Disponível em: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17633445> >.
- 115 GALÁRRAGA, O. et al. Health insurance for the poor: impact on catastrophic and out-of-pocket health expenditures in Mexico. **Eur J Health Econ**, v. 11, n. 5, p. 437-47, 2010. Disponível em: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19756796> >.
- 116 CHERTORIVSKI-WOLDENBERG, S. Seguro popular: achievements and perspectives. **Gac Med Mex**, v. 147, n. 6, p. 487-96, 2011. Disponível em: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22116179> >.
- 117 GARCÍA-JUNCO MACHADO, D. Evolution of the health system in Mexico. **Gac Med Mex**, v. 148, n. 6, p. 518-24, 2012. Disponível em: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23254710> >.

- 118 GONZÁLEZ-PIER, E. et al. Priority setting for health interventions in Mexico's System of Social Protection in Health. **Lancet**, v. 368, n. 9547, p. 1608-18, 2006. Disponível em: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17084761> >.
- 119 SECRETARIA DE SALUD. **Hacia una política farmacéutica integral para o México**. p. 48, 2005.
- 120 FRENK, J.; GÓMEZ-DANTÉS, O.; KNAUL, F. M. The democratization of health in Mexico: financial innovations for universal coverage. **Bull World Health Organ**, v. 87, n. 7, p. 542-8, 2009. Disponível em: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19649369> >.
- 121 GÓMEZ DANTÉS, O. et al. The health system of Mexico. **Salud Publica Mex**, v. 53 Suppl 2, p. s220-32, 2011. Disponível em: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21877087> >.
- 122 MURAYAMA-RENDÓN, C. Acquisition of medicines in the Seguro Popular: inefficiency and inequity. **Gac Med Mex**, v. 147, n. 6, p. 497-503, 2011. Disponível em: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22116180> >.
- 123 CENTRO DE ESTUDIOS DE LAS FINANZAS PÚBLICAS. **Plan Nacional de Desarrollo 2007-2012, Escenarios, Programas e Indicadores**. 323 p. 2007.
- 124 WIRTZ, V. J.; DRESER, A.; HEREDIA-PI, I. Challenges and opportunities for the development of a national pharmaceutical policy in México. **Salud Publica Mex**, v. 55, n. 3, p. 329-36, 2013. Disponível em: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23912546> >.
- 125 LÓPEZ-MORENO, S. et al. Organization of the drug supply chain in state health services: potential consequences of the public-private mix. **Salud Publica Mex**, v. 53 Suppl 4, p. 445-57, 2011. Disponível em: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22282207> >.

- 126 GÓMEZ-DANTÉS, O. et al. Drug supplies in primary care units at the Ministry of Health in Mexico. **Salud Publica Mex**, v. 43, n. 3, p. 224-32, 2001. Disponível em: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11452699> >.
- 127 WIRTZ, V. J. et al. Medicines in Mexico, 1990-2004: systematic review of research on access and use. **Salud Publica Mex**, v. 50 Suppl 4, p. S470-9, 2008. Disponível em: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19082258> >.
- 128 ESTADOS UNIDOS MEXICANOS. **Plan National de Desarrollo 2013-2018**. 138 p. ,2014.
- 129 MOTA, D. M. et al. Uso racional de medicamentos: uma abordagem econômica para a tomada de decisões. **Ciência e Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro. v.13, suppl., 589-601 p. 2008.
- 130 GÓMEZ-DANTÉS, O. et al. A new entity for the negotiation of public procurement prices for patented medicines in Mexico. **Bull World Health Organ**, v. 90, n. 10, p. 788-92, 2012. Disponível em: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23109747> >.
- 131 GRANADOS-COSME, J. A. et al. A qualitative approach to drug supply in Mexico: evaluation in the services for population with no medical insurance. **Salud Publica Mex**, v. 53, Suppl 4, p. 458-69, 2011. Disponível em: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22282208> >.
- 132 PÉREZ-CUEVAS, R. et al. Effects of the expansion of doctors' offices adjacent to private pharmacies in Mexico: secondary data analysis of a national survey. **BMJ Open**, v. 4, n. 5, p. e004669, 2014. Disponível em: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24852298> >.
- 133 ANDRADE, M. M. B. et al. Farmacoepidemiologia de antihipertensivos no município de Praia Grande, São Paulo. **Saúde e Sociedade**, v. 22, 2013.
- 134 LOPES, E. Z. **A implantação do programa da saúde da família no município de Praia Grande, Região Metropolitana da Baixada Santista**. 2005. (Mestrado).

Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Católica de Santos, Santos.

- 135 RENO, B. F. **Avaliação da Assistência à Gestante em Praia Grande**. 2008. (Mestrado). Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Católica de Santos, Santos.
- 136 VIEIRA, M. R.; LORANDI, P. A.; BOUSQUAT, A. Assessment of pharmaceutical care for pregnant women treated in the public health system in Praia Grande, São Paulo State, Brazil. **Cad Saude Publica**, v. 24, n. 6, p. 1419-28, 2008. Disponível em: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18545767> >.
- 137 SEADE. Portal de Estatísticas do Estado de São Paulo. 2015. Disponível em: < <http://www.seade.gov.br/> >. Acesso em: setembro, 2015.
- 138 BRICKS, L. F.; LEONE, C. Use of medicines by children attending nursery schools. **Rev Saude Publica**, v. 30, n. 6, p. 527-35, 1996. Disponível em: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9302822> >.
- 139 GUALANO, M. R. et al. Use of self-medication among adolescents: a systematic review and meta-analysis. **Eur J Public Health**, v. 25, n. 3, p. 444-50, 2015. Disponível em: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25479758> >.
- 140 KISH, L. **Survey Sampling**. New York: 1965.
- 141 SILVA, N. N. **Amostragem Probabilística: um curso introdutório**, 2º ed. São Paulo, Edusp, 2001.
- 142 ABEP. Critério de Classificação Econômica Brasil. Dados com Base no Levantamento Sócio Econômico 2011, 2012. Disponível em: < www.abep.org >. Acesso em: agosto, 2013.

- 143 LANDRY, J. A. et al. Validation of two methods of data collection of self-reported medicine use among the elderly. **Gerontologist**, v. 28, n. 5, p. 672-6, 1988. Disponível em: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/3229653> >.
- 144 ANVISA. AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. **Lista de Preços de Medicamentos. Preço Fábrica e Preço Máximo ao Consumidor**, 2012.
- 145 BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Programa Farmácia Popular do Brasil. Manual de Informações às Unidades Credenciadas. Sistema de co-pagamento**, 2º ed., Brasília, DF., 2008.
- 146 _____. **Formulário Terapêutico Nacional. Rename 2010**. 2º ed., Brasília, D.F., 1135 p. 2010.
- 147 WHO. WORLD HEALTH ORGANIZATION. **ATC / DDC Index**, Oslo, 2013. Disponível em: < http://www.whocc.no/atc_ddd_index/ >.
- 148 HUNT, P.; KHOSLA, R. The human right to medicines. **Revista Internacional de Direitos Humanos**, v. 5, p. 100-21, 2008.
- 149 BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Assistência farmacêutica na atenção básica: instruções técnicas para sua organização**. Brasilia, DF, 2006.
- 150 _____. **O DATASUS. Informações de Saúde**. Disponível em: < <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=02> >
- 151 MACINKO, J.; MATTHEW, J.; HARRIS, M. B. Brazil's Family Health Strategy. Delivery community-based primary care in a Universal Health System. **The New England Journal of Medicine**. Massachussets, v. 372, p. 2177-2181, 2015.

- 152 CANABARRO, I. M.; HAHN, S. Overview of Pharmaceutical Care at a Family Health Units in a Town in the Countryside of Rio Grande do Sul State. **Epidemiol. Serv. Saúde**. Brasília, v. 18, p. 345-55, 2009.
- 153 COSTA, K. S. Utilização de medicamentos e fatores associados: um estudo de base populacional no município de Campinas, São Paulo, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro., v.27, n.4, 2011.
- 154 VOSGERAU, M. Z. et al. Consumption of medicines by adults within an area covered by a family health unit. **Cien Saude Colet**, v. 16, Suppl 1, p. 1629-38, 2011. Disponível em: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21503515> >.
- 155 BERTOLDI, A. D. et al. Drug utilization in adults: prevalence and individuals determinants. **Rev Saude Publica**, v. 38, n. 2, p. 228-38, 2004. Disponível em: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15122379> >.
- 156 VILARINO, J. F. et al. Self-medication profile in a city of south Brazil. **Rev Saude Publica**, v. 32, n. 1, p. 43-9, 1998. Disponível em: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9699344> >.
- 157 MALTA, D. C. et al. Health care among adults with self-reported diabetes mellitus in Brazil, National Health Survey, 2013. **Rev Bras Epidemiol**, v. 18 Suppl 2, p. 17-32, 2015. Disponível em: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27008600> >.
- 158 TAVARES, N. U. L. et al. Uso de medicamentos para tratamento de doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: resultados da Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**. Brasília, v. 24, n.2, p.315-323, 2015.
- 159 PANIZ, V. M. et al. Access to medicines prescribed for acute health conditions in adults in South and Northeast Brazil. **Cad Saude Publica**, v. 32, n. 4, p. e00009915, 2016. Disponível em: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27096295> >.

- 160 ROZENFELD, S. Prevalence, associated factors, and misuse of medication in the elderly: a review. **Cad Saude Publica**, v. 19, n. 3, p. 717-24, 2003. Disponível em: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12806474> >.
- 161 DOOCY, S. et al. Health service utilization and access to medicines among Syrian refugee children in Jordan. **Int J Health Plann Manage**, v. 31, n. 1, p. 97-112, 2016. Disponível em: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26799158> >.
- 162 TUNA, S.; DIZDAR, O.; CALIS, M. The prevalence of usage of herbal medicines among cancer patients. **J BUON**, v. 18, n. 4, p. 1048-51, 2013. Disponível em: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24344037> >.
- 163 COSTA, K. S. et al. Use and sources of medicines: a population-based study in Campinas, São Paulo State, Brazil. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 32, n.1, 2016.
- 164 PANIZ, V. M. et al. Measuring access to medicines: a review of quantitative methods used in household surveys. **BMC Health Serv Res**, v. 10, p. 146, 2010. Disponível em: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20509960> >.
- 165 DAL PIZZOL, T. S. et al. Uso de medicamentos entre idosos residentes em áreas urbanas e rurais de município no Sul do Brasil: um estudo de base populacional. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 28, n.1, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2012000100011&lng=en&nrm=iso>
- 166 FLORES, V. B.; BENVEGNÚ, L. A. Use of medicines by the elderly in Santa Rosa, Rio Grande do Sul State, Brazil. **Cad Saude Publica**, v. 24, n. 6, p. 1439-46, 2008. Disponível em: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18545769> >.
- 167 LOYOLA FILHO, A. I.; UCHOA, E.; LIMA-COSTA, M. F. A population-based study on use of medication by the elderly in Greater Metropolitan Belo Horizonte, Minas Gerais, Brazil. **Cad Saude Publica**, v. 22, n. 12, p. 2657-67, 2006. Disponível em: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17096044> >.

- 168 MARIN, M. J. et al. Use of medicines by the elderly in a Family Health Program unit in Brazil. **Cad Saude Publica**, v. 24, n. 7, p. 1545-55, 2008. Disponível em: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18670678> >.
- 169 NEVES, S. J. et al. Epidemiology of medication use among the elderly in an urban area of Northeastern Brazil. **Rev Saude Publica**, v. 47, n. 4, p. 759-67; discussion 768, 2013. Disponível em: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24346667> >.
- 170 RIBEIRO, A. Q. et al. Survey on medicine use by elderly retirees in Belo Horizonte, Southeastern Brazil. **Rev Saude Publica**, v. 42, n. 4, p. 724-32, 2008. Disponível em: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18488101> >.
- 171 BIGDELI, M. et al. Access to medicines from a health system perspective. **Health Policy Plan**, v. 28, n. 7, p. 692-704, 2013. Disponível em: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23174879> >.
- 172 LUZ, T. C.; DE LOYOLA FILHO, A. I.; LIMA-COSTA, M. F. A population-based study on cost-related underuse of medicines by the elderly in Greater Metropolitan Belo Horizonte, Minas Gerais State, Brazil. **Cad Saude Publica**, v. 25, n. 7, p. 1578-86, 2009. Disponível em: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19578579> >.
- 173 VERAS, R.; PARAHYBA, M. I. Anachronic health care models for the elderly: challenges for the private sector. **Cad Saude Publica**, v. 23, n. 10, p. 2479-89, 2007. Disponível em: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17891307> >.
- 174 BRASIL. **Lei 10.741 de 1 de outubro de 2003**. Dispõe sobre o estatuto do idoso e dá outras providências. Brasília, DF, 2003.
- 175 BRASIL. **Portaria n. 702 de 12 de abril de 2002**. Dispõe sobre a criação de mecanismos para a organização e implantação de Redes Estaduais de Assistência à Saúde do Idoso. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 2002.

- 176 HEISLER, M. et al. The health effects of restricting prescription medication use because of cost. **Med Care**, v. 42, n. 7, p. 626-34, 2004. Disponível em: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15213486> >.
- 177 SAFRAN, D. G. et al. Prescription drug coverage and seniors: findings from a 2003 national survey. **Health Aff (Millwood)**, v. Suppl Web Exclusives, p. W5-152-W5-166, 2005 Jan-Jun 2005. Disponível em: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15840625> >.
- 178 MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Sistema de Indicadores de Saúde e Acompanhamento de Políticas do Idoso (SISAP)**. Brasília, DF, 2010. Disponível em: < <http://www.saudeidoso.iciet.fiocruz.br/>
- 179 VIANA, K. P. et al. Access to continued-use medication among older adults, Brazil. **Rev Saude Publica**, v. 49, p. 14, 2015. ISSN 1518-8787. Disponível em: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25741646> >.
- 180 GALVÃO, T. F. **Consumo de medicamentos por adultos. Prevalência no Brasil e no Distrito Federal**. 2013. (Doutorado). Ciências da Saúde, Universidade de Brasília, Brasília.
- 181 WHO. WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Gender, Women and Health in Headquarters and Regional Offices**. Department of Gender, Women and Health. Switzerland. 2004-2005
- 182 BAGHDADI, G. Gender and medicines: an international public health perspective. **J Womens Health (Larchmt)**, v. 14, n. 1, p. 82-6, 2005. Disponível em: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15692282> >.
- 183 WAGNER, A. K. et al. Need for and access to health care and medicines: are there gender inequities? **PLoS One**, v. 8, n. 3, p. e57228, 2013. Disponível em: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23505420> >.

- 184 INSTITUTO POLIS. **Litoral sustentável. Desenvolvimento com inclusão social. Resumo executivo de Praia Grande.** 2012
- 185 ARRUDA, G. O.; MARCON, S. S. Inquérito sobre a utilização dos serviços de saúde por homens adultos: prevalências e fatores associados. **Revista Latino-Americana de Enfermagem.** v. 24, e2685. Ribeirão Preto, São Paulo, 2016.
- 186 PEREIRA, J. C.; BARRETO, S. M.; PASSOS, V. M. Cardiovascular risk profile and health self-evaluation in Brazil: a population-based study. **Rev Panam Salud Publica,** v. 25, n. 6, p. 491-8, 2009. Disponível em: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19695143> >.
- 187 RAMOS, L. et al. Profile of the elderly in a metropolitan area of southeastern Brazil: results of a domiciliary survey. **Rev Saude Publica,** v. 27, n. 2, p. 87-94, 1993. Disponível em: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8278785> >.
- 188 CODOGNO, J. S. et al. Comparação de gastos com serviços de atenção básica à saúde de homens e mulheres em Bauru, São Paulo, 2010. **Epidemiologia e Serviços de Saúde.** Brasília, v. 24, p.115-122, 2015.
- 189 BRASIL. **Portaria n. 184, de 3 de fevereiro de 2011.** Dispõe sobre o Programa Farmácia Popular do Brasil. Brasília, DF, 2011.
- 190 _____. SAGE. Sala de apoio à gestão estratégica. Ministério da Saúde. 2016. Disponível em: < <http://sage.saude.gov.br/#> >. Acesso em: 10 de maio de 2016.
- 191 DOMINGUES, P. H. et al. Prevalence of self-medication in the adult population of Brazil: a systematic review. **Rev Saude Publica,** v. 49, p. 36, 2015. Disponível em: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26083944> >.
- 192 BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria GM no 371, de 4 de março de 2002.** Institui o Programa Nacional de Assistência Farmacêutica para Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus, parte integrante do Plano Nacional de Reorganização da Atenção a Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus. Brasília, DF, 2002.

- 193 CESSE, E. A. P. **Epidemiologia e Determinantes Sociais das Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil**. (Doutorado). Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães. Fundação Oswaldo Cruz, Recife. 296 p., 2007.
- 194 WHO. WORLD HEALTH ORGANIZATION. **GLOBAL STATUS REPORT. On noncommunicable diseases 2014**. “Attaining the nine global noncommunicable diseases targets; a shared responsibility”. Suíça, p.302. 2014
- 195 ALWAN, A. et al. Monitoring and surveillance of chronic non-communicable diseases: progress and capacity in high-burden countries. **Lancet**, v. 376, n. 9755, p. 1861-8, 2010. Disponível em: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21074258> >.
- 196 SCHMIDT, M. I. et al. Chronic non-communicable diseases in Brazil: burden and current challenges. **Lancet**, v. 377, n. 9781, p. 1949-61, 2011. Disponível em: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21561658> >.
- 197 BERSUSA, A. A. et al. Access of hypertension and/or diabetes patients to healthcare services in Baixada Santista. **Rev Bras Epidemiol**, v. 13, n. 3, p. 513-22, 2010. Disponível em: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20857037> >.
- 198 DUNCAN, B. B. et al. Chronic non-communicable diseases in Brazil: priorities for disease management and research. **Rev Saude Publica**, v. 46, Suppl 1, p. 126-34. 2012.
- 199 WHO. WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global report on diabetes**. França, p.87. 2016
- 200 ROSA, T. E. C. et al. Integralidade da atenção às doenças cardiovasculares e diabetes mellitus: o papel da regionalização do Sistema Único de Saúde no estado de São Paulo. **Revista Brasileira de Epidemiologia**. São Paulo. v. 12, p. 158-71, 2009.

- 201 _____ . **O DATASUS. Informações de Saúde.** Disponível em: <
http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=02>
- 202 BERSUSA, A. A. et al. Access of hypertension and/or diabetes patients to healthcare services in Baixada Santista. **Rev Bras Epidemiol**, v. 13, n. 3, p. 513-22, 2010. Disponível em: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20857037> >.
- 203 BARDEL, A.; WALLANDER, M. A.; SVÄRDSUDD, K. Reported current use of prescription drugs and some of its determinants among 35 to 65-year-old women in mid-Sweden: A population-based study. **J Clin Epidemiol**, v. 53, n. 6, p. 637-43, 2000. Disponível em: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10880784> >.
- 204 ALVES, L. C.; RODRIGUES, R. N. Determinantes da autopercepção de saúde entre idosos do Município de São Paulo, Brasil. **Rev Panam Salud Publica**. v. 17, p. 333-41. 2005.
- 205 ZACK, M. M.; Health-related quality of life - United States, 2006 and 2010. **MMWR Suppl**, v. 62, n. 3, p. 105-11, 2013. Disponível em: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24264499> >.
- 206 RAZZAQUE, A.; MUSTAFA, A. H.; STREATFIELD, P. K. Do self-reported health indicators predict mortality? Evidence from Matlab, Bangladesh. **J Biosoc Sci**, v. 46, n. 5, p. 621-34, 2014. Disponível em: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23931338> >.
- 207 BROWN, D. S. et al. Associations between health-related quality of life and mortality in older adults. **Prev Sci**, v. 16, n. 1, p. 21-30, 2015. Disponível em: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24189743> >.
- 208 BARILE, J. P. et al. Activities of daily living, chronic medical conditions, and health-related quality of life in older adults. **J Ambul Care Manage**, v. 35, n. 4, p. 292-303, 2012. Disponível em: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22955089> >.

- 209 _____ . Multiple chronic medical conditions and health-related quality of life in older adults, 2004-2006. **Prev Chronic Dis**, v. 10, p. E162, 2013. Disponível em: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24070034> >.
- 210 SZWARCOWALD, C. L. et al. Determinants of self-rated health and the influence of healthy behaviors: results from the National Health Survey, 2013. **Rev Bras Epidemiol**, v. 18, Suppl 2, p. 33-44, 2015. Disponível em: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27008601> >.
- 211 PEREIRA, L. V. et al. Prevalence and intensity of chronic pain and self-perceived health among elderly people: a population-based study. **Rev Lat Am Enfermagem**, v. 22, n. 4, p. 662-9, 2014. Disponível em: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25296151> >.
- 212 SANTOS, T. R. et al. Medicine use by the elderly in Goiania, Midwestern Brazil. **Rev Saude Publica**, v. 47, n. 1, p. 94-103, 2013. Disponível em: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23703135> >.
- 213 SANTOS, I. S.; UGÁ, M. A.; PORTO, S. M. The public-private mix in the Brazilian Health System: financing, delivery and utilization of health services. **Cien Saude Colet**. v.13, p. 1431-40, 2008.
- 214 ANVISA. AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. **O que devemos saber sobre medicamentos**. Brasília, p.32. 2010
- 215 SCHMID, B.; BERNAL, R.; SILVA, N. N. Self-medication in low-income adults in Southeastern Brazil. **Rev Saude Publica**, v. 44, n. 6, p. 1039-45, 2010. Disponível em: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21107501> >.
- 216 MALTA, D. C. et al. Health care in adults with self-reported hypertension in Brazil according to the National Health Survey, 2013. **Rev Bras Epidemiol**, v. 18 Suppl 2, p. 109-122, 2015. Disponível em: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27008607> >.

- 217 SILVA, Z. P. et al. Socio-demographic profile and utilization patterns of the public healthcare system (SUS), 2003-2008. **Cien Saude Colet**, v. 16, n. 9, p. 3807-16, 2011. Disponível em: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21987323> >.
- 218 IDEC. INSTITUTO BRASILEIRO DE DEFESA DO CONSUMIDOR. **Guia do Direito à Saúde. Sistema Público de Saúde (SUS), medicamentos e planos de saúde**. 2006
- 219 PREFEITURA MUNICIPAL DE PRAIA GRANDE. Unidades de Saúde da Família. 2016. Disponível em: < <http://www.praiagrande.sp.gov.br/administracao/saudefamilia.asp?cdSecretaria=41> >. Acesso em: 18 de abril.
- 220 IBGE. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Censo Demográfico 2010. 2010. Disponível em: < <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/default.shtm> >. Acesso em: 18 de abril DE 2015.
- 221 COUTO, M. T.; GOMES, R. Men, health and public policies: gender equality in question. **Cien Saude Colet**, v. 17, n. 10, p. 2569-78, 2012. Disponível em: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23099740> >.
- 222 WHO. WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Monitoring the building blocks of the health systems: a handbook of indicators and their measurement strategies**. Geneva, p.110. 2010
- 223 OPAS. ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Saúde nas Américas. Panorama regional e perfil dos países**. Washington, p.232. 2012.
- 224 BREDENKAMP, C.; BUISMAN, L. R. Financial protection from health spending in the Philippines: policies and progress. **Health Policy Plan**, 2016. Disponível em: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27072948> >.

- 225 SILVEIRA, F. G.; OSÓRIO, R. G.; PIOLA, S. F. Os gastos das famílias com saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 7, p.719-731, 2002.
- 226 SILVEIRA, F. G. O., R.G.PIOLA, S.F. Os gastos das famílias com saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro. v. 7, p. 719-731, 2002.
- 227 GARCIA, L. P. et al. Brazilian family spending on medicines: an analysis of data from the Family Budget Surveys, 2002-2003 and 2008-2009. **Cad Saude Publica**, v. 29, n. 8, p. 1605-16, 2013. Disponível em: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24005926> >.
- 228 BOING, A. C.; BERTOLDI, A. D.; PERES, K. G. Socioeconomic inequalities in expenditures and income committed to the purchase of medicines in Southern Brazil. **Rev Saude Publica**, v. 45, n. 5, p. 897-905, 2011. Disponível em: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21829974> >.
- 229 GARCIA, L. P. et al. **Dimensões do acesso a medicamentos no Brasil: Perfil e desigualdades dos gastos das famílias, segundo as pesquisas de orçamentos familiares 2002-2003 e 2008-2009**. IPEA - Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. Rio de Janeiro, p.50. 2013
- 230 OLIVEIRA, N. S. C.; XAVIER, R. M. F.; ARAÚJO, P. F. Análise do perfil de utilização de medicamentos em uma unidade de saúde da família, Salvador, Bahia. **Revista de Ciências Farmacêuticas Básica e Aplicada**. v. 33, p. 283-289, 2012.
- 231 FLEITH, V. D. et al. Pattern of medicine consumption among users of the primary health care services in Lorena, SP. **Cien Saude Colet**, v. 13, Suppl, p. 755-62, 2008. Disponível em: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21936181> >.
- 232 BLEICH, G. W. et al. Frequency of potential interactions between drugs in medical prescriptions in a city in southern Brazil. **Sao Paulo Med J**, v. 127, n. 4, p. 206-10, 2009. Disponível em: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20011925> >.

- 233 GOMES, P. D. et al. Contracepção hormonal: uma comparação entre as redes públicas e privadas de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**. v.16, p. 2453-2460, 2011.
- 234 FRIEND, D. R. Development of controlled release systems over the past 50years in the area of contraception. **J Control Release**, 2015. Disponível em: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26732558> >.
- 235 WEISBERG, E. Developments in contraception. **Expert Opin Pharmacother**, v. 15, n. 2, p. 203-10, 2014. Disponível em: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24283671> >.
- 236 AIKEN, A. R.; TRUSSELL, J. Recent advances in contraception. **F1000Prime Rep**, v. 6, p.113, 2014. Disponível em: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25580267> >.
- 237 REGATEIRO, R. C. K. **Acesso aos métodos contraceptivos entre adolescentes do município de Praia Grande - SP**. 2011. (Trabalho de Conclusão de Curso). Universidade Católica de Santos, Santos, 67 p., 2011.
- 238 WONG, L. R. et al. **Cairo+20: perspectivas da agenda de população e desenvolvimento sustentável pós-2014**. Editora ALAP. Rio de Janeiro, p.150. 2014
- 239 EDOUARD, L. The right to contraception and the wrongs of restrictive services. **Int J Gynaecol Obstet**, v. 106, n. 2, p. 156-9, 2009. Disponível em: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19411075> >.
- 240 BORGES, T. L. et al. Prevalência do uso de psicotrópicos e fatores associados na atenção primária à saúde. **Acta Paulista de Enfermagem**. v.28, p. 344-9, 2015.
- 241 HELFER, A. P. et al. Affordability and availability of drugs for treatment of chronic diseases in the public health care system. **Rev Panam Salud Publica**, v. 31, n. 3, p. 225-32, 2012. Disponível em: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22569697> >.

- 242 BUSHARDT, R. L. et al. Polypharmacy: misleading, but manageable. **Clin Interv Aging**, v. 3, n. 2, p. 383-9, 2008. Disponível em: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18686760> >.
- 243 MAHER, R. L.; HANLON, J.; HAJJAR, E. R. Clinical consequences of polypharmacy in elderly. **Expert Opin Drug Saf**, v. 13, n. 1, p. 57-65, Jan 2014. Disponível em: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24073682> >.
- 244 MORTAZAVI, S. S. et al. Defining polypharmacy in the elderly: a systematic review protocol. **BMJ Open**, v. 6, n. 3, p. e010989, 2016. Disponível em: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27013600> >.
- 245 JOHNNELL, K.; KLARIN, I. The relationship between number of drugs and potential drug-drug interactions in the elderly: a study of over 600,000 elderly patients from the Swedish Prescribed Drug Register. **Drug Saf**, v. 30, n. 10, p. 911-8, 2007. Disponível em: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17867728> >.
- 246 TEIXEIRA, J. J. et al. Potential drug-drug interactions in prescriptions to patients over 45 years of age in primary care, southern Brazil. **PLoS One**, v. 7, n. 10, p. e47062, 2012. Disponível em: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23071711> >.
- 247 DOUBOVA DUBOVA, S. V. et al. Potential drug-drug and drug-disease interactions in prescriptions for ambulatory patients over 50 years of age in family medicine clinics in Mexico City. **BMC Health Serv Res**, v. 7, p. 147, 2007. Disponível em: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17880689> >.
- 248 SECOLI, S. R. et al. Risk of potential drug-drug interactions among Brazilian elderly: a population-based, cross-sectional study. **Drugs Aging**, v. 27, n. 9, p. 759-70, Sep 2010. Disponível em: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20809665> >.
- 249 ROBLEK, T. et al. Drug-drug interaction software in clinical practice: a systematic review. **Eur J Clin Pharmacol**, v. 71, n. 2, p. 131-42, 2015. Disponível em: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25529225> >.

- 250 BECKER, M. L. et al. Hospitalisations and emergency department visits due to drug-drug interactions: a literature review. **Pharmacoepidemiol Drug Saf**, v. 16, n. 6, p. 641-51, 2007. Disponível em: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17154346> >.
- 251 CRUCIOL-SOUZA, J. M.; THOMSON, J. C. A pharmacoepidemiologic study of drug interactions in a Brazilian teaching hospital. **Clinics (Sao Paulo)**, v. 61, n. 6, p. 515-20, 2006. Disponível em: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17187086> >.
- 252 BECKER, M. L. et al. Hospitalisations and emergency department visits due to drug-drug interactions: a literature review. **Pharmacoepidemiol Drug Saf**, v. 16, n. 6, p. 641-51, 2007. Disponível em: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17154346> >.
- 253 HOLM, J. et al. A limited number of prescribed drugs account for the great majority of drug-drug interactions. **Eur J Clin Pharmacol**, v. 70, n. 11, p. 1375-83, 2014. Disponível em: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25190295> >.
- 254 MAGRO, L. et al. Identification of severe potential drug-drug interactions using an Italian general-practitioner database. **Eur J Clin Pharmacol**, v. 64, n. 3, p. 303-9, 2008. Disponível em: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17992523> >.

9 APÊNDICES

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado(a) senhor(a):

Gostaria de convidá-lo(lá) para participar da pesquisa “Mix publico privado na utilização de serviços de atenção primária de saúde em áreas metropolitanas” que, eu, Aylene Bousquat, pesquisadora da Universidade Católica de Santos estou realizando. Este tem finalidade científica e esperamos que sua divulgação ajude a entender como e onde a população de Praia Grande utiliza os serviços de saúde. O objetivo é caracterizar a relação entre o setor público e o privado no acesso à atenção primária a saúde. A coleta de dados será realizada por meio de entrevistas sobre o acesso aos serviços de saúde para os integrantes da sua família. As respostas serão guardadas no computador e as informações serão utilizadas, única e exclusivamente, para o objetivo proposto pelo projeto.

O único possível desconforto é o seu tempo gasto para responder as questões. Você pode parar de responder a qualquer momento e isto não afetará o seu atendimento nos serviços de saúde. Por outro lado, o resultado desta pesquisa poderá trazer como benefício uma melhor compreensão dos serviços de saúde na região contribuindo para ações de melhoria. Em nenhuma hipótese você ou sua família serão identificados, todo material é sigiloso.

Caso tenha dúvidas o pesquisador estará disponível para esclarecê-las, bastando para isso contatá-lo através do e-mail aylenebousquat@uol.com.br ou pelo telefone 3205-5555, ramal 1449. O comitê de ética da Universidade Católica de Santos também poderá ser contatado se achar necessário pelo telefone 3205-5555 ou pelo e-mail comet@unisantos.br.

Sua participação é voluntária e este consentimento poderá ser retirado a qualquer tempo. A confidencialidade das informações geradas e a sua privacidade estão garantidas.

Este documento foi elaborado em duas vias, uma ficará com você e a outra arquivada com o pesquisador responsável.

Eu _____, RG _____,

declaro ter sido informado e concordo em participar, como voluntário, do projeto de pesquisa acima descrito.

Praia Grande, ____ / ____ / ____

Eu, Dra. Aylene Bousquat, responsável pela pesquisa, declaro que obtive espontaneamente o consentimento deste sujeito de pesquisa para realizar este estudo.

Assinatura.....RG.....Data...../...../.....

Questionário Medicamentos

Questionário número: 7093 Morador número: 1

1-Você usou medicamento nos últimos 15 dias? ☒ Sim ☐ Não

2-Quem indicou os medicamentos? Médico ou dentista do convênio/ privado

3-Você recebeu orientações sobre como usar o medicamento? ☒ Sim ☐ Não

4-Quem orientou? Médico ou dentista do convênio/ privado
Médico ou dentista do SUS
Farmacêutico
Automedicação
Outros

MEDICAMENTOS UTILIZADOS NOS ÚLTIMOS 15 DIAS

Utilize o campo abaixo para digitar o nome comercial, princípio ativo (inclusive formulas) e concentração:

Uso contínuo?: ☐ Sim ☐ Não Origem: Drogaria Valor R\$:

Uso contínuo?: ☐ Sim ☐ Não Origem: Drogaria Valor R\$:

Uso contínuo?: ☐ Sim ☐ Não Origem: Drogaria Valor R\$:

Uso contínuo?: ☐ Sim ☐ Não Origem: Drogaria Valor R\$:

Moradores

Número	Nome	Sexo	Idade	Possui Plano?	Qual?	Quanto tempo?	Quem Paga?
1		Fem		Sim	Nenhum	menos de 1 ano	Empresa

Terminar Pesquisa cancelar

UniSantos - Mestrado em Saúde Coletiva

Mix público privado na utilização de serviços de atenção primária de saúde em áreas metropolitanas

Município: ☒ Praia Grande ☐ São Paulo Questionário: 6052

Domicílio de moradia permanente?: ☐ Sim ☐ Não

Endereço:

Número: Complemento:

Bairro: Cep:

Telefone: Celular: Número de moradores: 1

1-) Gravar Dados Domicílio 2-) Gravar dados dos moradores 3-) Continuar Visita Anterior

Sua casa é coberta pelo PSF?: ☐ Sim ☐ Não

Questionário: 6052

Critério de classificação econômica Brasil 2010

☐ TV em cores 0

☐ Rádio 0

☐ Banheiro 0

☐ Automóvel 0

☐ Empregada mensalista 0

☐ Máquina de lavar 0

☐ Vídeo/DVD 0

☐ Geladeira 0

☐ Freezer (independente ou parte da geladeira duplex) 0

Qual o grau de instrução do chefe de família?: Analfabeto / Primário incompleto

Renda Familiar: menor que 1 salário mínimo

Alguém em casa está em algum programa especial do governo? ☐ Sim ☐ Não

☐ bolsa família

☐ renda cidadã

☐ bolsa trabalho

Questionário Mulher

Questionário número: 7097

Morador número: 1

1-Qual dessas, você considera a sua cor? (Leia as alternativas) 1-branca

2-Escolaridade: Analfabeto/até 3.a série Fundamental 3-Trabalha atualmente remuneradamente? CLT

4-Em relação aos cuidados com a saúde, a quem você recorre? (EXCETO PRONTO SOCORRO) Médico Particular

5-Frequenta ou frequentou algum serviço de saúde ou consultório médico (EXCETO PRONTO SOCORRO) nos últimos 12 meses?: Sim

6-Qual a cidade (moradores de Praia Grande) ou Bairro(moradores São Paulo):

7-Como você consegue o agendamento com o serviço/médico citado acima? Com facilidade

8-Você sabe o nome do médico que lhe atende? Sim

9-Você trocaria seu médico se pudesse ou se fosse fácil?: ☒ Sim ☐ Não

10-Você trocaria o serviço citado acima se pudesse ou se fosse fácil?: ☒ Sim ☐ Não

11-Como você avalia o serviço citado acima?: Muito ruim

12-Você se sente a vontade nas consultas para fazer perguntas?: ☒ Sim ☐ Não

13-Suas perguntas durante as consultas são respondidas de forma que você entenda?: ☒ Sim ☐ Não ☐ Nem sempre

14-Você discute problemas de sua família durante as consultas?: ☒ Sim ☐ Não

15-Quais orientações recebe durante as consultas?:

Questionário Mulher

15-Quais orientações recebe durante as consultas?:

Prevenção de doenças sexualmente transmissíveis ☒ sim ☐ não

Importância de realizar atividades físicas ☒ sim ☐ não

Prevenção do câncer de pele ☒ sim ☐ não

Procedimentos em caso de violência sexual e doméstica ☒ sim ☐ não

Acompanhamento do climatério ☒ sim ☐ não

Prevenção osteoporose ☒ sim ☐ não

16-Por qual(is) tipo(s) de médico(s) você passou nos últimos 12 meses?:

☒ Médico de Família	☐ Setor Público	☐ Setor Privado
☒ Clínico Geral	☐ Setor Público	☐ Setor Privado
☒ Cardiologista	☐ Setor Público	☐ Setor Privado
☒ Ortopedista	☐ Setor Público	☐ Setor Privado
☒ Oftalmologista	☐ Setor Público	☐ Setor Privado
☒ Gastroenterologista	☐ Setor Público	☐ Setor Privado
☒ Ginecologia/Obstetra	☐ Setor Público	☐ Setor Privado
☒ Psiquiatra	☐ Setor Público	☐ Setor Privado
☒ Pneumologista	☐ Setor Público	☐ Setor Privado
☒ Endocrinologista	☐ Setor Público	☐ Setor Privado
☒ Outros	☐ Setor Público	☐ Setor Privado

Questionário Mulher

19-Já fez o exame USG de Mamas alguma vez?

20-Já fez o exame Papanicolaou alguma vez?

21-Você faz uso de medicamento anticoncepcional?

☐ Não ☒ Sim, por conta própria ☐ Sim, com orientação de profissional de saúde

22-Qual o método anticoncepcional que você utiliza?

☒ Laqueadura	☐ Setor Público	☐ Setor Privado
☒ Vasectomia/parceiro	☐ Setor Público	☐ Setor Privado
☒ Pílulas anticoncepcionais	☐ Setor Público	☐ Setor Privado
☒ Injeções anticoncepcionais	☐ Setor Público	☐ Setor Privado
☒ Camisinha	☐ Setor Público	☐ Setor Privado
☒ Pílula do dia seguinte	☐ Setor Público	☐ Setor Privado
☒ Outros	☐ Setor Público	☐ Setor Privado

23-Fez exames ginecológicos no último ano?

☒ Sim ☐ Não ☒ Médico da família ☐ não sabe ☐ Ginecologista ☒ Setor Público ☐ Setor Privado

24-Há quanto tempo fez o seu último exame ginecológico?

☐ 1 a 3 anos

☐ + 4 anos

☐ nunca fez

25-O exame clínico das mamas foi realizado na consulta? ☐ Sim ☐ Não

26-História obstétrica: partos: abortos: filhos vivos:

Questionário Mulher

23-Fez exames ginecológicos no último ano?
☐ Sim ☒ Não

24-Há quanto tempo fez o seu último exame ginecológico?
☐ 1 a 3 anos
☐ + 4 anos
☒ nunca fez

25-O exame clínico das mamas foi realizado na consulta? ☒ Sim ☐ Não

26-História obstétrica: partos: abortos: filhos vivos:

27-Estava grávida ou esteve nos últimos três anos? ☒ Sim ☐ Não

28-Tempo do último parto: ☐ < 6 meses ☐ entre 6 meses à 1 ano ☐ entre 1 e 2 anos ☐ entre 2 e 3 anos
☒ ainda estou grávida: 1 mês

29-Ainda tem o cartão pré-natal? ☒ Sim ☐ Não ☐ Não tive o cartão

30-Local do pré-natal: ☒ Público ☐ Privado

31-Local do parto: ☐ Público ☒ Privado

32-Quando foi a sua primeira consulta após descobrir a gravidez? 1º / 2º mês

33-Quantas consultas realizou?:

34-Algum profissional da saúde conversou com você sobre a gravidez esclarecendo dúvidas e informando sobre condutas a serem adotadas? ☒ Sim ☐ Não

☒ Enfermeiro ☒ Médico ☒ ACS ☒ Outros

35-Você participou de alguma atividade educativa, em grupo ou individual? ☐ Sim ☐ Não

36-Você foi orientada quanto a importância do parto normal? ☐ Sim ☐ Não

Questionário Mulher

35-Você participou de alguma atividade educativa, em grupo ou individual? ☒ Sim ☐ Não

36-Você foi orientada quanto a importância do parto normal? ☐ Sim ☒ Não

37-Se sim, quem te orientou?
☐ Enfermeiro ☐ Médico ☐ ACS ☐ Outros

38-Você realizou algum dos exames abaixo a pedido de um profissional de saúde?
☐ ABO-Rh, hemoglobina/hematócrito, na primeira consulta
☐ Glicemia de jejum
☐ VDRL
☐ Urina tipo 1
☐ Testagem anti-HIV
☐ Sorologia para hepatite B (HBsAg)
☐ Sorologia para toxoplasmose

39-Você tomou vacina anti-tétano a pedido de um profissional de saúde?
☐ as duas doses
☐ dose de reforço (gestantes com esquema vacinal completo há mais de 5 anos.)
☐ não precisei

40-Quantas ultrasons realizou?
Público: Privado:

41-Fez uso de ácido fólico durante a gestação? ☐ Sim ☐ Não ☐ Não me lembro

42-E de sulfato ferroso? ☐ Sim ☐ Não ☐ Não me lembro

43-Foi informada sobre seu direito de ter um acompanhante

Questionário Mulher

55-Quais vacinas você recebeu no último ano?

☒ Gripe ☐ Privado ☐ Público

☒ Pneumonia ☐ Privado ☐ Público

☒ Tétano (últimos 10 anos) ☐ Privado ☐ Público

☒ outras ☐ Privado ☐ Público

☒ não recebi

56-Você participa de algum grupo de apoio?

☒ Sim, do plano de saúde

☒ Sim, do setor público

☒ Sim, de uma organização não governamental

☒ Não

57-Em geral você considera sua saúde? EXCELENTE

58-Sua saúde atrapalha a realização de suas tarefas diárias? não

Questionário - Medicamentos

Questionário Mulher

43-Foi informada sobre seu direito de ter um acompanhante durante todo o pré-natal (consulta e atividades) e no pré e pós-parto? ☒ Sim ☐ Não

44-Em relação ao cigarro, você: ☐ Fuma ☐ Não Fuma ☒ Parei de Fumar a menos de 5 anos

45-Você já tentou parar? ☐ Sim, sem auxílio ☐ Sim, com auxílio ☐ Não

46-Você recebeu algum tipo de auxílio quanto tentou parar ou parou?

☒ Apoio Psicológico

☒ Reposição de nicotina(adesivos e/ou chicletes) Automedicação?: ☒ Sim ☐ Não

☒ Apoio Medicamentoso Automedicação?: ☒ Sim ☐ Não

47-De quem recebeu auxílio? Setor Público

48-Você tem Caderneta de Saúde de pessoa idosa? ☒ Sim ☐ Não

49-Quando foi preenchida pela última vez? ☐ um mês ☐ seis meses ☒ um ano ou mais

50-A senhora necessita de alguém que lhe auxilie nas atividades diárias? ex. tomar banho, vestir-se, etc... ☒ Sim ☐ Não

51-Quem lhe ajuda? ☒ Familiar ☐ Profissional contratado

52-A pessoa que lhe ajuda recebeu treinamento específico? não

53-No último ano, quantas vezes você já recebeu a visita domiciliar de um profissional da saúde?

Médico: nenhuma vez

Enfermeiro: nenhuma vez

ACS: nenhuma vez

Questionário Homem

Questionário número: 6052 Morador número: 1

1-Qual dessas, você considera a sua cor? (Leia as alternativas) 1-branca

2-Escolaridade: Analfabeto/até 3.a série Fundamental 3-Trabalha atualmente remuneradamente? CLT

4-Em relação aos cuidados com a saúde, a quem você recorre? (EXCETO PRONTO SOCORRO) Médico Particular

5-Frequenta ou frequentou algum serviço de saúde ou consultório médico (EXCETO PRONTO SOCORRO) nos últimos 12 meses?: Sim

6-Qual a cidade (moradores de Praia Grande) ou Bairro(moradores São Paulo):

7-Como você consegue o agendamento com o serviço/médico citado acima? Com facilidade

8-Você sabe o nome do médico que lhe atende? Sim

9-Você trocaria seu médico ou serviço se pudesse ou se fosse fácil?: ☐ Sim ☐ Não

10-Como você avalia o serviço citado acima? Muito ruim

11-Você se sente a vontade nas consultas para fazer perguntas?: ☐ Sim ☐ Não

Questionário Homem

12-Suas perguntas durante as consultas são respondidas de forma que você entenda?: ☐ Sim ☐ Não ☐ Nem sempre

13-Você discute problemas de sua família durante as consultas?: ☐ Sim ☐ Não

14-Por qual(is) tipo(s) de médico(s) você passou nos últimos 12 meses?:

☐ Médico de Família

☐ Clínico Geral

☐ Cardiologista

☐ Ortopedista

☐ Oftalmologista

☐ Gastroenterologista

☐ Urologista

☐ Psiquiatra

☐ Pneumologista

☐ Endocrinologista

☐ Outros

15-Como você conseguiu o agendamento?: Com facilidade

16-O seu médico que lhe encaminhou recebeu por escrito o que o especialista achou?: Sim

17-Você tem algum problema crônico de saúde? ☐ Sim ☐ Não

☐ Hipertensão

Questionário Homem

18-Você fez algum exame este ano?

☐ Sangue
☐ Urina
☐ Fezes
☐ Raio X
☐ Ultra Som
☐ Tomografia
☐ Ressonância
☐ Cintilografia
☐ Eletrocardiograma
☐ Ecocardiograma
☐ Endoscopia
☐ Colonoscopia
☐ Exame de Vista
☐ Outros

19-Você tem acesso a preservativos para relações sexuais? Sim, eu compro

20-Em relação ao cigarro, você: ☐ Fuma ☐ Não Fuma ☐ Parei de Fumar a menos de 5 anos

20.a-Você já tentou parar? ☐ Sim, sem auxílio ☐ Sim, com auxílio ☐ Não

20b-Você recebeu algum tipo de auxílio quanto tentou parar ou parou?

Questionário Homem

20-Em relação ao cigarro, você: ☐ Fuma ☐ Não Fuma ☐ Parei de Fumar a menos de 5 anos

20.a-Você já tentou parar? ☐ Sim, sem auxílio ☐ Sim, com auxílio ☐ Não

20b-Você recebeu algum tipo de auxílio quanto tentou parar ou parou?

☐ Apoio Psicológico
☐ Reposição de nicotina(adesivos e/ou chicletes) Automedicação?: ☐ Sim ☐ Não
☐ Apoio Medicamentoso Automedicação?: ☐ Sim ☐ Não

21-De quem recebeu auxílio? Setor Público

22-Você recebeu alguma orientação de profissionais da saúde em relação a hábitos saudáveis de vida
Como por exemplo, dicas de alimentação saudável, atividade física ou sexo seguro? Sim, setor privado/convênio

23-Você tem caderneta de saúde da pessoa idosa? ☐ Sim ☐ Não

24-Quando foi preenchida pela última vez? um mês

25-O senhor necessita que alguém lhe auxilie nas atividades diárias? ☐ Sim ☐ Não

26-Quem lhe auxilia? Ninguém

26a-A pessoa que lhe auxilia recebeu treinamento específico? Não

27-No último ano, quantas vezes você já recebeu a visita domiciliar de um profissional da saúde?

☐ Médico setor privado Nenhuma vez
☐ Médico setor público Nenhuma vez
☐ Enfermeiro setor privado Nenhuma vez

Questionário Homem

27-No último ano, quantas vezes você já recebeu a visita domiciliar de um profissional da saúde?

☐ Médico setor privado Nenhuma vez
☐ Médico setor público Nenhuma vez
☐ Enfermeiro setor privado Nenhuma vez
☐ Enfermeiro setor público Nenhuma vez
☐ ACS Nenhuma vez
☐ Outros setor privado Nenhuma vez
☐ Outros setor publico Nenhuma vez

28-Você já recebeu orientação formal de como evitar acidentes domiciliares? Não

29-Quais vacinas você recebeu no último ano?

☐ Gripe Pago
☐ Pneumonia Pago
☐ Tétano nos últimos 10 anos Pago

30-Você participa de algum grupo de apoio? Sim, do plano de saúde

31-Em geral, você considera sua saúde: Excelente

32-Sua saúde atrapalha a realização de suas atividades diárias? Não

Formulário de Hipertensos

Morador número: 1 Questionário número: 7097

1-Há quanto tempo você é diagnosticado como hipertenso? Menos de um ano

2-Qual profissional realizou o diagnóstico?

☒ Clínico Geral ☒ Setor Público ☐ Setor Privado

☐ Cardiologista

☐ Outros Profissionais

3-Com que frequência você afere a pressão arterial? Nunca

4-Na maioria das vezes, onde você afere a pressão arterial? No serviço público

5-Procure o médico/serviço de saúde para o controle da hipertensão?

☐ Sim, rotineiramente

☐ Sim, quando tenho problemas

☒ As consultas ☐ Setor Público ☐ Setor Privado ☐ Não

6- Por que não visita o médico/serviço de saúde regularmente?

7-Quais orientações você já recebeu do médico/serviço para controlar sua Hipertensão?

☐ Não recebi nenhuma orientação

☐ Dieta com restrição de sal

☐ Regime para perder/manter peso

☐ Atividade física

Formulário de Hipertensos

8-O que você realmente faz para controlar a hipertensão?

☒ Dieta com restrição de sal

☒ Regime para perder/manter peso

☒ Atividade física

☒ Tomar medicamento diariamente

☒ Toma medicação quando a pressão aumenta

☒ Uso remédio caseiro

☒ Não faço nada

☒ Outros

9-Participou de discussões ou atividades em grupo sobre o controle da hipertensão? ☒ Sim ☐ Não

☒ Grupo Público ☐ Grupo Privado

10-Você tem orientação de outro profissional para o controle da hipertensão?

☒ Não tenho

☒ Fisioterapeuta ☐ Setor Público ☐ Setor Privado

☒ Nutricionista ☐ Setor Público ☐ Setor Privado

☒ Profissional de Educação Física ☐ Setor Público ☐ Setor Privado

☒ Farmacêutico ☐ Setor Público ☐ Setor Privado

☒ Enfermeiro ☐ Setor Público ☐ Setor Privado

☒ Outro ☐ Setor Público ☐ Setor Privado

Voltar

Questionário Diabético

Morador número: 1 Questionário número: 7093

1-Há quanto tempo você é diagnosticado como diabético? Menos de um ano

2-Qual profissional realizou o diagnóstico? Clínico geral

3-Procure o médico/serviço de saúde para o controle do diabetes?

☐ Sim, rotineiramente

☐ Sim, apenas quando tenho problemas

☐ não

4-Por que não visita o médico/serviço de saúde regularmente?

5-Quais orientações você já recebeu do médico/serviço para controlar seu diabetes?

☐ Não recebi nenhuma orientação

☐ Dieta Alimentar

☐ Atividade Física

☐ Insulina

☐ Medicação oral

☐ Outros

6-Como consegue a seringa?

☐ Comprou na farmácia

☐ Recebeu do setor público

☐ Recebeu do convênio

☐ Não se aplica

Questionário Diabético

6-Como consegue a seringa?

☐ Comprou na farmácia

☐ Recebeu do setor público

☐ Recebeu do convênio

☐ Não se aplica

☐ Outro

7-Você faz uso de glicosímetro? ☐ Sim ☒ Não

9-Você recebeu a orientação e material para descarte da seringa e/ou lanceta? ☐ Sim ☐ Não

10-Participou de discussões ou atividades em grupo sobre o controle de diabetes? ☐ Sim ☐ Não

11-Você tem acompanhamento de outro profissional para alguma dessas complicações do diabetes?

☐ Não tenho

☐ Rins

☐ Cardíaco

☐ Vista

☐ Pés

☐ Outras

Voltar