



**UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
FACULDADE DE CEILÂNDIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS E TECNOLOGIAS EM
SAÚDE**

**ACESSO E USO RACIONAL DE MEDICAMENTOS NA ATENÇÃO
PRIMÁRIA À SAÚDE**

LETÍCIA FARIAS GERLACK

BRASÍLIA, 2016

**UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
FACULDADE DE CEILÂNDIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS E TECNOLOGIAS EM
SAÚDE**

LETÍCIA FARIAS GERLACK

**ACESSO E USO RACIONAL DE MEDICAMENTOS NA ATENÇÃO
PRIMÁRIA À SAÚDE**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências e Tecnologias em Saúde, Faculdade de Ceilândia, Universidade de Brasília, como requisito parcial para a obtenção de título de Doutora.

Área de concentração: Promoção, Prevenção e Intervenção em Saúde

Linha de Pesquisa: Estratégias Interdisciplinares em Promoção, Prevenção e Intervenção em Saúde

Brasília, 2016

FICHA CATALOGRÁFICA

LETÍCIA FARIAS GERLACK

ACESSO E USO RACIONAL DE MEDICAMENTOS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA
À SAÚDE

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências e Tecnologias em Saúde, Faculdade de Ceilândia, Universidade de Brasília, como requisito parcial para a obtenção de Título de Doutora. Área de concentração: Promoção, Prevenção e Intervenção em Saúde

Linha de Pesquisa: Estratégias Interdisciplinares em Promoção, Prevenção e Intervenção em Saúde.

Orientadora: Profa. Dra. Margô Gomes de Oliveira Karnikowski

Banca examinadora

Profa. Dra. Margô Gomes de Oliveira Karnikowski (Presidente)
Universidade de Brasília

Prof. Dr. Ângelo José Gonçalves Bós
Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul

Profa. Dra. Emília Vitória da Silva
Universidade de Brasília

Profa. Dra. Sílvia Maria Ferreira Guimarães
Universidade de Brasília

Profa. Dra. Silvana Schwarz Funghetto
Universidade de Brasília

Profa. Dra. Maria Hosana Conceição (Suplente)
Universidade de Brasília

Dedico este trabalho aos meus pais, Vera Lúcia e Luiz Carlos, pelo amor e confiança em mim depositados e aos moradores de Ceilândia, pela sua história de lutas por uma vida melhor.

AGRADECIMENTOS

Inicialmente, agradeço a Deus, fonte de toda a luz, força e amor necessários para enfrentar os desafios da vida.

Aos meus pais, que me proporcionaram a fantástica experiência da vida e me educaram com os valores que impulsionaram a me tornar quem hoje sou.

À minha família, especialmente aos meus irmãos, pela amizade, respeito e carinho.

Aos meus amigos de Brasília, pela carinhosa acolhida, pelo precioso convívio, por todo o apoio e pelos momentos compartilhadas nos últimos quatro anos aqui vividos.

À Brasília, que me acolheu e mostrou a diversidade (e também as desigualdades) do meu país.

À Ceilândia, na figura de seus moradores, pelas lições de vida aprendidas.

À minha orientadora, Margô Gomes de Oliveira Karnikowski, pela confiança no meu trabalho, pelos ensinamentos e pelos desafios propostos que me estimularam ao crescimento e à autossuperação.

Ao professor Ângelo José Gonçalves Bós, pelos quase 10 anos de parceria e valiosos ensinamentos.

Às professoras do Grupo de Pesquisa AMUR, Emília da Silva, Micheline Meiners, Dayani Galato e Camila Areda, pelas trocas e aprendizados.

Aos alunos da graduação da FCE que me ajudaram com a coleta e digitação de dados.

Aos funcionários do Campus da FCE, especialmente à Núbia, Regiane, Dionísio, Helena e Vilene, pela paciência e prestatividade.

Aos funcionários dos Centros de Saúde e à Gerência da Distrital de Saúde de Ceilândia, que apoiaram a execução do projeto.

Aos usuários dos Centros de Saúde que aceitaram colaborar com a pesquisa.

Aos professores da banca examinadora, por aceitarem o convite e pelas contribuições para o aprimoramento deste trabalho.

A CAPES, pela concessão de bolsa de estudos no período do doutorado.

O cotidiano é uma ótima matéria-prima para se trabalhar a realidade e criar o novo.

(Emerson Elias Merhy)

Sumário

Relação de figuras e quadros	08
Relação de apêndices e anexos	09
Relação de siglas e abreviaturas	10
Resumo	11
Abstract	12
Apresentação	14
1. Introdução	20
1.1 Justificativa.....	28
1.2 Premissas e Perguntas Norteadoras.....	29
1.1 Objetivos	30
1.1.1 Objetivo Geral.....	30
1.1.2 Objetivos Específicos.....	30
2 Artigo I	31
3 Artigo II	53
4 Artigo III	73
5 Discussão Geral	95
5.1 Informações adicionais sobre o método.....	95
5.2 Reflexões acerca dos resultados dos artigos.....	101
5.3 Considerações Finais.....	110
Referências	112
Apêndices	116
Apêndice 1 – Artigo Caracterização da Seleção de medicamentos para a Atenção Primária no Brasil: dados da PNAUM.....	116
Apêndice 2 – Artigo Avaliação da Assistência Farmacêutica em Ceilândia.....	141
Apêndice 3 - Questionário para Usuários dos Serviços de Saúde/Ceilândia....	158
Anexos	168
Anexo 1 - Questionário Usuário – PNAUM.....	168
Anexo 2 – Questionário Responsável pela AF no Município/DF - PNAUM	193
Anexo 3 - Instruções para colaboradores Revista Ciência e Saúde Coletiva...	205
Anexo 4 – Normas Revista de Saúde Pública.....	211

Relação de figuras e quadros

Figura 1 – Ciclo da Assistência Farmacêutica.

Figura 2 - Distribuição dos Centros de Saúde na RA Ceilândia/DF, 2014.

Figura 3 - Valores, princípios e elementos centrais de um sistema de saúde com base na APS.

Quadro 1 - Amostra de usuários entrevistados nos Centros de Saúde, de Ceilândia/DF, 2013.

Relação de apêndices e anexos

Apêndice 1 - Artigo Caracterização da Seleção de medicamentos para a Atenção Primária no Brasil: dados da PNAUM

Apêndice 2 - Artigo Avaliação da Assistência Farmacêutica em Ceilândia

Apêndice 3 - Questionário para Usuários dos Serviços de Saúde/Ceilândia

Anexo 1 - Questionário Usuário – PNAUM

Anexo 2 – Questionário Responsável pela AF no Município/DF

Anexo 3 - Instruções para colaboradores Revista Ciência e Saúde Coletiva

Anexo 4 - Normas Revista de Saúde Pública

Relação de siglas e abreviaturas

AF	Assistência Farmacêutica
APS	Atenção Primária à Saúde
CAPES	Coordenação de Aperfeiçoamento Pessoal de Nível Superior
CDC	<i>Centers for Disease Control and Prevention</i>
DATASUS	Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
DF	Distrito Federal
FCE	Faculdade de Ceilândia
HÓRUS	Sistema Nacional de Gestão da Assistência Farmacêutica
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
PNAF	Política Nacional de Assistência Farmacêutica
PNAUM	Pesquisa Nacional Sobre Acesso, Utilização e Uso Racional de Medicamentos
PNM	Política Nacional de Medicamentos
QUALIFAR	Programa Nacional de Qualificação da Assistência Farmacêutica Brasil
RA	Região Administrativa
SUS	Sistema Único de Saúde
UnB	Universidade de Brasília
URM	Uso Racional de Medicamentos

Resumo

Existem diversas barreiras para que os países sejam capazes de promover o acesso da população aos medicamentos com seu uso racional. No Brasil, a situação se traduz nos serviços de assistência farmacêutica na atenção primária aquém do desejado, especialmente na gestão das ações. Ademais, o acesso precisa ser melhor compreendido, por meio de suas dimensões, tirando o tradicional foco do medicamento, considerando o usuário e a qualidade dos serviços prestados. Nesta tese, foram construídos três artigos inéditos no sentido de explorar os desafios para a promoção do acesso a medicamentos e uso racional no país, trazendo subsídios para reorientação de estratégias e tomada de decisão. Trata-se de um estudo transversal, exploratório, que utilizou dados da Pesquisa Nacional sobre Acesso, Utilização e Uso Racional de Medicamentos (PNAUM) – componente serviços, bem como da pesquisa replicada pela doutoranda na Regional de Saúde de Ceilândia, utilizando os mesmos instrumentos da PNAUM. Foram entrevistados usuários dos serviços, responsáveis pela entrega de medicamentos, médicos, responsáveis pela assistência farmacêutica nos municípios brasileiros e secretários de saúde. Os dados da PNAUM foram coletados de julho a dezembro de 2014 e os de Ceilândia/DF de setembro de 2014 a janeiro de 2015. Os resultados dos artigos revelaram falhas na gestão das ações da assistência farmacêutica no Brasil, dificuldades de acesso aos medicamentos, com desigualdade na região Centro-Oeste, mais acentuadas em Ceilândia, e prevalência de incidentes pela utilização de medicamentos. Na gestão, as lacunas relacionam-se à ausência das ações de assistência farmacêutica no organograma das secretarias de saúde e nos planos de saúde; fragilidades na autonomia dos gestores e processos participativos; falta de profissionalização da gestão; falhas no processo de seleção de medicamentos (fundamental para o uso racional); desabastecimento e suporte tecnológico limitado. Elevada prevalência de usuários relatou diversos aspectos dos serviços que poderiam ser melhorados, demonstrando insatisfação e indiferença com os serviços de farmácia. A localização geográfica dos serviços e capacidade aquisitiva também foram barreiras de acesso referidas. Em relação aos medicamentos utilizados, foram identificados incidentes de automedicação, problemas com adesão, polimedicação e erros de medicação. A situação revelada nesta tese demonstrou

desafios que devem ser enfrentados para que a assistência farmacêutica no Brasil possa atingir o grau de qualidade desejado, garantindo o acesso e o uso racional de medicamentos. E, assim, atinja o potencial de contribuir para o fortalecimento da atenção primária universal, com justiça social, que ofereça o mais alto nível de saúde possível para a população.

Palavras-chave: Assistência Farmacêutica, Sistema Único de Saúde, Atenção Primária à Saúde, Acesso aos Serviços de Saúde, Uso de Medicamentos.

Abstract

There are various barriers to promoting access and rational use of medicines. In Brazil, this situation can be seen in poor quality of pharmaceutical services, especially in the infrastructure and management. Moreover, access must to be understood by its dimensions, pulling out the traditional medicine focus, considering the health system users and the quality of services. In this thesis, three original articles were written aiming to explore the challenges to promote access to medicines and rational use, arising new strategies and information to decision makers. This is a cross sectional and exploratory study, data were obtained from the The National Research of Access, Use and Promotion of Rational Use of Drugs in Brazil - Services Component, and from similar research replicated in Ceilândia – Federal District. Health system users, medicines deliverers, doctors, pharmaceutical services managers from Brazilian municipalities and secretaries of health were interviewed. PNAUM data were collected from 2014 July to December and Ceilândia data from 2014 September to 2015 March. The results demonstrate management shortcomings of Brazilian pharmaceutical services, barriers to access to medicines, inequalities in the Midwest, most notable in Ceilândia and medicines related incidents. Regarding pharmaceutical services management, they are not shown in the Secretariat of Health organization chart, not even in the health planning; weaknesses in the managers autonomy and participatory processes; lack of management professionalizing; selection of medicines process failure; supply shortages of medicines and limited technological support. High prevalence of users said that various services aspects could be improved, demonstrating dissatisfaction and indifference to the pharmaceutical services. Accessibility and affordability were

also access barriers. Incidents with medicines were identified: automedication, treatment compliance difficulties, polypharmacy and medication errors. The thesis results revealed challenges that must be faced by authorities in order to pharmaceutical services achieve the desired level of quality, ensuring access and rational use of medicines. Thus reaches the potential to contribute to the universal primary care, with social justice, which offers the highest possible level of health for the population.

Keywords: Pharmaceutical Services, Unified Health System, Primary Health Care, Health Services Accessibility, Drug utilization.

Apresentação

A presente tese de doutorado foi desenvolvida entre os anos de 2012 e 2016, junto ao Programa de Ciências e Tecnologias em Saúde – Faculdade de Ceilândia/Universidade de Brasília (FCE/UnB), na linha de pesquisa Estratégias Interdisciplinares em Promoção, Prevenção e Intervenção em Saúde. O corpo da tese é apresentado na modalidade de artigos científicos, conforme as normas deste Programa.

Na parte inicial, no item introdução, é apresentada uma descrição e contextualização da temática acesso e uso racional de medicamentos, no âmbito da assistência farmacêutica, na atenção primária do Sistema Único de Saúde (SUS). Este item ainda contém a justificativa, premissas, perguntas norteadoras e os objetivos do estudo.

Subsequente à introdução, seguem os três artigos que compõe a tese, entre os quais, dois encontram-se submetidos e o terceiro em fase de finalização para submissão.

Os artigos utilizaram dados obtidos da Pesquisa Nacional sobre Acesso, Utilização e Uso Racional de Medicamentos (PNAUM) – componente serviços, da qual a UnB foi uma das universidades integrantes, representando a região Centro-Oeste do Brasil. A orientadora e a doutoranda participaram na qualidade de coordenadora e pesquisadora auxiliar, respectivamente. A PNAUM foi a primeira pesquisa desse porte no país com intuito de estabelecer indicadores sobre acesso e uso racional de medicamentos, capazes de orientar a política de assistência farmacêutica dentro dos princípios e diretrizes do SUS, aperfeiçoando os serviços de saúde.(1)

Ressalta-se que a pesquisa foi replicada, para esta tese, nos Centros de Saúde da Região Administrativa de Ceilândia, gerando informações para construção de um dos artigos, entre outras que serão fonte para trabalhos futuros.

O primeiro artigo tratou da gestão da assistência farmacêutica, na atenção primária do SUS. Foi elaborada uma matriz de indicadores que pudessem servir de base para analisar a múltiplas facetas relacionadas à gestão, buscando identificar fatores condicionantes, que são determinantes para a promoção do acesso e do uso racional de medicamentos. Concluiu-se que existem desafios a

serem superados quanto aos fatores assistência farmacêutica como elemento organizativo, gestão participativa, capacidade técnica-gerencial, tecnologia de monitoramento e avaliação e produto da gestão.

No segundo artigo, com intuito abordar o acesso a medicamentos de uma forma mais abrangente, removendo o foco do medicamento e ampliando para os usuários e os serviços de saúde, foi realizado um estudo comparativo das diferentes dimensões do acesso a medicamentos entre a Região Administrativa de Ceilândia/Distrito Federal e a região Centro-Oeste. Os resultados indicaram desigualdade no acesso a medicamentos na região Centro-Oeste e barreiras mais notórias em Ceilândia, que apresentou piores indicadores nas dimensões de disponibilidade de medicamentos, aceitabilidade, acessibilidade geográfica e capacidade aquisitiva.

O terceiro artigo traz ineditismo ao abordar a segurança dos usuários de medicamentos, no âmbito da atenção primária à saúde. Foram identificados incidentes decorrentes da utilização irracional de medicamentos. Automedicação, adesão, informação, acesso, polimedicação e erro de medicação foram os incidentes observados a partir dos relatos dos usuários. Os resultados revelaram que na atenção primária o usuário também está vulnerável a incidentes com medicamentos, passíveis de ser evitáveis. São sugeridas estratégias de práticas seguras para esse nível de atenção que contribuam para a racionalidade dos tratamentos.

Na parte final da tese, encontra-se a sessão que contempla a discussão geral e conclusões, integrando o conteúdo dos três artigos, bem como informações sobre o método e execução do projeto de pesquisa que não foram abordados nos artigos.

Nos apêndices e anexos, encontram-se dois artigos resultantes do caminho percorrido ao longo da investigação, não inclusos como resultados diretos da tese, instrumentos de pesquisa citados nos artigos, do corpo da tese, e as normas dos periódicos aos quais foram submetidos os artigos.

Sobre o caminho percorrido

Ao longo da minha trajetória acadêmica, me encantei com a possibilidade de trabalhar com saúde pública, porém me frustrei ao perceber que não havia na minha faculdade professor que realizasse pesquisa na área. Na época, fiquei

surpresa e desiludida ao mesmo tempo. Hoje percebo que aquela realidade não era tão estranha, tendo em vista que era meados de 2000 e o nosso sistema público de saúde era ainda muito jovem, com cerca de 10 anos. Além disso, o farmacêutico não era figura presente nas equipes de saúde (assim como hoje, raramente é), especialmente nos serviços de saúde nas comunidades. Após a graduação, trabalhei alguns anos em farmácias comunitárias, sempre mantendo a intenção de algum dia chegar a atuar na saúde pública. Em 2007, entrei para um Programa de Residência Multidisciplinar em Saúde, em Porto Alegre/RS. Durante os 2 anos como residente, fiz parte da equipe da saúde do idoso, realizando atendimentos em três níveis de atenção (primária, ambulatório especializado e hospital). Estava realizando um sonho e, ao mesmo tempo, me desencantando com a realidade que estava vivenciando. Especialmente no posto de saúde onde trabalhei, existiam muitos problemas, não havia farmacêutico responsável, não havia um local específico para a farmácia, nem para armazenar os medicamentos, tampouco para atender os usuários no momento da entrega dos medicamentos prescritos. Tudo acontecia num corredor do posto, desde a guarda dos medicamentos (em uma prateleira), até o atendimento aos usuários. Os residentes farmacêuticos entregavam os medicamentos aos usuários num cantinho do corredor, sem nenhuma privacidade, sem condições de serem atendidos de forma adequada, humanizada. Usuários, médicos, funcionários, todos circulavam por aquele corredor, inclusive com livre acesso à prateleira dos medicamentos. Não havia controle dos estoques dos produtos, pedidos de compras eram feitos sem planejamento. Praticamente tudo estava inadequado. Era uma banalização da saúde. Isso foi em meados de 2008. No mestrado, em 2010, segui trabalhando com saúde do idoso, pois me encantava trabalhar em equipe, com pessoas e para as pessoas. Com essa experiência continuei aprendendo sobre as dificuldades do nosso sistema de saúde em proporcionar um atendimento de qualidade, que atendesse a todos, sem distinção, que oferecesse os medicamentos, ou outras alternativas terapêuticas. Faltavam medicamentos nas farmácias, as pessoas não tinham condições financeiras para comprá-los, não recebiam informações de como utilizar os produtos, alguns medicamentos não faziam o efeito desejado, ou faziam surgir outros efeitos para piorar a situação

de saúde. Eu me perguntava o porquê de tantas dificuldades e tentava auxiliar da forma que estava ao meu alcance.

Quando cheguei em Brasília, havia uma possibilidade de trabalho no Ministério da Saúde. Estava muito empolgada pois iria estar mais perto das grandes autoridades e talvez pudesse ter as respostas das minhas indagações. No entanto, isso não ocorreu, meu contrato de trabalho não foi concretizado. Então, encontrei um curso de pós-graduação interdisciplinar, que era o que eu desejava, seguir somando e multiplicando saberes. Procurei a prof^a Margô, inicialmente por ser farmacêutica e trabalhar com saúde do idoso. Conversamos, afinamos nossas ideias e logo começamos os trabalhos, meses antes da seleção para o doutorado. Durante cerca de um ano, ajudei a desenvolver um projeto de extensão, com idosos da comunidade, na perspectiva de ser o campo da tese, entretanto, surgiu a oportunidade e o desafio de trabalhar com a PNAUM. Mais uma vez, eu teria chance de ter as respostas para as minhas antigas perguntas e, melhor ainda, poder contribuir para melhorar a situação que eu havia vivenciado recentemente e, que parecia prevalecer, ou melhorar lentamente.

Ao longo do período do doutorado, participei na qualidade de pesquisadora auxiliar da PNAUM, fazendo parte do grupo de trabalho composta por representantes de demais universidades brasileiras. Entre as atividades realizadas, acompanhei reuniões de planejamento da equipe da PNAUM, realizei pesquisas secundárias em bases de dados para construção de projeto oficial e relatório de pesquisa, colaborei com revisão e testagem de questionários utilizados nas entrevistas com usuários, profissionais de saúde e gestores. Fui também uma das autoras do manuscrito (Apêndice 1), já submetido visando publicação no Suplemento especial da Revista de Saúde Pública sobre a PNAUM - Componente Serviços. A seleção de medicamentos tem papel fundamental na promoção do acesso e uso racional de medicamentos, pois orienta o planejamento e organização das demais ações da assistência farmacêutica e tem o potencial de promover o acesso a medicamentos eficazes e seguros para os usuários do Sistema Único de Saúde (SUS). No entanto, o estudo revelou algumas barreiras a serem superadas para que a seleção de medicamentos pudesse cumprir seu papel, idealizado pelas políticas públicas no país.

Paralelamente à PNAUM, Margô e eu decidimos que seria interessante replicar a pesquisa nos centros de saúde de Ceilândia, pelo compromisso social da Universidade com a comunidade e na perspectiva de buscar informações que pudessem fomentar a formulação de estratégias para melhorias nos serviços. As informações também seriam úteis para fins de comparabilidade com dados do Centro-Oeste e Brasil. Em 11 centros de saúde entrevistei usuários, responsáveis pela entrega de medicamentos, gerentes, conversei com médicos, observei e fotografei a estrutura das farmácias destes locais. Para a execução das entrevistas com os usuários, contei com o auxílio de cerca de 10 alunos dos cursos de graduação de farmácia e enfermagem da FCE. Esses alunos foram devidamente treinados e acompanhados por mim nas suas primeiras saídas ao campo. Semanalmente, encontrava cada um desses entrevistadores para entrega e recebimento dos questionários já preenchidos. Neste momento, eu checava o preenchimento dos questionários juntamente com o aluno e eram sanadas possíveis dúvidas. Todo o processo, desde o recrutamento dos alunos até a finalização das entrevistas, durou 11 meses, de abril de 2014 a março de 2015. Eu e mais dois alunos, que não foram ao campo, trabalhamos na construção do banco de dados, que ocorreu paralelamente ao campo, entre setembro de 2014 a abril de 2015. E de abril a junho foram realizados ajustes e limpeza do banco de dados.

Durante os meses de julho de 2015 e janeiro de 2016, me foi concedida bolsa de doutorado-sanduíche, pelo Programa Institucional de Bolsas de Doutorado Sanduíche no Exterior, da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior PDSE – CAPES. Nesse período, estive afiliada à Universidade de San Francisco na Califórnia – Estados Unidos, participando de atividades previstas em plano de trabalho. Com o propósito de conhecer modelos de cuidado para hipertensão na comunidade e outras condições de saúde prevalentes, realizei visitas técnicas nos serviços da organização de saúde *Kaiser Permanente*, em clínica ambulatorial e farmácia comercial. Além disso, participei de encontros para análise do modelo de tratamento para hipertensão na comunidade, descrito pelo “*Global Standardized Hypertension Treatment Project*” (do *U.S. Centers for Disease Control and Prevention- CDC*, em colaboração com a Organização Pan-Americana de Saúde - OPAS). Foram realizadas algumas análises estatísticas e seleção de indicadores contidos na

PNAUM - Componente Serviços para a construção de artigo científico (em fase de elaboração) que compara o modelo proposto pelo CDC e OPAS e a realidade brasileira.

Já de volta ao Brasil, trabalhei intensamente na construção da tese e dos artigos que a compõem. Foram várias discussões com a orientadora para a definição seleção dos indicadores mais adequados para responder as perguntas da tese e que também contemplassem informações da pesquisa realizada em Ceilândia, além da PNAUM (regiões brasileiras e Brasil). Certamente, não será possível explorar uma série de dados contidos no banco de dados provenientes da pesquisa de Ceilândia, contudo servirão para futuras pesquisas do grupo de pesquisas sobre o Acesso e Uso responsável de Medicamentos (AMUR) da FCE e, possivelmente, para meu projeto de pós-doutorado.

O doutorado contou com a concessão de bolsa da CAPES, permitindo que a doutoranda acompanhasse três projetos de iniciação científica (PIBIC), bem como o projeto de extensão junto à comunidade de idosos de Ceilândia. Dois trabalhos decorrentes do PIBIC estão sendo transformados em artigos, juntamente com alunos da graduação da FCE, para futura submissão. Um deles, sobre a construção de modelo lógico da assistência farmacêutica no DF, já apresentado em evento de iniciação científica da UnB (Apêndice 2), e outro, que utiliza dados da pesquisa replicada na Regional de Saúde de Ceilândia, em fase de finalização.

1. Introdução

O acesso a medicamentos tem sido um dos maiores desafios para os governos e autoridades em saúde mundiais.(2) A Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) reconhece que para superar o problema é necessário uma mudança na orientação e organização dos sistemas de saúde, inclusive nas políticas e ações de Assistência Farmacêutica (AF).(3) Essas mudanças devem acompanhar a dinâmica das sociedades, se voltando aos indivíduos, família e comunidade.(3, 4) Ademais, devem ser identificadas as barreiras para a garantia do acesso às populações, que podem ser de ordem socioeconômica, geográfica, sociocultural e, certamente, organizacional.(3)

Desde a criação da Organização Mundial da Saúde (OMS), os medicamentos têm sido considerados insumos prioritários para garantir o direito ao nível máximo de saúde. No final dos anos 70, após o lançamento do conceito de medicamentos essenciais e a partir da Conferência Mundial sobre Atenção Primária à Saúde (APS), os medicamentos passaram a constituir um dos elementos fundamentais para alcançar a meta de saúde para todos, representando uma das bases para a formulação de políticas farmacêuticas voltadas à saúde pública.(3)

Recentemente, a Organização Pan-americana de Saúde (OPAS) vem trabalhando a renovação da APS nas Américas, como uma estratégia para alcançar a cobertura da saúde universal, na qual o acesso a produtos e tecnologias de saúde é fundamental. (4) No entanto, apesar de todos os esforços, parte da população ainda não tem acesso aos medicamentos, indicando a necessidade de mudar o enfoque das políticas e estratégias adotadas pelos países. É necessário desenvolver uma nova visão, onde são priorizados os indivíduos, famílias e comunidade, ao contrário da antiga lógica centrada no produto medicamento.(3)

No Brasil, a Lei Orgânica de Saúde (Lei 8080/90) (5) que institui o Sistema Único de Saúde (SUS) assegurou ao cidadão brasileiro o acesso aos serviços de saúde, já previsto anteriormente pela Constituição Federal. De acordo com o artigo 6º da Lei 8080/90 a AF passou ser um dos campos de atuação do SUS. (5) No entanto, percebia-se uma AF desarticulada, em descompasso com as mudanças na área da saúde. Problemas no desabastecimento de medicamentos

para atender a APS, necessidade de acompanhar o processo de descentralização das ações do SUS e o dever do governo de garantir o acesso universal à saúde impulsionou a publicação da Política Nacional de Medicamentos (PNM), pela Portaria n.º 3.916, de 30 de outubro de 1998.(6, 7)

A PNM preconizou a reorientação da assistência farmacêutica, de modo que a gestão das ações nesse campo se voltasse para todos processos relacionados aos medicamentos, não se restringindo apenas à sua aquisição e distribuição.(7) A partir de então, a gestão da AF passou a ser descentralizada, orientada para a promoção do acesso e uso racional dos medicamentos (URM).(6) A PNM denominou a AF como um “grupo de atividades relacionadas com o medicamento, destinada a apoiar as ações de saúde demandadas por uma comunidade.” Essas atividades deveriam envolver, entre outras, o abastecimento de medicamentos até o monitoramento da utilização desses produtos.(6)

Ao passo que as demandas para a operacionalização das prioridades da PNM foram sendo percebidas, especialmente o acesso com uso racional dos medicamentos, foi instituída a Política Nacional de Assistência Farmacêutica (PNAF), por meio da Resolução nº 338, de 06 de maio de 2004. A partir desse momento, a AF passou a ser tratada como o “conjunto de ações voltadas à promoção, proteção e recuperação da saúde, tanto individual como coletiva, sendo o medicamento o insumo essencial e visando o acesso e o seu uso racional.”(8) Desta forma, a importância da discussão e elaboração de medidas para que o SUS pudesse garantir o acesso e uso racional de medicamentos foi reforçada pela PNAF.

Na PNAF estão previstas uma ampla gama de ações para que o acesso a medicamentos e o uso racional sejam alcançados. Essas ações envolvem, prioritariamente, a seleção, programação, aquisição, distribuição, dispensação de medicamentos, bem como, o acompanhamento e avaliação da sua utilização. Destaca-se a amplitude de atuação da AF, com suas diferentes práticas e com o medicamento como foco das ações.(8) Estas ações podem ser representadas por um ciclo logístico, que se desenvolve mediante a gestão, com suporte profissional e tecnológico e monitoramento e avaliação constantes das etapas constitutivas. (9) (Figura 1)

Figura 1. Ciclo da Assistência Farmacêutica.



Fonte: Marin et al., 2003.

A seleção é o início do ciclo, configurando o seu eixo, uma vez que as demais etapas se desencadeiam com base no elenco de medicamentos selecionados. O propósito da seleção de medicamentos é propiciar ganhos terapêuticos e econômicos. Os ganhos terapêuticos estão relacionados à promoção do uso racional, em outras palavras, promover o acesso a medicamentos eficazes e seguros, escolhidos com base nos problemas de saúde mais prevalentes da população e o uso racional de medicamentos. Os ganhos econômicos advêm da racionalização dos custos do tratamento para o sistema e sociedade.(9, 10)

A programação é a etapa na qual deve ser considerado o consumo, a demanda de serviços, o perfil epidemiológico da população atendida e recursos financeiros, de modo a garantir a aquisição e disponibilidade de medicamentos previamente selecionados, por um determinado período.(9)

A aquisição de medicamentos envolve uma série de procedimentos (jurídicos, técnicos, legais, gerenciais) que devem garantir que os medicamentos programados estejam disponíveis aos serviços, em quantidade e qualidade adequada.(7)

O armazenamento constitui-se do recebimento dos medicamentos adquiridos, estocagem, segurança, conservação e controle de estoques. Estas atividades, quando realizadas de forma efetiva, reduzem perdas e garantem a preservação e qualidade dos produtos.(7, 10)

A distribuição dos medicamentos adquiridos para as unidades/serviços que realizam a dispensação aos usuários, também está relacionada a processos logísticos, como o transporte ágil, seguro, com controle eficiente.(9)

Se todas as etapas do ciclo se sucederam de forma adequada, o medicamento estará disponível no serviço de saúde para ser utilizado pelo usuário. Esta fase também tem relação com a promoção do URM, uma vez que utilização pressupõe a prescrição do medicamento adequado às necessidades de saúde, na dose e tempo suficientes, a dispensação (entrega do medicamento com informações adequadas ao usuário), bem como o monitoramento do tratamento.(10)

É indiscutível que a disponibilidade de medicamentos representa elemento primordial para a APS, sendo considerada, inclusive, um indicativo de credibilidade dos serviços e ações em saúde. (11) No entanto, ressalta-se que para ocorrer acesso e uso racional destes produtos, é imprescindível que o conjunto de ações acima mencionadas estejam articuladas por intermédio de processos de gestão efetivos.(3, 7)Torna-se necessário, portanto, que os serviços de AF se qualifiquem para acompanhar as demandas impostas pelo cenário dinâmico da saúde(11, 12)e possam agregar valor às ações e serviços de APS.(7)

A APS é considerada eixo estratégico para a reestruturação de sistemas de saúde universais, com vistas à equidade, resolutividade e efetividade das ações.Em suas políticas públicas, o Brasil adotou o termo Atenção Básica, regulamentada a partir da publicação da Política Nacional Atenção Básica, pela Portaria nº 2488 de 21 de outubro de 2011.(13) De acordo com o documento, esse nível de atenção tem o objetivo de desenvolver um cuidado integral aos indivíduos e às coletividades, por meio de um conjunto de ações de saúde, que abrangem promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos e manutenção da saúde.

Segundo a OPAS, a AF baseada na APS tem uma relevância social e deve responder às necessidades do indivíduo, família e comunidade. Seus papéis e funções devem ser orientados no sentido de promover estilos de vida saudáveis, acesso e uso racional de medicamentos, contribuindo para o direito ao mais alto nível de saúde possível.(3)

De acordo com o Ministério da Saúde, para que os serviços farmacêuticos, sejam capazes de cumprir suas atribuições e promover o cuidado, é necessária a existência de condições mínimas relacionadas à área física, equipamentos, mobiliário, capacitação e treinamento de profissionais. Os serviços farmacêuticos no SUS compreendem atividades gerenciais e assistenciais e estão integradas aos serviços de saúde. Essas atividades têm por finalidade garantir a disponibilidade, qualidade e conservação dos medicamentos oferecidos pela rede pública, a sua efetividade, segurança e avaliação da terapêutica, bem como desenvolver ações de educação em saúde para usuários e educação permanente em saúde da equipe. (14)

Tendo em vista o compromisso público firmado no intuito de reorientação da AF e qualificação dos serviços farmacêuticos no SUS,(8) uma série de estratégias governamentais foram implantadas no país, entre elas destacam-se a produção de medicamentos genéricos; os Programas Farmácia Popular do Brasil; a atualização da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME); a elaboração do Formulário Terapêutico Nacional; a definição do bloco financiamento para a AF; o investimento em ferramentas tecnológicas de gestão com a implantação do Sistema Nacional de Gestão da Assistência Farmacêutica – Hórus (11) e, recentemente, o Programa Nacional de Qualificação da Assistência Farmacêutica Brasil (QUALIFAR-SUS).(15)

Apesar desses avanços e da relevância da AF no âmbito da atenção à saúde, existem evidências que há fragilidades e deficiências na capacidade de gestão para que se cumpram seus preceitos. (16) Estudos apontam que os serviços de AF não atendem requisitos mínimos de qualidade, especialmente nos serviços de APS em municípios brasileiros. (17) Essa situação torna-se preocupante uma vez que APS constitui a principal porta de entrada dos usuários no SUS(13) que o acesso representa um dos atributos da qualidade dos serviços.(3) Além disso, a APS possui papel relevante nos cuidados em saúde, pois representa o primeiro nível de contato de indivíduos, família e comunidade com o sistema de saúde. A atenção essencial ofertada pela APS deve estar provida de tecnologias, ser baseada em métodos práticos, cientificamente sólidos e socialmente aceitáveis.(4, 13)

Estudos revelam a existência de um grande distanciamento entre a AF primária legalmente estabelecida e a AF primária real dos municípios. (18)

Dentro da estrutura das unidades de saúde a farmácia geralmente ocupa pequenos espaços, muitas vezes sem as condições mínimas necessárias para o armazenamento adequado de medicamentos; além disso, ocorre a falta de pessoal qualificado. Os problemas encontrados vão desde o desabastecimento de medicamentos e má conservação no processo de armazenamento até a ausência total de orientação ao usuário quanto à utilização correta desses produtos. (19) É evidente a ausência de condições apropriadas para que este serviço desempenhe as suas funções de forma a assegurar o acesso aos medicamentos e a qualidade do cuidado.(20)

Pesquisa realizada na APS, em município da Bahia, verificou que 84,6% das unidades de saúde não dispunham de local adequado para a dispensação e armazenamento de medicamentos, bem como a escassez de recursos humanos. (21) Naves e Silver (2005) avaliaram a assistência farmacêutica em 15 serviços do Distrito Federal e observaram que em apenas duas unidades tinham farmacêutico responsável pela farmácia. Da lista de 40 medicamentos considerados essenciais para tratar os principais problemas de saúde da população, 83,2% estavam disponíveis, no entanto, eram comuns interrupções no abastecimento de medicamentos amplamente utilizados. (22) Estudo mais recente, também realizado no Distrito Federal e utilizando metodologia semelhante, referiu queda na disponibilidade de medicamentos para 79,9%.(23) Na pesquisa foram investigadas 66 farmácias e entrevistados 1320 usuários da APS, e os resultados revelaram uma série de inadequações, entre elas a baixa qualidade das prescrições, falta de farmacêuticos nas farmácias e de fonte de informações aos profissionais. A relação de medicamentos estava disponível em somente 13% dos consultórios e os protocolos clínicos em 10,3%. Souza et al., (2011) utilizaram indicadores para avaliar estrutura e processos de organização e gestão da assistência farmacêutica em um município de Sergipe e concluíram que a realidade apresentada estava distante do ideal, sendo a prescrição e a dispensação os pontos críticos.(24)

Além desse cenário desafiador para a qualificação da AF no país, destaca-se ao longo da trajetória histórica o predomínio do ciclo logístico, com caráter técnico e operacional da AF, sendo o medicamento o ator principal.(25, 26) Sob essa ótica, é dada ênfase no cuidado do medicamento como produto, em detrimento do cuidado prestado aos usuários de medicamentos.(16, 25, 26)

Esse panorama aponta um obstáculo para que o acesso aos medicamentos seja entendido como tecnologia inserida no contexto do acesso aos cuidados de saúde. (26-28) Interessante notar que essa conexão entre o acesso aos medicamentos e acesso à saúde é fortalecida pela ideia de que o acesso à saúde não ocorre simplesmente pela disponibilidade de serviços ou produtos.(28) Autores defendem um conceito de acesso ampliado, no qual não basta o serviço/produto estar disponível, é necessário que sejam consideradas as suas características e a dos seus usuários, a partir do processo de utilização.(29, 30)

Em se tratando de acesso a serviços de saúde, diferentes terminologias e indicadores são adotados para avaliação de políticas públicas.(29, 30) Apesar disso, observa-se que há uma convergência nas concepções de acesso de diferentes autores, que levam em consideração o grau de ajuste entre as características e recursos dos serviços ofertados e o perfil da população que utiliza os serviços.(28-30)

Particular interesse é dado a Penchansky & Thomas (1981), que se referem ao seu conceito de acesso como fundamental em políticas de saúde, inclusive para pesquisas avaliativas sobre os próprios serviços. Para esses autores, o acesso é entendido como um conjunto de cinco dimensões mensuráveis que representam um grau de ajuste entre o usuário do serviço e o sistema de saúde. A disponibilidade (*availability*) é entendida como uma relação entre o tipo e quantidade do produto ou serviço ofertado em relação ao fornecido. A acessibilidade (*accessibility*) se refere à localização geográfica entre produtos e serviços e a localização eventual do usuário. A adequação (*accomodation*) diz respeito à adequação dos serviços prestados, incluindo instalações, tempo de espera para consulta, etc. A capacidade aquisitiva (*affordability*) trata da relação entre o preço dos produtos ou serviços e a capacidade do usuário de pagar por estes. A aceitabilidade (*acceptability*) considera as atitudes e expectativas dos usuários sobre os produtos e serviços e características reais dos mesmos. (30)

Embora o acesso a medicamentos seja amplamente discutido pela OMS e tema preocupação em diversos países, a literatura menciona que o conceito de acesso a medicamentos e metodologias de avaliação das políticas públicas de medicamentos estão plena fase desenvolvimento, sem modelo acabado de avaliação.(31) Esta visão mais limitada do acesso está presente, inclusive, em

diversas pesquisas sobre acesso, que se limitam a parte das dimensões citadas anteriormente. (2, 31)

Segundo a OPAS, existe uma série de desafios para o desenvolvimento de serviços farmacêuticos baseados na APS. Além da eliminação das dificuldades de acesso, estruturação e gestão dos serviços, cabe destacar o compromisso com a melhoria de resultados terapêuticos e de saúde. Para que isso ocorra é necessário que o farmacêutico seja parte da equipe multiprofissional e sua prática seja orientada no sentido contribuir para a obtenção de melhores estados de saúde da população, fazendo com o que os usuários de medicamentos façam o melhor uso desses produtos. Entre os componentes desta missão estão assegurar a eficácia dos medicamentos e prevenir os danos causados por eles, elementos que compõem o uso racional de medicamentos.(3)

O uso racional de medicamentos ocorre quando os usuários “recebem o medicamento apropriado para as suas necessidades clínicas, na dose correta, por tempo adequado e com menor custo para a comunidade”.(32) De acordo com a OMS, mais da metade dos medicamentos são incorretamente prescritos, dispensados e vendidos, e essa proporção é semelhante ao uso incorreto pelo usuário.(33)

Questões relevantes quanto ao uso inadequado de medicamentos incluem automedicação, uso de múltiplos medicamentos (polifarmácia), falhas na adesão aos tratamentos.(26, 32, 34) Estes incidentes têm sido fonte de preocupação de profissionais, instituições e autoridades de saúde, pois não dizem respeito ao risco intrínseco do produto, mas refletem falhas ou erros ocorridos durante o processo de utilização, colocando em risco a segurança dos usuários. Ademais, incidentes com medicamentos podem resultar em dano físico, social, ou psicológico ao paciente,(35) bem como contribuir para aumento da morbidade e do tempo de internação hospitalar, acarretar custo se afetar negativamente a qualidade dos cuidados prestados pelo sistema de saúde.(36, 37)

Incidentes com medicamentos fazem parte do tema “segurança do paciente”, conforme explicitado no documento do Plano Nacional de Segurança do Paciente (PNSP).(38) A Portaria nº 529 de 1º de abril de 2013, que instituiu o PNSP, prevê a promoção da segurança do paciente em todos os estabelecimentos de saúde. De acordo com Portaria 529/2013, a promoção da

segurança envolve a identificação dos incidentes para investigar suas causas e estabelecer as medidas para evitar suas recorrências.(39)

Embora questões sobre segurança do paciente tenham sido mais amplamente discutidas no âmbito hospitalar, acredita-se que ampliar a discussão para a atenção primária é fundamental, (38) tendo em vista a responsabilidade desse nível de atenção na resolução de problemas e prevenção de agravos, com vistas à prevenção de situações que demandem ações de maior complexidade.(13)

Diante do exposto, torna-se evidente as múltiplas facetas relacionadas à efetivação do acesso e do uso racional de medicamentos na APS, no contexto das políticas públicas de saúde do país. Para esta tese de doutorado, três temas mereceram destaque. A primeira foi a importância da gestão adequada das ações da assistência farmacêutica, para garantir a disponibilidade e o uso racional de medicamentos. A segunda tratou da importância de trabalhar o acesso a medicamentos não somente sob o ponto de vista da disponibilidade do produto, mas abrangendo suas demais dimensões, com o foco ampliado ao usuário e aos serviços de saúde. A última se referiu aos incidentes relacionados à utilização de medicamentos, que podem comprometer a segurança do usuário, desqualificar o cuidado e configura uma barreira ao uso racional.

1.1 Justificativa

É indiscutível a relevância que a AF assume para a qualificação dos cuidados prestados na APS e para a consolidação do SUS, garantindo o acesso e o uso racional de medicamentos. Apesar do Brasil ter avançado no sentido de criar políticas específicas e estratégias para reorientação da AF, buscando atender as novas demandas impostas pela dinâmica da sociedade e em consonância com o preconizado por organizações internacionais (OPAS/OMS), uma série de desafios ainda precisam ser enfrentados para que as políticas de saúde sejam operacionalizadas com resultados efetivos.

Conforme o documento da PNM, para que as políticas tenham consequências práticas, é necessária a existência de contínua avaliação a fim dar suporte à reorientação das estratégias promovendo seu sistemático

aperfeiçoamento. A partir da compreensão que o monitoramento e avaliação dos processos de AF são fundamentais para intervir nos problemas, considera-se que estudos que visem investigar a realidade nesse campo, como é o caso desta tese, permitem aprofundar o conhecimento acerca dos desafios e oportunidades para os gestores em saúde. Sob essa ótica, os resultados obtidos pela presente pesquisa consistem na obtenção de informações que subsidiem o desenvolvimento das políticas públicas em saúde, contribuindo, então, para a qualificação da AF, para o acesso e uso racional de medicamentos e, conseqüentemente, para a integralidade do cuidado prestado na APS.

1.2 Premissas e Perguntas Norteadoras

Diante do exposto, esta tese de doutorado baseia-se nas seguintes **premissas**:

- a. O acesso e o uso racional de medicamentos são resultados de um conjunto de ações da assistência farmacêutica, viabilizados mediante processos adequados de gestão.
- b. O conceito de acesso a medicamentos vai além da disponibilidade destes produtos, ele envolve um conjunto de dimensões que devem ser observadas para avaliar em que medida o sistema de saúde é capaz de promover o acesso, apontando desafios a serem superados pelo sistema de saúde.
- c. A atenção primária é campo fértil para abordar problemas decorrentes da utilização de medicamentos, de modo a contribuir para a promoção do URM e para o desenvolvimento da segurança do paciente nesse nível de atenção.

As premissas levantam as seguintes **perguntas norteadoras**:

- a. Quais os atuais fatores que condicionam a gestão das ações de AF na APS do Brasil, comprometendo o acesso e o URM?
- b. Existem desafios a serem enfrentados para a promoção do acesso a medicamentos, na perspectiva das suas diferentes dimensões?

- c. Quais lições sobre a utilização de medicamentos na APS são possíveis de aprender de modo a contribuir para a promoção do URM e para o desenvolvimento da segurança do paciente nesse nível de atenção?

1.1 Objetivos

1.1.1 Objetivo Geral

Explorar o acesso e o uso racional de medicamentos, no contexto dos serviços de assistência farmacêutica, na atenção primária do Sistema Único de Saúde.

1.1.2 Objetivos Específicos

- a. Identificar os atuais fatores condicionantes da gestão da AF que comprometem o acesso e o URM, na atenção primária do SUS.
- b. Identificar indicadores para avaliação da gestão da AF no SUS.
- c. Explorar e comparar dimensões disponibilidade, aceitabilidade, acessibilidade geográfica e capacidade aquisitiva, do acesso a medicamentos, entre Ceilândia/Distrito Federal e a região Centro-Oeste, na atenção primária do SUS.
- d. Identificar e descrever os incidentes relacionados ao uso irracional de medicamentos, na APS no Centro-Oeste, na atenção primária do SUS.
- e. Contribuir para o desenvolvimento da discussão sobre a importância do uso apropriado de medicamentos para a segurança do usuário de medicamentos no âmbito da atenção primária.

2 Artigo I

Gestão da Assistência Farmacêutica na Atenção Primária no Brasil

Pharmaceutical services Management in Primary Care in Brazil

Título resumido: Gestão da Assistência Farmacêutica no SUS

RESUMO

OBJETIVO: Identificar fatores condicionantes da gestão da assistência farmacêutica na atenção primária no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

MÉTODO: Estudo com dados obtidos a partir da realização da Pesquisa Nacional sobre Acesso, Utilização e Promoção do Uso Racional de medicamentos no Brasil (PNAUM) componente serviços, realizada por meio de entrevistas com responsáveis pela assistência farmacêutica em municípios. Para identificar os fatores condicionantes da gestão foram considerados indicadores descritos por Barreto e Guimarães. Procedeu-se a análise dos resultados dos indicadores identificando aqueles que se destacaram como fatores condicionantes da gestão. Para as análises consideraram-se os pesos amostrais e a estrutura do plano de análise para amostras complexas. Os resultados foram expressos por meio de frequências e medidas de tendência central com intervalo de confiança de 95%, por regiões geográficas do Brasil. **RESULTADOS:** Foram identificados os fatores condicionantes: a Assistência Farmacêutica como Elemento Organizativo; Gestão participativa; Capacidade técnico-gerencial; Tecnologia de monitoramento e avaliação; Disponibilidade do medicamento como produto da gestão. Ressalta-se a ausência da assistência farmacêutica no organograma da secretaria (24%) e no plano de saúde (18%), a não participação dos gestores no conselho de saúde e a não referência desse tema na pauta das reuniões (58,4%), falta de autonomia financeira (61,5%) e conhecimento dos valores disponíveis (81,7%), falta de adoção de procedimentos operacionais em

cerca de 50% para seleção, programação e aquisição e o fato da maioria avaliar a organização da assistência farmacêutica como boa e ótima (58,8%), apesar dos indicadores preocupantes apontados. **CONCLUSÕES:** A gestão da assistência farmacêutica encontra-se respaldada em um arcabouço legal e político, que deveria nortear e contribuir para melhoria da AF na atenção primária no SUS. No entanto, há um descompasso entre os objetivos fixados por essas normativas e o que se observa na realidade, revelada pelos indicadores e fatores condicionantes analisados na presente pesquisa.

DESCRITORES: Assistência Farmacêutica, Gestão em Saúde, Atenção Primária à Saúde, Sistema Único de Saúde.

ABSTRACT

OBJECTIVE: To identify limiting factors of pharmaceutical care management in primary care of the Brazilian Unified Health System (SUS). **METHODS:** This is a cross-sectional study, complaining data from the The National Research of Access, Use and Promotion of Rational Use of Drugs in Brazil - Services Component. Managers of pharmaceutical care were interviewed in municipalities, in Brazilian regions, in 2015. A list of indicators considered adequated to evaluate the pharmaceutical care management in primary care were selected, then organized in groups according to the limiting factors. For the analyzes were considered the sample weights and the structure of the analysis plan for complex samples. The results were expressed by frequencies and measures of central tendency, 95% confidence interval, in regions of Brazil. **RESULTS:** We identified limiting factors: the Pharmaceutical Care as Organizational element; Participative management; Technical and managerial capacity; Technology of monitoring and evaluation; Availability. We emphasize the absence of pharmaceutical care in the org chart of the municipal health department (24%) and health planning documents (18%), the non-participation of managers in municipal health council (58,4%) and no mention of this issue on the agenda (39,1%) lack of financial autonomy (61,5%) and knowledge of the amount available for management (81,7%), low adoption of standard operating procedures and the fact that most managers evaluate the organization of pharmaceutical care as good or excellent (58.8%) despite the worrying indicators pointed out. **CONCLUSIONS:** The management of pharmaceutical care is supported by a legal and political

framework, which should guide and contribute to improve the organization of it in the municipalities. However, there is a mismatch between what the regulations say and what is observed in reality of the management of pharmaceutical care in primary care, which was revealed by the indicators and limiting factors analyzed in this study.

DESCRIPTORS: Pharmaceutical Services, Health management, Primary Health Care, Unified Health System.

INTRODUÇÃO

A efetivação da assistência farmacêutica (AF) é apontada como um dos desafios para a consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS).¹² Um dos aspectos que contribui para o enfrentamento dessa questão está relacionado diretamente ao desenvolvimento da sua gestão no SUS, pressuposto para garantir o acesso aos medicamentos e à integralidade da assistência terapêutica.²² No entanto, os municípios brasileiros apresentam uma série de fragilidades no tocante à descentralização das ações e à capacidade de gestão da AF, sobretudo no campo da atenção primária à saúde.^{12,16}

No Brasil, a preocupação com a promoção do acesso aos medicamentos e a descentralização das ações de AF foram alavancadas somente 10 anos após a criação do SUS, a partir da Política Nacional de Medicamentos (PNM) e da Política Nacional de Assistência Farmacêutica (PNAF).¹⁹ Desde então, o Ministério da Saúde empenha esforços para a reorientação da AF, buscando não restringir as ações para o componente logístico, de modo a ampliar o olhar para a melhoria da gestão e a qualidade dos serviços.²² Apesar dos avanços, a elevada frequência de problemas na gestão da AF, vivenciados por municípios, revela as dificuldades ainda existentes no SUS, para ofertar serviços farmacêuticos com qualidade, no sentido de garantir o acesso e a efetividade das ações em saúde.²⁰

Alguns autores referem que existe um distanciamento entre a legislação e as práticas gerenciais na organização dos serviços da AF na atenção primária e a realidade enfrentada pelos municípios brasileiros.^{12,16} Observa-se que ainda há um percurso longo a seguir para ampliar a capacidade operativa dos municípios no processo de descentralização da gestão da AF,³ evidenciando a necessidade de fortalecê-la para que os propósitos da PNM sejam efetivados.²²

Neste sentido é importante que sejam desenvolvidas ações com vistas a avaliar a gestão da AF no SUS, trazendo subsídios para tomada de decisões com vistas a sua qualificação. Estudo recente em municípios baianos, utilizou uma série de indicadores agrupados em dimensões organizacional, operacional e sustentabilidade, os quais são considerados adequados para avaliar a gestão da AF uma vez que contemplam ações do ciclo logístico, bem como são capazes de representar ações estratégicas e de sustentabilidade dos resultados da gestão.³

A Pesquisa Nacional sobre Acesso, Utilização e Uso Racional de Medicamentos (PNAUM) – componente serviços teve como objetivo caracterizar a organização dos serviços de assistência farmacêutica na atenção primária do SUS, com vistas ao acesso e a promoção do uso racional de medicamentos, bem como identificar e discutir os fatores que interferem na consolidação da assistência farmacêutica no âmbito municipal.

O presente artigo integra a Pesquisa Nacional sobre Acesso, Utilização e Uso Racional de Medicamentos (PNAUM) – componente serviços – e teve por objetivo identificar fatores condicionantes da gestão da AF na atenção primária no âmbito do SUS, sob a perspectiva dos seus responsáveis nas cinco regiões brasileiras.

MÉTODOS

A PNAUM é um estudo transversal, exploratório, de natureza avaliativa, composto por um levantamento de informações numa amostra representativa de serviços de atenção primária, em municípios das regiões do Brasil. Várias populações de estudo foram consideradas no plano de amostragem, com amostras estratificadas pelas regiões, que constituem domínios do estudo¹. Foram realizadas entrevistas presenciais com usuários, médicos e responsáveis pela entrega dos medicamentos nos serviços de atenção primária do SUS, além de observação das instalações dos serviços farmacêuticos e entrevistas telefônicas com os responsáveis municipais pela AF. Os dados foram coletados de julho a dezembro de 2014.

Os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. A PNAUM foi aprovada pelo Comitê Nacional de Ética em Pesquisa

do Conselho Nacional de Saúde, mediante Parecer nº 398.131/2013. A metodologia da PNAUM serviços, bem como o processo amostral estão descritos detalhadamente em Alvares et al.¹(2016).

No presente artigo, foram utilizados dados coletados a partir das entrevistas com os responsáveis pela AF nos 600 municípios da amostra da PNAUM. As entrevistas foram conduzidas com o auxílio de um questionário estruturado contendo blocos de perguntas relacionadas ao perfil do entrevistado; estrutura e organização da AF; atividades do ciclo da AF; controle social; informação e monitoramento do uso de medicamentos.

A identificação dos fatores condicionantes da gestão da AF ocorreu em três etapas. Na etapa 1 foi realizada a seleção dos indicadores contidos nos questionários dos responsáveis pela AF, tomando como base os blocos de indicadores organizacional, operacional e de sustentabilidade da gestão da AF, descritos por Barreto e Guimarães³ (2010). Na etapa 2 procedeu-se a análise crítica dos resultados dos indicadores. Por fim, na etapa 3, os indicadores foram categorizados em blocos de acordo com os tipos de condicionantes observados pelos autores.

A gestão é um processo técnico, político e social capaz de produzir resultados.³ Ela é institucionalizada por meio da formalização de estruturas, processos, rotinas, fluxos e procedimentos, em um ambiente complexo caracterizado por uma série de condicionantes relacionados ao problema em questão.¹⁸

Os dados foram analisados a partir do software SPSS® versão 21. Para as análises consideraram-se os pesos amostrais e a estrutura do plano de análise para amostras complexas. Os resultados foram expressos por meio de frequências para variáveis categóricas e medidas de tendência central para variáveis numéricas, por regiões geográficas do Brasil, ambas com Intervalo de confiança de 95% (IC95%).

Para avaliar a diferença entre as proporções foi adotado o teste do qui-quadrado. A avaliação das diferenças entre as médias foi realizada por meio da utilização de modelos lineares generalizados, sendo adotada o teste do Bonferroni para comparações múltiplas. Foram significativas as análises com valores de $p \leq 0,05$.

RESULTADOS

Da amostra 600 municípios da PNAUM, foram utilizados dados de entrevistas com 506 responsáveis pela AF nos municípios. A maioria dos entrevistados era mulheres (62%), com idade média 34,8 anos, 53,7% concursados e média de tempo no cargo de 40 meses.

Dentre os indicadores investigados, foram identificados os seguintes fatores condicionantes da gestão da AF na atenção primária de saúde do SUS no Brasil: a AF como elemento organizativo (fator 1); a gestão participativa (fator 2); a capacidade técnica-gerencial (fator 3); a tecnologia de monitoramento e avaliação (fator 4) e produto da gestão (fator 5).

Na Tabela 1 são apresentados os indicadores do fator condicionante 1. Observa-se em cerca de 20% dos municípios estudados nas diferentes regiões, a AF não estava incluída no organograma da Secretaria Municipal de Saúde.

Uma diferença significativa foi encontrada entre as regiões em relação ao indicador AF como parte do plano municipal/Distrital de saúde, no qual 18% dos municípios a AF não constava no plano de saúde. A maioria (85,3%) dos entrevistados respondeu haver no respectivo município uma lista padronizada de medicamentos embora, apenas 12,5% declararam a existência de comissão de farmácia e terapêutica (CFT) reconhecida por portaria, destes, metade se reunia com uma periodicidade maior que uma vez por semestre). Outro aspecto relevante, foi que menos da metade (34,8%) dos municípios brasileiros contavam com comissões de licitação específicas para aquisição de medicamentos.

No fator condicionante 2, os indicadores mostraram que menos da metade dos municípios brasileiros (cerca de 30%) possuía mecanismos para receber críticas e sugestões dos usuários e dos trabalhadores sobre a AF. Quase 60% dos entrevistados responderam que os gestores participavam dos Conselhos Municipais de Saúde (CMS), no entanto 39,1% referiram que a AF não faz parte da temática discutida nas reuniões. (Tabela 2)

Uma série de indicadores descritos na Tabela 3 caracteriza o fator condicionante 3. Entre eles, percebe-se que o percentual de municípios que investiu na estruturação da AF foi inferior a 50%. Dos 499 respondentes, 220 (44,3%) afirmaram que os municípios ou Distrito Federal (DF) realizaram gastos com estruturação dos serviços (reformas, construção, etc) e, entre eles 66,5%

não recebeu repasse dos estados e união para este fim. Grande parte dos gestores (81,7%) não soube informar qual foi o gasto com AF no município ou DF. Mais da metade (61,5%) dos responsáveis responderam não ter autonomia de gestão dos recursos financeiros definidos para a AF.

Não havia procedimentos operacionais padrão (POP) para seleção de medicamentos em aproximadamente 50% dos municípios, bem como em 13,4% dos municípios ou DF não era o farmacêutico quem fazia as especificações técnicas para a compra de medicamentos, mesmo que mais de 90% dos responsáveis da AF fossem farmacêuticos. Constatou-se que cerca de 80% da amostra de municípios possuía relação de medicamentos vencidos maior de 5% em relação ao total das aquisições realizadas.

Foi observado elevado percentual de Municípios (82,1%) onde a Secretaria Municipal de Saúde (SMS) contava com assessoria jurídica para responder as demandas judiciais. Embora a maioria dos responsáveis (80,4%) referiu que a lista de medicamentos adotada pelo município é atualizada pelo menos anualmente, 70,1% avaliou que a mesma atende parcialmente as demandas da população. A maioria (58,8%) avaliou a organização da assistência farmacêutica como boa e ótima.

Em relação ao fator 4, quase 30% dos entrevistados relataram que o município não conta com sistema informatizado para a gestão da AF; menos da metade estava ligado em rede com outras unidades de saúde e apenas 34,2% não o utilizam para controle e execução financeira.

Cerca de 80% dos gestores relataram não haver mecanismo para o registro de queixa técnica e notificação de eventos adversos. Em se tratando das condições do local de armazenamento dos medicamentos, os itens umidade e temperatura destacam-se com menores percentuais de monitoramento. (Tabela 4)

Por fim, o fator 5 é produto da gestão, cujo indicador de disponibilidade de medicamentos revelou que em 21,3% (IC 95%=17,5- 25,9) dos municípios brasileiros houve período de desabastecimento no último ano, com diferença estatisticamente significativa ($p=0,003$) entre as regiões: Norte (34,6%; IC 95%=25,0 - 45,5), Nordeste (13,8%; IC 95%=7,6- 23,8), Centro-Oeste (29,8%; IC 95%=21,4 - 39,8) , Sudeste (29,8%; IC 95%=21,4 - 39,8), Sul (24,7%; IC 95%=17,2 - 34,1).

DISCUSSÃO

O fato da AF não aparecer na estrutura organizacional da Secretaria Municipal de Saúde, situação observada em um quarto dos municípios investigados, pode comprometer sua inclusão no processo de planejamento em saúde e repercutir negativamente na execução de suas atividades. A estrutura organizacional compreende a identificação, análise, ordenação e agrupamento das atividades e recursos visando ao alcance dos resultados anteriormente estabelecidos pelo planejamento.¹⁷

Autores apontam que a maneira como a AF é organizada no âmbito do SUS limita seu campo de atuação e a fragmentação das suas atividades pode contribuir para a desarticulação com as demais ações em saúde.³ Essa situação é vislumbrada ao se verificar que a AF não consta nos planos de saúde de 18% dos municípios, o que se constitui em entrave de gestão para área, uma vez que suas ações devem ser planejadas no contexto das demais ações de saúde e declaradas como compromisso nos planos de saúde.⁹ Os planos de saúde são instrumentos centrais do planejamento, que devem ser elaborados a partir de uma análise situacional, refletindo necessidades de saúde da população e servindo de base para a execução, o monitoramento, a avaliação e o exercício da gestão do sistema de saúde dos municípios.⁸

Embora 85,3% dos municípios entrevistados nas diferentes regiões tenham respondido que adotam uma lista de medicamentos, a grande maioria (87,5%) não possuía CFT formalizada e quando havia não se reunia com periodicidade. No processo de gestão, a Comissão de Farmácia e Terapêutica desempenha papel relevante relacionado à seleção de medicamentos, especialmente os essenciais, que são aqueles que tratam a maioria das doenças ou aqueles problemas de saúde considerados prioritários que acometem uma população.¹⁵ Cabe ressaltar que apenas 34,8% dos municípios pesquisados possuíam comissão de licitação específica para AF, podendo complicar ainda mais o cenário de gestão e comprometer a disponibilidade de medicamentos seguros, eficazes e custo-efetivos à população.

Em relação ao fator condicionante 2, a baixa participação do gestor da AF nos CMS também deve ser alvo de preocupação, já que isto dificulta a contribuição deste ator com as discussões sobre o tema, bem como impede que

as demandas dos usuários sejam observadas. Em adição, os gestores relatam que em alguns municípios não há mecanismos para ouvidoria de usuários e trabalhadores, evidenciando fragilidades no processo de escuta na gestão. A gestão participativa deve ser institucionalizada e vista como direito, que na saúde conformam um sistema único e descentralizado, garantindo espaços institucionais de participação da sociedade na gestão da saúde. A participação em saúde ficou estabelecida no Art. 198 da Constituição, regulamentada pela Lei 8080/90⁵ e complementada pela Lei 8142/90⁶ e pelo Decreto 7805/2011⁴ que fixou a prática do controle social mediante um movimento que passa por Conferências e Conselhos de Saúde, configurando um padrão de representatividade na construção, operação e gestão das políticas sociais, especialmente as de saúde. Apesar disso, 39,1% dos gestores dizem que a AF não faz parte da temática discutida no âmbito dos Conselhos Municipais de Saúde, demonstrando um descompasso entre a Política Nacional de AF e as normativas empregadas na construção da gestão do SUS.

Autores referem ser possível distinguir uma área específica da AF relacionada à tecnologia de gestão do medicamento, de forma a garantir o abastecimento e o acesso e, portanto, demanda de um perfil específico para a execução das atividades.² Apesar do elevado grau de escolaridade dos responsáveis da AF no Brasil - maioria com formação superior, sendo 90,7% graduados em Farmácia e cerca de 20% pós-graduados, verificou-se que apenas 11,7% dos municípios oferecem qualificação ou capacitação para profissionais da AF. Os resultados indicam um grau de deficiência de incentivo para a formação de profissionais com habilidades específicas para gestão, considerando a complexidade do tema e as especificidades do setor público e da atenção primária a saúde. Este é um desafio a ser superado para qualificação da gestão, uma vez que a legislação da área¹⁰ orienta uma série de responsabilidades do farmacêutico na área da gestão.

A tecnologia de gestão também se caracteriza por procedimentos pré-estabelecidos e um conjunto de atividades necessárias ao cumprimento dos aspectos legais das políticas de saúde.² Sob essa ótica, diversos indicadores que corresponderam à capacidade técnico-gerencial da AF, também foram avaliados em estudos prévios.^{12,20} Embora partindo de abordagens metodológicas diversas, muitos dos resultados descritos pelos autores são

condizentes com os observados pela presente pesquisa, como inobservância de normas para aquisição de medicamentos, ausência de contrapartida, medicamentos com validade expirada.

O percentual de municípios com inobservância de normas para aquisição de medicamentos descrita em pesquisa realizada em municípios do estado da Paraíba,¹² foi de 52,7%, semelhante aos achados do presente trabalho. No entanto, estudo realizado a partir de relatórios de auditorias da Controladoria Geral da União em municípios brasileiros,²⁰ apresentou resultados inferiores (19,4%). A frequência de municípios com falta de contrapartida encontrada nesses estudos foi 20%²⁰ e 13,6%¹² e a existência de medicamentos vencidos foi 13,2%²⁰ e 10,9%¹². Nos achados desta pesquisa, as frequências foram um pouco maiores para ambos indicadores, (21,3% e 33,5%, respectivamente).

Foi relatada ausência de POP para seleção, programação e aquisição de medicamentos em cerca de 50% da amostra. A ausência, ou deficiência nesses processos pode desencadear erros sucessivos que irão refletir em perdas e desperdícios de recursos públicos, impactando no acesso da população aos medicamentos e dificultando à garantia de integralidade da assistência à saúde, um dos princípios do SUS.²⁰ Interessante destacar, que há uma parcela (13,4%) dos municípios onde não é o farmacêutico quem faz as especificações técnicas para a compra do medicamento e em quase 30% dos municípios observa-se a compra de medicamentos em farmácias locais, o que pode revelar a dimensão do problema da gestão nesses processos, uma vez que o processo licitatório tem como um dos princípios selecionar a proposta mais vantajosa para a administração pública.⁷ Auditorias públicas apontaram que 14,5% dos municípios no Nordeste do país, a aquisição ocorreu sem o processo licitatório.¹²

A autonomia do gestor sobre os recursos financeiros é fundamental para a tomada de decisões.³ Nesse sentido a falta de autonomia financeira declarada por 61,5% dos responsáveis da AF, associada ao fato de 81,7% não saberem informar qual foi o gasto do município com AF, pode determinar expressivas limitações em executar a gestão de forma efetiva. Em se tratando do repasse de recursos de outras esferas, uma parcela de municípios investiu recursos próprios na estruturação da AF, embora em percentual menor de 50%, suscitando as seguintes hipóteses: a AF já está estruturada, a estruturação ainda não é uma preocupação da gestão, ou não há recursos. E um pequeno percentual dos

municípios recebeu apoio Estadual e Federal. O financiamento da AF deve ser pactuado entre União, Estados, Distrito Federal e municípios, no entanto, uma vez que se admite um subfinanciamento do SUS, também se espera que haja problemas na gestão da AF.²¹ Interessante destacar que apesar de uma série de dificuldades ainda existentes na realidade da AF descentralizada, a maioria (58,8%) dos seus responsáveis avaliou a organização como boa e ótima.

O uso de um sistema informatizado para apoiar as atividades de gestão da AF tem sido incentivado pelo Ministério da Saúde,¹⁴ no entanto os indicadores do fator condicionante 4 apontaram para algumas limitações. Quase 30% dos municípios relataram não ter um sistema informatizado para a gestão da AF. Além disso, apesar do sistema disponibilizado ao SUS ser gratuito e contar com possibilidades para gerenciamento de uma série de informações e compartilhamento com a rede de saúde, 34,2% da amostra dos municípios não utilizavam para controle e execução financeira e menos da metade estava ligado em rede.

A utilização de mecanismo para o registro de queixa técnica e notificação de eventos adversos, bem como a realização de registros de medicamentos vencidos e de controles de condições de armazenamento foram considerados para retratar as formas de monitoramento e avaliação da gestão. Esses dois itens devem ser sistemáticos, contínuos e fornecer informações que permitam uma rápida avaliação situacional. A ausência de mecanismos que forneçam subsídios para a identificação de problemas e tomada de decisão vai impactar na gestão.¹³ Tendo em vista o elevado percentual da inexistência de mecanismos para o registro de queixa técnica e notificação de eventos adversos nos municípios (79,9%), está evidente a necessidade de se investir na sua criação, uma vez que são instrumentos fundamentais para atividades de farmacovigilância, fazendo-se cumprir um dos preceitos da PNM.

Embora a PNAF oriente o deslocamento do foco das ações da AF do medicamento para o usuário, é imprescindível que o medicamento esteja disponível para que o preconizado acesso com uso racional ocorra. E como a gestão busca atingir objetivos em consonância com o contexto na qual se encontra¹⁸, certamente uma das finalidades da gestão da AF é atender aos preceitos da legislação vigente¹¹ e garantir o acesso da população aos medicamentos. Sob esse prisma, o desabastecimento foi percebido como

indicador para o fator condicionante 5, no qual, cerca de 20% dos municípios no Brasil alegaram ter havido algum período de desabastecimento no último ano. Foi observada diferença significativa ($p=0,003$) entre as regiões, com destaque para o Nordeste (13,8%), com menor desabastecimento e Norte com maior percentual de municípios enfrentando desabastecimento de medicamentos no último ano (34,6%). Estudo prévio descreveu frequência de desabastecimento semelhante para o contexto nacional (24,1%),²⁰ entretanto, municípios da região Nordeste apresentavam maior prevalência de desabastecimento (30,3%).¹² As diferenças podem ser decorrentes de melhorias na gestão da AF no Nordeste, ou se justificariam por diferentes abordagens metodológicas das pesquisas.

Os indicadores utilizados neste estudo foram capazes de revelar fatores condicionantes ainda existentes na gestão da AF a nível nacional. Importante ressaltar que a gestão da AF está inter-relacionada com o sistema de saúde, suas facetas e diversos atores envolvidos no processo. Portanto, a sua avaliação pode requerer um conjunto ampliado de indicadores, além dos que foram possíveis nesta pesquisa.

CONCLUSÕES

A análise crítica e integrada dos resultados dessa pesquisa, por parte dos gestores da saúde e demais atores partícipes do processo de gestão da AF, podem contribuir para o enfrentamento dos desafios prevalentes na atenção primária à saúde, nas cinco regiões brasileiras. A gestão da assistência farmacêutica encontra-se respaldada em um arcabouço legal e político, o que deveria nortear e contribuir para melhorias no seu processo efetividade das ações. No entanto, há um descompasso entre o que é posto por essas normativas e o que se observa na realidade, revelada pelos indicadores e fatores condicionantes analisados na presente pesquisa.

Portanto, é necessária a apropriação dos fatores condicionantes da gestão da AF que são críticos para qualidade das ações e dificultam o alcance dos objetivos das políticas AF no SUS. Estes fatores, por sua vez, são passíveis de mudança, de acordo com a situação e as necessidades, influenciando a tomada de decisão, a implementação de novas ações e os planejamentos futuros para a área. Os avanços na estruturação dos processos de gestão movidos especialmente pelas contribuições da legislação e das normatizações do MS,

por intermédio de incentivos na organização dos serviços de AF na atenção primária e o estabelecimento de financiamento para a AF no SUS são indiscutíveis. No entanto, os dados encontrados demonstram que as lacunas encontradas entre a AF na atenção primária do SUS legalmente estabelecida e a AF na atenção primária do SUS que ocorre nas regiões brasileiras envolvem amplamente os fatores condicionantes da sua gestão.

Agradecimentos

Ao Ministério da Saúde, pelo financiamento e apoio técnico para a realização da Pesquisa Nacional sobre Acesso, Utilização e Promoção do Uso Racional de Medicamentos - PNAUM; aos pesquisadores e respectivas Instituições de Ensino Superior integrantes da Pesquisa e, à Coordenação Executiva da PNAUM Componente de Avaliação dos Serviços de Assistência Farmacêutica Básica, da Universidade Federal de Minas Gerais.

Financiamento

Esta pesquisa foi financiada pelo Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos e Departamento de Ciência e Tecnologia da Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos do Ministério da Saúde.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Alvares J, Almeida AM, Alves MCGP, Bastos J, Pena D. Pesquisa Nacional de Acesso, Utilização e Promoção do Uso Racional de Medicamentos: métodos. *Revista de Saúde Pública*. 2016. (No prelo).
2. Araújo ALA, Ueta JM, Freitas O. Assistência farmacêutica como um modelo tecnológico em atenção primária à saúde *Pharmaceutical assistance as a technological model in healthcare. Rev. cienc. farm. basica apl.*26(2):87-92.
3. Barreto JL, Guimarães MC. Avaliação da gestão descentralizada da assistência farmacêutica básica em municípios baianos, Brasil. *Cad Saude Publica*. Jun 2010;26(6):1207-1220. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2010000600014>
4. Brasil. Decreto nº 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. *Diário Oficial da União*, Brasília, jun. 2011.

5. Brasil. Lei nº 8080 de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União, 1990.
6. Brasil. Lei nº 8142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, dez.1990.
7. Brasil. Lei nº 8.666, de 21 de junho de 1993 Regulamenta o Art. 37, inciso XXI, da Constituição Federal, institui normas para licitações e contratos da Administração Pública e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, jun. 1993.
8. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria 2135 de 25 de setembro de 2013. Estabelece diretrizes para o processo de planejamento no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, 2013.
9. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Planejar é preciso: uma proposta de método para aplicação à assistência farmacêutica. Brasília, 2006.
10. Brasil. Resolução do Conselho Federal de Farmácia -CFF nº 578 de 26.07.2013. Regulamenta as atribuições técnico-gerenciais do farmacêutico na gestão da assistência farmacêutica no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União, Brasília, ago.2013.
11. Brasil. Resolução nº 338 de 06 de mai. de 2004. Aprova a Política Nacional de Assistência Farmacêutica.: Diário Oficial da União; 06 de mai. de 2004.
12. Bruns SF, Luiza VL, Oliveira EA. Gestão da assistência farmacêutica em municípios do estado da Paraíba (PB): olhando a aplicação de recursos públicos. *Revista de Administração Pública*. 2014;48:745-765.
13. Carvalho AL, Souza MF, Shimizu HE, Senra IM, Oliveira KC. A gestão do SUS e as práticas de monitoramento e avaliação: possibilidades e desafios para a construção de uma agenda estratégica. *Cien Saude Colet*. Apr 2012;17(4):901-911. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232012000400012>
14. Costa KS, Nascimento Jr JM. Horus: inpvção tecnológica na assistência farmacêutica no sistema único de saúde. *Rev Saude Publica*. 2012;46(1):91-99. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102012005000063>
15. Marin N, et al. Assistência farmacêutica para gerentes municipais. Rio de Janeiro: OPAS/OMS , 2003.
16. Mendes SJ, Manzini F, Farias MR, Leite SN. Gestão da Assistência Farmacêutica: Avaliação de um município catarinense [Internet]. *Revista Eletrônica Gestão & Saúde*. 2015;6(1):4-29. Disponível em: <http://gestaoesaude.unb.br/index.php/gestaoesaude/article/view/966>
17. Oliveira DPR. *Estrutura Organizacional: uma abordagem para resultados e competitividade*. São Paulo; Atlas; 2006.
18. Tanaka OY, Tamaki EM. O papel da avaliação para a tomada de decisão na gestão de serviços de saúde. *Cien Saude Colet*. Apr

2012;17(4):821-828.
81232012000400002

[http://dx.doi.org/10.1590/S1413-](http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232012000400002)

19. Vieira F. Assistência farmacêutica no sistema público de saúde do Brasil. *Rev Panam Salud Publica*. 2010;27(2):149-156. <http://dx.doi.org/10.1590/S1020-49892010000200010>
20. Vieira F. Qualificação dos serviços farmacêuticos no Brasil: aspectos inconclusos da agenda do Sistema Único de Saúde. *Rev Panam Salud Publica*. 2008;24(2):91-100.
21. Vieira FS, Zucchi P. Financiamento da Assistência Farmacêutica no Sistema Único de Saúde. 2013;22:73-84.
22. Vieira FS, Zucchi P. Gestão da Assistência Farmacêutica: Análise da situação de alguns municípios. *Tempus, actas de saúde colet*. 2014;8(4):11-29.

Tabela 1. Indicadores do fator condicionante Assistência Farmacêutica como Elemento Organizativo, na Atenção Primária do SUS, por região no Brasil. PNAUM, 2015.

Indicadores	Norte	Nordeste	Centro - Oeste	Sudeste	Sul	Brasil	<i>p valor</i>
	N (%) (IC 95%)						
AF no organograma da Secretaria de Saúde Municipal/DF (n=504)	62 (63,8) (53,3 - 73,1)	76 (78,3) (67,9 - 86,1)	76 (75,1) (65,4 - 82,7)	84 (80,0) (70,7 - 86,9)	78 (72,0) (62,5 - 79,9)	376 (76,0) (71,4 - 80,1)	0,343
AF no plano municipal/Distrital de saúde (n=504)	72 (74,2) (64,1 - 82,2)	88 (92,3) (84,0 - 96,5)	77 (76,1) (66,5 - 83,6)	81 (74,9) (65,2 - 82,6)	91 (83,1) (74,5 - 89,2)	409 (82,0) (77,9 - 85,5)	0,001
Municípios/DF com CFT (n=503)	14 (10,7) (6,0 - 18,3)	16 (9,5) (4,8 - 18,0)	16 (13,6) (8,2 - 21,9)	19 (13,3) (7,8 - 21,7)	23 (15,6) (9,8 - 23,9)	88 (12,5) (9,5 - 16,3)	0,628
Reunião da CFT com regularidade mínima semestral em Municípios/DF (n=105)	8 (40,4) (19,6 - 65,3)	13 (62,4) (30,7 - 86,2)	8 (38,9) (18,7-63,9)	13 (57,3) (32,4 - 79,0)	15 (43,8) (24,5 - 65,2)	57 (51,5) (38,8 - 63,9)	0,934
Municípios/DF que possuem lista de medicamentos (n=495)	69 (70,6) (60,3 - 79,1)	85 (90,8) (81,8 - 95,6)	81 (82,9) (73,7 - 89,2)	89 (86,9) (78,3 - 92,4)	91 (82,0) (73,2 - 88,4)	415 (85,3) (81,4 - 88,5)	0,077
Municípios/DF com frequência de atualização da lista de medicamentos pelo menos anual (n=419)	56 (82,9) (71,8 - 90,3)	69 (83,8) (73,3 - 90,7)	65 (83,1) (73,5 - 89,7)	72 (81,2) (71,1 - 88,3)	66 (73,1) (62,6 - 81,5)	328 (80,4) (75,6 - 84,5)	0,333
Municípios onde há comissão permanente de licitação exclusiva para a aquisição de medicamentos	34 (37,2) (27,9 - 47,7)	26 (30,1) (20,9 - 41,3)	43 (44,8) (35,1 - 55,0)	39 (35,7) (26,6 - 45,9)	40 (35,0) (26,4 - 44,8)	182 (34,8) (30,0 - 39,9)	0,574

AF = Assistência Farmacêutica; DF= Distrito Federal; CFT = Comissão de Farmácia e Terapêutica.

Fonte: PNAUM Serviços - Brasil, 2015

Tabela 2. Indicadores do fator condicionante Gestão Participativa da assistência farmacêutica, na Atenção Primária do SUS, por região no Brasil. PNAUM, 2015.

Indicadores	Norte	Nordeste	Centro - Oeste	Sudeste	Sul	Brasil	<i>p valor</i>
	N (%) (IC 95%)						
Municípios onde há prestação de contas dos gastos com AF feita no CMS do município (n=323)	38 (56,0) (43,6 - 67,7)	32 (63,9) (48,7 - 76,8)	41 (63,6) (50,6 - 74,3)	40 (61,1) (48,5 - 72,4)	46 (65,4) (53,0 - 76,0)	197 (62,6) (56,1 - 68,7)	0,670
Municípios onde participação do gestor da AF no CMS (n=410)	39 (44,5) (34,2 - 55,4)	25 (38,1) (26,4 - 51,5)	41 (51,2) (39,9 - 62,3)	37 (41,9) (31,7 - 52,9)	36 (40,6) (30,5 - 51,5)	178 (41,6) (36,1 - 47,4)	0,854
Municípios onde o CMS delibera sobre questões concernentes à AF (n=420)	51 (58,2) (47,2 - 68,4)	43 (59,3) (46,5 - 71,0)	58 (70,2) (59,1 - 79,4)	54 (60,2) (49,3 - 70,1)	55 (61,5) (50,7 - 71,3)	261 (60,9) (55,2 - 66,3)	0,632
Municípios que possuem mecanismos para receber críticas e sugestões dos usuários sobre a AF (n=506)	35 (38,8) (29,2- 49,3)	26 (24,3) (16,1- 34,8)	34 (33,0) (24,3 - 42,9)	38 (35,8) (26,8 - 45,9)	43 (37,4) (28,5 - 47,2)	176 (32,7) (28,1 - 37,7)	0,566
Municípios que possuem mecanismos para receber críticas e sugestões dos trabalhadores da saúde sobre a AF (n=420)	25 (28,8) (20,1 - 39,6)	18 (23,8) (14,7 - 36,2)	34 (41,1) (30,7 - 52,3)	33 (35,5) (25,9 - 46,4)	34 (36,5) (26,9-47,3)	144 (32,4) (27,4 - 37,9)	0,434

AF = Assistência Farmacêutica; CMS = Conselho Municipal de Saúde.

Fonte: PNAUM Serviços - Brasil, 2015

Tabela 3. Indicadores do fator condicionante Capacidade Técnica-Gerencial da gestão da assistência farmacêutica, na Atenção Primária do SUS, por região no Brasil. PNAUM, 2015.

Indicadores	Norte	Nordeste	Centro - Oeste	Sudeste	Sul	Brasil	<i>p valor</i>
	N (%) (IC 95%)						
Grau de escolaridade do gestor (n=504)							0,015
Gestores com até ensino médio completo	6 (6,8) (3,1 - 14,4)	2 (2,6) (0,6 - 9,8)	6 (6,2) (2,8 - 13,3)	3 (3,1) (1,0 - 9,3)	4 (4,0) (1,5 - 10,1)	21 (3,7) (2,2 - 6,1)	
Gestores com ensino superior completo	78 (83,3) (74,1 - 9,7)	66 (71,3) (60,4 - 80,3)	72 (74,0) (64,4 - 81,8)	83 (80,9) (71,8 - 87,6)	68 (60,3) (50,5 - 69,4)	367 (72,9) (68,2 - 77,2)	
Gestores com Pós- graduação	11 (9,9) (5,3 - 17,9)	26 (36,1) (17,5 - 36,9)	22 (19,7) (13,0 - 28,8)	19 (16,0) (9,9 - 24,7)	38 (35,7) (27,0 - 45,6)	116 (23,4) (19,3 - 28,0)	
% de municípios que oferecem qualificação ou capacitação para profissionais da AF (n=418)	9 (10,1) (5,2 - 18,8)	8 (11,6) (5,6 - 22,4)	11 (14,6) (8,3 - 24,6)	11 (13,3) (7,5-22,6)	11 (9,2) (4,7 - 17,4)	50 (11,7) (8,5 - 16,0)	0,800
Municípios onde há POP para: (n=491)							
Seleção de medicamentos	42 (45,9) (35,6 - 56,6)	46 (48,8) (37,7 - 60,0)	50 (51,5) (41,4 - 61,4)	60 (56,5) (46,3 - 66,1)	52 (45,9) (36,4 - 55,7)	250 (50,6) (45,3 - 55,8)	0,564
Programação	40 (45,0) (34,6 - 55,8)	50 (56,1) (44,7 - 67,0)	53 (53,0) (43,0 - 62,9)	68 (64,6) (54,4 - 73,7)	48 (43,2) (33,8 - 53,1)	259 (54,7) (49,5 - 59,9)	0,038
Aquisição	47 (52,6) (41,9 - 63,1)	52 (58,8) (47,3 - 69,4)	52 (52,8) (42,7 - 62,6)	69 (66,7) (56,5 - 75,5)	55 (49,4) (39,7 - 59,1)	275 (58,2) (52,9 - 63,2)	0,078
Municípios onde o farmacêutico é quem faz a especificação técnica de							0,352

medicamentos a serem comprados (n=505)	77 (80,4) (70,9 - 87,4)	78 (83,1) (73,1 - 89,9)	90 (90,4) (82,7 - 94,9)	91 (89,3) (81,4 - 94,1)	96 (88,0) (80,1 - 93,0)	432 (86,6) (82,6 - 89,7)	
Municípios onde há compra medicamentos em farmácias locais (n=499)							<0,001
Sempre	4 (4,5) (1,7-11,4)	2 (2,6) (0,6-9,9)	16 (17,0) (10,6-26,0)	11 (11,7) (6,6-20,1)	12 (12,0) (6,9-20,0)	45 (9,0) (6,5-12,3)	
Repetidamente	4 (4,5) (1,7-11,4)	4 (4,0) (1,3-11,5)	7 (7,4) (3,6-14,8)	4 (4,3) (1,6-10,9)	13 (13,0) (7,7-21,1)	32 (6,5) (4,4-9,4)	
Às vezes	14 (15,9) (9,5-24,8)	19 (21,0) (13,3-31,6)	35 (36,3) (27,3-46,5)	31 (31,1) (22,5-41,2)	35 (32,2) (23,8-42,0)	134 (27,6) (23,3-32,5)	
Raramente	25 (27,2) (18,9 - 37,3)	15 (14,6) (8,3 - 24,3)	17(17,2) (10,9 - 26,3)	22 (20,5) (13,5 - 29,9)	19 (18,1) (11,7 - 26,9)	98 (18,4) (14,8 - 22,8)	
Nunca	41 (40,9) (31,2 - 51,3)	43(46,1) (35,3 - 57,2)	20 (18,8) (12,2 - 27,9)	30 (28,0) (19,9 - 38,0)	26 (20,8) (14,0 - 29,8)	160 (31,9) (27,2 - 36,9)	
Municípios onde a relação da porcentagem média de medicamentos vencidos pelo total de aquisições é de até 5% (n=489)	77 (84,1) (75,1 - 90,3)	66 (73,9) (62,8 - 82,7)	80 (83,3) (74,5 - 89,5)	86 (85,5) (76,5 - 91,4)	91 (83,0) (74,3 - 89,2)	400 (81,3) (76,7 - 85,1)	0,472
Municípios onde a secretaria conta com assessoria jurídica para responder as demandas judiciais (n=322)	37 (83,2) (67,9 - 92,1)	49 (84,8) (70,2 - 93,0)	62 (85,3) (74,8 - 92,0)	61 (80,4) (69,0 - 88,3)	61 (80,5) (69,2 - 88,3)	270 (82,1) (76,5 - 86,7)	0,855
Municípios onde a coordenação da AF tem autonomia de gestão dos recursos financeiros definidos para a AF? (n=504)	53 (57,0) (46,6 - 66,9)	39 (43,4) (32,9 - 54,5)	44 (44,9) (35,3 - 55,0)	35 (32,7) (24,0 - 42,7)	36 (31,7) (23,3 - 41,4)	207 (38,5) (33,6 - 43,6)	0,079
Municípios que receberam do Estado ou União recursos destinados à estruturação da AF primária no último ano (reformas, construção, etc) (n=499)	23 (23,3) (15,7 - 33,1)	37 (44,3) (33,5 - 55,7)	23 (23,6) (16,1 - 33,2)	35 (34,6) (25,8 - 44,7)	27 (25,8) (18,2 - 35,2)	145 (33,5) (28,7 - 38,7)	0,066
	35 (34,2)	50 (54,5)	44 (45,9)	35 (32,4)	56 (50,2)		0,015

Municípios que realizaram gastos com a estruturação da AF no último ano (n=501)	(25,2 - 44,5)	(43,3 - 65,1)	(36,1 - 56,0)	(23,7 - 42,5)	(40,6 - 59,9)	220 (44,3) (39,3 - 49,5)	
Gestores que não souberam informar qual foi o gasto total do município com a AF no último ano (n=501)	77 (85,2) (76,0 - 91,2)	67 (76,8) (65,9 - 85,0)	84 (88,5) (80,5 - 93,5)	79 (85,6) (77,0 - 91,7)	82 (79,0) (69,8 - 86,0)	389 (81,7) (77,2 - 85,5)	0,213
Gestores que avaliam que a lista de medicamentos adotada pelo município atende as demandas da população (n=501)							0,349
Totalmente	16 (24,6) (15,6 - 36,5)	24 (27,2) (18,1 - 38,7)	25 (29,3) (20,4 - 40,1)	32 (34,6) (25,1 - 45,5)	27 (27,8) (19,2 - 38,2)	124 (29,7) (24,7 - 35,1)	
Parcialmente	55 (75,4) (63,5 - 84,4)	63 (72,8) (61,3 - 81,9)	59 (70,7) (59,9 - 79,6)	59 (65,4) (54,5 - 74,9)	65 (71,1) (60,5 - 79,7)	301 (70,1) (64,6 - 75,0)	
Avaliação da organização da AF no município/DF, pelo gestor (n=420)							0,852
Ótima	8 (9,8) (5,0 - 18,5)	4 (5,0) (1,6 - 14,3)	7 (9,3) (4,5 - 18,3)	7 (8,4) (4,0 - 16,6)	6 (7,1) (3,2 - 15,1)	32 (7,4) (4,9 - 10,9)	
Boa	38 (42,0) (31,9 - 52,9)	39 (56,4) (43,8 - 68,3)	42 (54,8) (43,5 - 65,6)	44 (48,2) (37,7 - 58,9)	48 (52,1) (41,4 - 62,5)	211(51,4) (45,7 - 57,0)	
Regular	32 (38,3) (28,4 - 49,3)	22 (30,0) (19,8 - 42,6)	25 (29,2) (20,1 - 40,3)	32 (36,1) (26,5 - 46,9)	25 (28,7) (20,0 - 39,3)	136 (32,3) (27,3 - 37,9)	

AF = Assistência Farmacêutica; DF= Distrito Federal; POP = Procedimento Operacional Padrão.
Fonte: PNAUM Serviços - Brasil, 2015

Tabela 4. Indicadores do fator condicionante Tecnologias de Monitoramento e Avaliação da gestão da assistência farmacêutica, na Atenção Primária do SUS, por região no Brasil. PNAUM, 2015.

Indicadores	Norte	Nordeste	Centro - Oeste	Sudeste	Sul	Brasil	<i>p valor</i>
	N (%) (IC 95%)						
Municípios onde há algum mecanismo para o registro de queixa técnica) notificação de eventos adversos dos medicamentos (n=417)	19 (22,2) (14,5 - 32,5)	15 (15,9) (8,6 - 27,5)	19 (24,6) (16,1 - 35,6)	21 (22,9) (15,1 - 33,2)	23 (23,1) (15,3 - 33,2)	97 (21,1) (16,9 - 26,1)	0,212
Municípios onde há registros de medicamentos vencidos (n=497)	77 (79,6) (69,9 - 86,7)	72 (75,9) (64,9 - 84,3)	84 (85,9) (77,4 - 91,6)	85 (81,7) (72,4 - 88,3)	94 (86,0) (77,8 - 91,5)	412 (81,2) (76,7 - 85,0)	0,119
Municípios onde há um sistema informatizado para gestão da AF? (n=501)	41 (40,1) (30,5 - 50,5)	60 (61,2) (50,0 - 71,4)	54 (53,5) (43,5 - 63,3)	81 (78,7) (69,2 - 85,8)	95 (87,9) (79,9 - 93,0)	331 (70,6) (65,9 - 74,9)	<0,001
Municípios onde há monitoramento das condições local de armazenamento dos medicamentos (n=497)							
Temperatura	71 (72,0) (61,8-80,3)	82 (88,0) (78,4-93,7)	81 (82,0) (72,8-88,5)	82 (79,4) (69,9-86,5)	94 (85,1) (76,7-90,8)	410 (82,9) (78,6-86,4)	0,101
Umidade	58 (57,4) (47,0-67,2)	73 (77,2) (66,4-85,4)	72 (72,4) (62,5-80,5)	68 (65,3) (55,1-74,3)	75 (66,3) (56,6-74,9)	346 (69,0) (64,0-73,5)	0,229
Limpeza	84 (86,6) (77,7-92,2)	85 (93,3) (84,8-97,2)	90(92,3) (84,9-96,2)	97 (94,6) (87,6-97,8)	103 (94,0) (87,3-97,3)	459 (93,2) (90,2-95,4)	0,363
Proteção contra insetos	74 (76,2) (66,3-83,9)	80 (87,8) (78,3-93,5)	83 (84,9) (76,1-90,8)	88 (84,9) (76,0-90,9)	97(88,1) (80,1-93,1)	422 (85,8) (81,8-89,0)	0,183

Municípios onde o sistema informatizado contempla os itens: (n=336)							
Aquisição	32 (79,0) (63,0 - 89,3)	48 (79,1) (65,5 - 88,3)	46 (84,3) (71,6 - 92,0)	73 (87,1) (77,7 - 92,9)	79 (84,0) (74,8 - 90,3)	278 (83,7) (78,6 - 87,8)	0,837
Controle e execução financeira	27 (69,2) (52,9 - 81,8)	39 (69,8) (55,5 - 81,1)	36 (67,7) (53,8 - 79,0)	53 (64,0) (52,8 - 73,8)	60 (63,6) (53,2 - 73,0)	215 (65,8) (59,7 - 71,4)	0,723
Armazenamento e Controle de estoque	35 (87,4) (72,7 - 94,8)	55 (91,7) (79,9 - 96,8)	54 (100) (100 - 100)	75 (88,4) (79,2 - 93,9)	85 (88,6) (80,1 - 93,8)	304 (90,0) (85,5 - 93,2)	
Entrega de medicamentos ao usuário	29 (70,6) (54,1 - 83,1)	48 (77,2) (63,4 - 86,9)	48 (89,7) (78,1 - 95,5)	80 (94,8) (87,1 - 98,0)	93 (97,7) (91,3 - 99,4)	298 (89,8) (85,4 - 93,0)	0,036
Municípios onde o sistema informatizado está ligado em rede com UBS? (n=331)	14 (29,6) (17,6 - 45,1)	26 (33,2) (21,9 - 46,1)	34 (57,4) (44,0 - 69,8)	39 (44,3) (33,7 - 55,5)	59 (62,9) (52,4 - 72,3)	172 (46,6) (40,7 - 52,6)	0,009
Municípios onde o sistema informatizado possui cadastro de usuário - Prontuário do Paciente (n=336)	8 (22,4) (11,6- 38,8)	20 (37,2) (24,8 - 51,4)	25 (46,1) (33,0 - 59,7)	51 (62,6) (51,4 - 72,6)	57 (58,9) (48,3 - 68,7)	161(52,4) (46,3 - 58,4)	0,004

AF = Assistência Farmacêutica; UBS = Unidade Básica de Saúde.
Fonte: PNAUM Serviços - Brasil, 2015

3 Artigo II

Desigualdade no acesso a medicamentos na Região Centro-Oeste do Brasil: o caso de Ceilândia/Distrito Federal

Título resumido: Desigualdade no acesso a medicamentos

Inequality in access to medicines in Primary Care in the Central-western

Brazil: the case of Ceilândia/Distrito Federal

Running head: Unequal access to medicines

Resumo

O acesso a medicamentos tem sido alvo de investigações, entretanto, usualmente não ocorre a avaliação conjunta das suas dimensões de disponibilidade, acessibilidade geográfica, aceitabilidade e capacidade aquisitiva. O objetivo deste artigo foi comparar as dimensões do acesso a medicamentos entre a Região Administrativa de Ceilândia/Distrito Federal e a região Centro-Oeste, onde se situa. Foi conduzido um estudo transversal a partir de entrevistas com usuários de serviços do SUS, destas duas localidades. Os dados do Centro-Oeste foram obtidos a partir da Pesquisa Nacional sobre Acesso, Utilização e Promoção do Uso Racional de medicamentos no Brasil (PNAUM) - Componente Serviços, e os de Ceilândia, por meio de aplicação de questionário idêntico ao da PNAUM. Para a análises dos dados foi utilizada estatística descritiva e inferencial. Em Ceilândia (n=393), 48,5% afirmaram obter seus medicamentos no SUS e no Centro-Oeste (n=1558), 55,2% ($p<0,001$). Ceilândia apresentou piores indicadores de disponibilidade, aceitabilidade, acessibilidade geográfica e capacidade aquisitiva

($p < 0,001$). Os resultados indicam desigualdade no acesso a medicamentos na região Centro-Oeste e barreiras, mais notórias em Ceilândia, constatações que podem subsidiar o planejamento de políticas públicas. **Palavras-chave:** Acesso aos Serviços de Saúde; Equidade no acesso; Assistência farmacêutica; Sistema Único de Saúde.

Abstract

Access to medicines has been investigated, however, usually does not occur the full assessment of the dimensions of availability, accessibility, acceptability and affordability. The aim of this paper was to compare the dimensions of access to medicines between Ceilândia Administrative Region / Federal District and the Central-western, Brazil where it is located. A cross-sectional study was conducted through interviews with the SUS service users, from these two locations. Data from the Midwest were obtained from the The National Research of Access, Use and Promotion of Rational Use of Drugs in Brazil - Services Component, and Ceilândia data through questionnaire identical to PNAUM. To data analysis was used descriptive and inferential statistics.

In Ceilândia ($n=393$), 48,5% said they get the medicines from the Unified Health System and in the Midwest ($n=1558$), 55,2% ($p < 0,001$). Ceilândia showed worse availability indicators, accomodation, accessibility and affordability ($p < 0.001$). The results indicate unequal access to medicines in the Midwest and barriers, most notable in Ceilândia, findings that can support the planning of public policies.

Keywords: Health Services Accessibility, equity in access, pharmaceutical services, Unified Health System.

Introdução

Há cerca de 30 anos a Constituição Federal Brasileira e as subsequentes políticas públicas de saúde prescrevem o acesso universal dos cidadãos aos serviços de saúde e à assistência farmacêutica, o que inclui o acesso aos medicamentos¹. No entanto, a existência de elevado percentual de municípios com dificuldades para ofertar serviços capazes de garantir o acesso e uso racional de medicamentos, compromete a qualidade do Sistema Único de Saúde (SUS)². Essa situação reflete os desafios dos governos em ampliar o acesso aos medicamentos, também enfrentado por outros países da América Latina.³

A partir da implantação do SUS, em 1990, o Brasil buscou ampliar o acesso à saúde e aos medicamentos por meio da criação de uma série de políticas e programas, entre os quais se destaca desde 2004 a Política Nacional de Assistência Farmacêutica (PNAF), norteadora do acesso aos medicamentos no país^{2,4}. A PNAF evidenciou a necessidade da organização das ações e serviços relacionados aos medicamentos em seus diversos campos, com foco nos usuários dos serviços, garantindo os princípios da Universalidade, Integralidade e Equidade do SUS, e evitando que o medicamento seja uma fonte de custos e agravos desnecessários⁵.

Embora a PNAF represente marco importante na organização efetiva das ações para a oferta de medicamentos, esforços para melhoria na qualidade dos serviços com a finalidade de promover o acesso aos medicamentos são bastante recentes. Esse fato merece especial atenção, pois a inefetividade do acesso aos medicamentos pode causar

abandono dos tratamentos, piores no estado de saúde e maior utilização dos serviços de saúde, implicando mais gastos tanto para os usuários, quanto para o sistema².

Nesse contexto, urge a importância de se investigar o acesso, para melhor compreender o problema a fim de criar estratégias capazes de promover atenção diferenciada compatíveis com as necessidades e, assim, melhor desenhar as políticas públicas^{6,7}. A literatura refere que a avaliação do acesso deve envolver diferentes dimensões de disponibilidade, acessibilidade geográfica, adequação, aceitabilidade e capacidade aquisitiva, mensuradas por um conjunto de indicadores, de modo a contemplar os diferentes aspectos que estão relacionados ao tema⁸. No entanto, os estudos sobre acesso a medicamentos frequentemente contemplam apenas as dimensões de disponibilidade de e capacidade aquisitiva^{3,9}.

Recentemente, o acesso a medicamentos foi investigado com um olhar pouco mais abrangente na América Central¹⁰, entre regiões de um mesmo país na América Latina⁶ e entre um grupo populacional no Brasil⁷. Esses estudos têm em comum a observação da existência de desigualdades no acesso sob o ponto de vista socioeconômico, entretanto em cada um deles foram abordados diferentes indicadores para mensurar o acesso, sem contemplar o conjunto de suas dimensões. A dimensão comumente abordada foi a disponibilidade de medicamentos^{6,7,10}, seguida das barreiras geográficas^{6,10}, e houve menções da percepção do indivíduo sobre o horário e viabilidade de utilizar os serviços de saúde¹⁰.

Considerando que a legislação brasileira preconiza o acesso aos medicamentos com equidade, parte-se do pressuposto que é necessário estudar o tema a partir de suas dimensões de disponibilidade, acessibilidade geográfica, aceitabilidade e capacidade aquisitiva, propiciando o entendimento ampliado do problema e observando possíveis

desigualdades entre diferentes grupos da população. Nesse sentido, o objetivo deste estudo foi explorar e comparar o acesso a medicamentos entre Ceilândia/Distrito Federal (DF) e sua respectiva região Centro-Oeste do Brasil, buscando encontrar subsídios que auxiliem no desenho e efetividade das políticas públicas.

Metodologia

Trata-se de um estudo transversal, exploratório, sobre o acesso a medicamentos, na perspectiva dos usuários em serviços de Atenção Primária à Saúde (APS), na região Centro-Oeste do Brasil e na Região Administrativa Ceilândia – Distrito Federal.

O Centro-Oeste, uma das cinco regiões do Brasil, é formada por três estados: Mato Grosso, Mato Grosso do Sul, Goiás, além do DF, onde situa-se Brasília, a capital do país. O DF é dividido em 31 regiões administrativas (RA), sendo Ceilândia - RA IX, a mais populosa. Ceilândia está situada a 26 quilômetros da RA I - Brasília e sua população urbana para 2015 foi estimada em 489.351 habitantes, representando cerca de 15% da população do DF¹¹.

Após nove anos após a formação de Brasília, aglomerações de pessoas se multiplicaram no seu entorno caracterizando as “favelas”, que se tornaram um preocupante problema social. Em face disso, o governo criou a primeira Campanha de Erradicação de Favelas – CEI, no Distrito Federal. Assim, foram removidos os diversos grupos para a nova cidade que passou a se chamar Ceilândia¹¹.

Os dados referentes ao Centro-Oeste foram extraídos da PNAUM serviços - Pesquisa Nacional Sobre Utilização e Acesso a Medicamentos em serviços de saúde. A PNAUM foi um estudo transversal, exploratório, de natureza avaliativa, composto por um levantamento de informações numa amostra representativa de serviços de atenção

primária à saúde (posto de saúde, centro de saúde ou unidade básica de saúde e unidade mista), em municípios das cinco regiões do Brasil. Várias populações de estudo foram consideradas no plano de amostragem, com amostras estratificadas pelas regiões, que constituem domínios do estudo¹². Embora Ceilândia pertença à região Centro-Oeste, ela não fez parte do elenco de municípios sorteados na amostragem da PNAUM, portanto, procedeu-se a uma estimativa do tamanho de amostra de usuários requerido para o presente estudo, a partir do número de pessoas atendidas nos serviços de APS, considerando uma prevalência de desfecho de 50% com um intervalo de confiança de 95%.

Em ambas as localidades, foram realizadas entrevistas com usuários, maiores de 18 anos, dos serviços. Os dados de Ceilândia foram coletados por meio de modelo idêntico de questionário estruturado da PNAUM, contendo perguntas sobre saúde, estilo de vida, medicamentos utilizados, acesso a serviços e medicamentos, percepção sobre os serviços ofertados e dados sócio demográficos. Os dados da PNAUM foram coletados de julho a dezembro de 2014 e os de Ceilândia de setembro de 2014 a março de 2015.

O acesso foi avaliado a partir de dimensões mensuráveis que representam um grau de ajuste entre o usuário do serviço e o sistema de saúde, adaptadas do marco conceitual descrito por Pechansky e Thomas⁸. A dimensão disponibilidade (availability) foi entendida como a disponibilidade de medicamentos nos serviços para os usuários; a acessibilidade (accessibility) se referiu à localização geográfica entre os serviços e a localização eventual do usuário; a aceitabilidade (acceptability) tratou da adequação entre as características dos serviços prestados e as expectativas e necessidades dos usuários; por fim, a capacidade aquisitiva (affordability) definida pela capacidade do usuário de pagar pelos medicamentos quando não estavam disponíveis nos serviços⁸.

Para caracterização sócio demográfica da amostra foram selecionadas variáveis gênero, faixa etária, estado civil, escolaridade, raça, classes econômicas (conforme classificação ABEP¹³). Para cada uma das dimensões do acesso, foi elencado um conjunto de variáveis capazes de trazer informações relacionadas ao seu conceito. Na dimensão aceitabilidade, foram incluídas oito variáveis relacionadas à satisfação dos usuários foi verificada por meio de oito perguntas, com possibilidade de respostas em escala Likert, de 1 a 5, na qual 1 está relacionada à pior avaliação e 5 à melhor avaliação (fiabilidade interna razoável de acordo com o valor 0,695 do α de Cronbach). O somatório dos escores das oito perguntas são: ≤ 8 (muito ruim); 9 – 16 (ruim); 17 - 24 (nem bom, nem ruim); 25 – 32 (bom); 33 - 40 (muito bom). Procedeu-se à análise descritiva da amostra através de frequências para variáveis de natureza qualitativa e da análise da média, desvio padrão, mínimo e máximo para variáveis de natureza quantitativa (escala Likert). Para o tratamento quantitativo das porcentagens de obtenção de medicamentos no SUS, na Farmácia Popular e em farmácia comercial foi adotada a seguinte fórmula (%=frequência absoluta na categoria de interesse/número de medicamentos em questão) que considerou a possibilidade de um entrevistado utilizar mais de um medicamento.

No intuito de testar a existência de diferenças estatisticamente significativas nas diferentes porcentagens e em variáveis ordinais suscetíveis de tratamento quantitativo realizaram-se testes *t* de *student*, utilizados para comparação de médias de duas amostras independentes (Ceilândia e Centro-Oeste). Nos casos em que as variáveis a explicar eram de natureza nominal qualitativa, realizaram-se múltiplos testes de Independência do Qui-Quadrado, que visam essencialmente averiguar se existem relações estatisticamente significativas entre variáveis. Nos cruzamentos 2x2, examinou-se o Teste Exato de

Fischer. Os procedimentos foram realizados por meio do *software* de análise estatística da IBM SPSS® 22.0.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de ética em Pesquisa FEPECS/SES-DF, sob parecer de nº737.800. Consentimentos livres e esclarecidos foram obtidos dos inquiridos antes da entrevista, garantindo o sigilo quanto à identidade e confidencialidade dos dados, bem como o direito de não participar ou suspender a participação a qualquer momento da entrevista.

Resultados

A amostra foi composta por um total de 1951 entrevistados, e a apresentação dos resultados está dividida entre as subamostras referentes à Ceilândia (n=393) e Centro-Oeste (n=1558). Na Tabela 1 observam-se características sócio demográficas semelhantes entre as subamostras de Ceilândia e Centro-Oeste, exceto para as variáveis idade e escolaridade. No Centro-Oeste encontram-se usuários de maior média etária, com média de idade 43,47 anos ($\pm 17,00$) face à média de 42,15 anos ($\pm 16,96$) de Ceilândia. A frequência do uso de medicamentos nos últimos 30 dias foi 69,8% em Ceilândia e 70,7% no Centro-Oeste.

Verificou-se maior disponibilidade de medicamentos no Centro-Oeste, onde os inquiridos conseguiram obter tais produtos com mais frequência nos serviços de saúde do SUS. Esta constatação é reforçada pela percentagem significativamente superior de obtenção dos medicamentos nesta região. (Tabela 2).

Em se tratando da capacidade aquisitiva, existem diferenças estatisticamente significativas entre as subamostras, demonstrando que em Ceilândia os usuários possuem maiores dificuldades financeiras em relação aos medicamentos e saúde. (Tabela 3)

Avaliando a acessibilidade geográfica, verificou-se que existe uma percentagem significativa superior de inquiridos que caminham até chegar ao local dos serviços na amostra do Centro-Oeste. Mencione-se também que no Centro-Oeste existe uma percentagem significativamente superior de inquiridos que referiram os serviços não estarem localizados longe de suas casas. (Tabela 4).

A Tabela 5 apresenta os indicadores da dimensão aceitabilidade, incluindo o nível de satisfação dos usuários com o ambiente e o atendimento nos serviços. Diferenças significativas foram observadas em se tratando dos tempos de espera, das menções de aspectos que poderiam ser melhorados nos serviços (sala de espera, horário de funcionamento, espaço físico, disponibilidade dos medicamentos, qualidade e tempo de espera de atendimento), bem como nas questões sobre satisfação. O escore total obtido das oito perguntas sobre a satisfação, foi equivalente a muito bom em ambas as subamostras, embora também tenha sido observada diferença estatística.

Discussão

Este estudo traz dados originais quanto as diferenças intrarregionais nas dimensões do acesso ao medicamento no Centro-Oeste e em Ceilândia/DF. Se considerar-se que a investigação sobre acesso, no seu sentido amplo, engloba características do sistema de saúde, da população que necessita de serviços, da oferta de serviços e da entrada e passagem das pessoas nesses serviços^{8,14}, pode-se dizer que os achados apontam para a inequidade em saúde na capital do país.

O acesso é um importante conceito em saúde pública, frente a isso os governos da América Latina têm incentivado o desenvolvimento de pesquisas nessa área¹⁵, na qual o tema acesso a medicamentos é prioritário no Brasil³. Investigações nesse campo tem o

potencial de promover informações relevantes para autoridades em saúde e demais pesquisadores¹⁶.

Os dados de disponibilidade de medicamentos encontrados, apontam que os usuários dos serviços de saúde de Ceilândia referem ter mais dificuldade na obtenção de medicamentos na APS do que no Centro-Oeste ($p < 0,001$). Essa informação sugere que os medicamentos demandados pelos usuários de Ceilândia e da Região Centro-Oeste estão disponíveis de forma desigual.

Ao analisar outras pesquisas que utilizaram a dimensão disponibilidade para avaliar o acesso a medicamentos, quando são incluídos diversos locais de obtenção, é possível encontrar resultados considerados satisfatórios^{17,18}. O acesso gratuito nos serviços de saúde de APS do SUS, em Ceilândia, foi inferior ao da própria região a que pertence, entretanto, o achado foi semelhante a outros estudos.^{7,19} Katrein et al. (2015) observou que 45,5% das mulheres investigadas, nas cinco regiões brasileiras, obtinha nos serviços do SUS os medicamentos prescritos¹⁹. Pesquisa recente descreveu que apenas 37% de adultos residentes nas áreas de Unidades Básicas de Saúde de municípios, no Sul e Nordeste do Brasil, obtiveram acesso gratuito a todos os medicamentos demandados¹⁸.

Em se tratando da dimensão capacidade aquisitiva, houve diferenças estatisticamente significativas entre as localidades, tanto em relação à não aquisição do medicamento por falta de dinheiro ($p < 0,05$), quanto a relatos de comprometimento de renda devido a gastos com problemas de saúde, com maiores porcentagens para Ceilândia em ambos os casos. Inquérito populacional realizado na RA identificou que mais de um terço da população de hipertensos tinha que pagar por seus medicamentos, pois não estavam disponíveis no SUS, tampouco pelo Programa Farmácia Popular²⁰. Para o SUS, o Programa Farmácia Popular é uma estratégia mais recente para ampliar o acesso de

medicamentos à população, subsidiado governo federal²¹. No entanto, tanto para o Centro-Oeste, quanto para Ceilândia, a farmácia comercial representou a segunda principal fonte de acesso aos medicamentos, depois das farmácias dos serviços de APS.

A definição de acesso também engloba a relação geográfica entre os serviços de saúde e os indivíduos que deles necessitam, como a distância e opções de transporte^{8,22}. Em Ceilândia, pequena parcela dos usuários considerou que os serviços não estão localizados próximos às suas casas. Associado a isto, outra diferença significativa observada nesta dimensão foi haver maior utilização de transporte público, carro ou moto para acessar os serviços em relação ao Centro-Oeste. Acuña et al. (2014) descreveram haver percepção positiva acerca da localização geográfica dos estabelecimentos de saúde em menos da metade da amostra pesquisada em três países da América Central. Além disso, foi observado que localização geográfica dos estabelecimentos estava entre os fatores que afetava positivamente o comportamento de busca por serviços de saúde¹⁰.

A entrada no sistema de saúde é influenciada pela disponibilidade de medicamentos e pela localização geográfica dos estabelecimentos^{8,14}, entretanto é o processo de utilização dos serviços que exerce grande influência sobre a forma como o indivíduo percebe o acesso e sua satisfação¹⁴. Nesse contexto, o acesso é medido pela dimensão aceitabilidade, que é considerada a mais difícil de ser mensurada, uma vez que envolve aspectos subjetivos dos usuários dos serviços, sua satisfação e percepção sobre os mesmos²². A satisfação corresponde às atitudes dos usuários frente à experiência de utilização dos serviços e percepções quanto à conveniência do cuidado, cortesia dos provedores, coordenação, custos, informação oferecida a ele para lidar com suas questões de saúde¹⁴.

Neste estudo, os resultados revelaram que percepção dos usuários dos serviços de Ceilândia foi pior que a dos usuários da região Centro-Oeste, em diversos itens avaliados, como cortesia dos funcionários da farmácia, privacidade no atendimento, limpeza e conforto da farmácia. A maioria dos usuários referiu que poderiam ser melhorados vários aspectos relacionados ao ambiente e à qualidade de atendimento. Pesquisa realizada na RA identificou que quase 100% da população utiliza os próprios serviços de APS¹¹, nesse sentido, é possível presumir a existência de acesso potencial, uma vez que ocorre utilização dos serviços, porém o acesso não chega a ser efetivo, pois os usuários demonstram certa insatisfação com os mesmos²³. Essas constatações podem revelar informações interessantes, corroborando a importância de se investigar o acesso levando em consideração as peculiaridades de segmentos da população, a fim de elaborar estratégias capazes de promover tratamento diferenciado a partir de necessidades diferentes^{10,14}.

O método adotado neste estudo, no qual a avaliação das dimensões do acesso foi realizada a partir de indicadores provenientes de entrevistas com usuários dos serviços, foi útil para revelar particularidades sobre a percepção do acesso e características dos serviços de APS, bem como as diferenças existentes dentro de uma mesma região brasileira. O fato do acesso representar um tema complexo pode requerer investigações posteriores, considerando a visão de outros atores envolvidos no processo, como gestores e profissionais de saúde, além da abordagem de outros indicadores aqui não utilizados.

O panorama revelado por este estudo exploratório mostra a existência de desigualdade e inefetividade do acesso a medicamentos na região Centro-Oeste do Brasil, que configuram barreiras a serem enfrentadas para a consolidação do SUS. A partir da percepção dos usuários dos serviços de APS, foram observadas as dimensões de

disponibilidade de medicamentos, localização geográfica dos serviços de APS, capacidade aquisitiva e aceitabilidade. Em comparação com a Região Centro-Oeste, Ceilândia apresentou menor disponibilidade de medicamentos, pior acessibilidade, maior comprometimento da renda da população com gastos em saúde e medicamentos e piores escores de satisfação com os serviços.

Os resultados observados têm o potencial de fomentar a qualificação do planejamento de políticas públicas em saúde e a formulação de estratégia regional, baseada na realidade observada, a fim de fortalecer a APS no SUS e tornar o acesso a medicamentos mais equânime e efetivo para a população.

Contribuição dos autores

LFG trabalhou na concepção e delineamento do estudo, coleta, interpretação dos dados e redação do artigo. DG trabalhou na concepção, delineamento e revisão crítica do estudo. CMFA trabalhou na análise, interpretação dos dados e redação do artigo. MMMAM trabalhou na concepção e revisão crítica do artigo. FXCS trabalhou na concepção e revisão crítica do artigo. JAILM trabalhou na concepção do estudo e revisão crítica do artigo. MGOK trabalhou na concepção e delineamento do estudo, revisão crítica do artigo e aprovação da versão a ser publicada.

Agradecimentos

À CAPES pela concessão de bolsa de estudos de doutorado. Ao Ministério da Saúde, pelo financiamento e apoio técnico para a realização da Pesquisa Nacional sobre Acesso, Utilização e Promoção do Uso Racional de Medicamentos - PNAUM; aos pesquisadores e respectivas Instituições de Ensino Superior integrantes da Pesquisa e à Coordenação Executiva da PNAUM Componente de Avaliação dos Serviços de Assistência Farmacêutica Básica, da Universidade Federal de Minas Gerais.

Referências

1. Vieira F. Assistência farmacêutica no sistema público de saúde no Brasil. *Rev Panam Salud Publica*. 2010;27(2):149-156.
2. Vieira F. Qualificação dos serviços farmacêuticos no Brasil: aspectos inconclusos da agenda do Sistema Único de Saúde. *Rev Panam Salud Publica*. 2008;24(2):91-100.
3. Emmerick IC, Oliveira MA, Luiza VL, Azeredo TB, Bigdeli M. Access to medicines in Latin America and the Caribbean (LAC): a scoping study. *BMJ Open*. 2013;3(5).
4. Oliveira L, Assis M, Barboni A. Assistência Farmacêutica no Sistema Único de Saúde: da Política Nacional de medicamentos à Atenção Básica à Saúde. *Ciência e Saúde Coletiva*. 2010;15(3).
5. Brasil. Resolução nº 338 de 06 de mai. de 2004. Aprova a Política Nacional de Assistência Farmacêutica.: Diário Oficial da União; 06 de mai. de 2004.
6. Ruiz-Rodríguez M, Wirtz VJ, Idrovo AJ, Angulo ML. Access to medicines among internally displaced and non-displaced people in urban areas in Colombia. *Cad Saude Publica*. 2012;28(12):2245-2256.
7. Katrein F, Tejada CA, Restrepo-Méndez MC, Bertoldi AD. Desigualdade no acesso a medicamentos para doenças crônicas em mulheres brasileiras. *Cad Saude Publica*. 2015;31(7):1416-1426.
8. Penchansky R, Thomas JW. The concept of access: definition and relationship to consumer satisfaction. *Med Care*. Feb 1981;19(2):127-140.

9. Paniz VM, Fassa AG, Maia MF, Domingues MR, Bertoldi AD. Measuring access to medicines: a review of quantitative methods used in household surveys. *BMC Health Serv Res.* 2010;10:146.
10. Acuña C, Marina N, Mendoza A, Emmerick IC, Luiza VL, Azeredo TB. Social determinants of exclusion from health services and medicines in three Central American countries. *Rev Panam Salud Publica.* 2014;35(2):128-135.
11. Companhia de Planejamento do Distrito Federal (Codeplan). Pesquisa Distrital por Amostra de Domicílios – Ceilândia – PDAD 2015. Brasília; 2016. [Acessado 2016 mai 9]. Disponível em: <http://www.codeplan.df.gov.br>.
12. Alvares J, Almeida AM, Alves MCGP, Bastos J, Pena D. Pesquisa Nacional de Acesso, Utilização e Promoção do Uso Racional de Medicamentos: métodos. *Revista de Saúde Pública.* No prelo 2016.
13. Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (ABEP). Critério de Classificação Econômica Brasil. [Acessado 2016 março 5]. Disponível em: www.abep.org
14. Aday LA, Andersen R. A framework for the study of access to medical care. *Health Serv Res.* 1974;9(3):208-220.
15. Departamento de Ciência e Tecnologia. Secretaria de Ciência e Tecnologia e Insumos Estratégicos do Ministério da Saúde. Da política à ação institucional: prioridades de pesquisa no Ministério da Saúde *Rev Saude Publica.* Jun 2006;40(3):548-552.
16. Victora CG, Barreto ML, do Carmo Leal M, et al. Health conditions and health-policy innovations in Brazil: the way forward. *Lancet.* Jun 2011;377(9782):2042-2053.

17. Alvares J, Almeida AM, Araujo VE, et al. Pesquisa Nacional de Acesso a Medicamentos no Brasil - Percepção dos Usuários da Atenção Básica do Sistema Único de Saúde. *Value Health*. Nov 2015;18(7):A849.
18. Paniz VM, Cechin IC, Fassa AG, et al. Acesso a medicamentos para tratamento de condições agudas prescritos a adultos nas regiões Sul e Nordeste do Brasil. *Cad Saude Publica*. 2016;32(4):e00009915.
19. Boing AC, Bertoldi AD, Boing AF, Bastos JL, Peres KG. [Access to medicines in the public sector: analysis of users of the Brazilian Unified National Health System]. *Cad Saude Publica*. Apr 2013;29(4):691-701.
20. Salgado FXC, Galato D, Melo GF, et al. Dimensions of Access to Antihypertensive Medications in Ceilândia, Distrito Federal, Brazil. *Health*. 2015;7:1517-1526
21. Emmerick IC, do Nascimento JM, Pereira MA, Luiza VL, Ross-Degnan D, Group I-BC. Farmácia Popular Program: changes in geographic accessibility of medicines during ten years of a medicine subsidy policy in Brazil. *J Pharm Policy Pract*. 2015;8(1):10.
22. Sanchez RM, Ciconelli RM. Conceitos de acesso à saúde. *Rev Panam Salud Publica*. 2012;31(3):260-268.
23. Andersen RM. Revisiting the behavioral model and access to medical care: does it matter? *J Health Soc Behav*. 1995;36(1):1-10.

Tabela 1 – Caracterização sócio demográfica das subamostras de usuários dos serviços de atenção primária. Brasil, 2014.

	Ceilândia (n=393)		Centro-Oeste (n=1558)	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
Gênero				
Masculino	104	26,5	395	25,4
Feminino	289	73,5	1163	74,6
Faixa etária				
18 a 39 anos	188	47,8	682	44,7
40 a 59 anos	132	33,6	521	34,1
60 anos ou mais	73	18,6	323	21,2
Estado civil				
Solteiro	124	31,6	387	24,9
Casado	167	42,5	740	47,5
União estável	45	11,5	204	13,1
Divorciado	31	7,9	125	8,0
Viúvo	26	6,6	90	5,8
Outros	0	0,0	11	0,7
Escolaridade				
Analfabeto	13	3,3	95	6,1
Até ensino fundamental completo	150	38,3	829	53,2
Até ensino médio completo	179	45,7	524	33,6
Ensino superior ou mais	50	12,7	110	7,0
Raça				
Branca	112	28,6	436	28,1
Preta	57	14,6	170	11
Amarela	9	2,3	8	0,5
Parda	210	53,7	932	60,1
Indígena	3	0,8	5	0,3
Classe Econômica*				
A, B	83	21,1	162	10,4
C	229	58,3	834	53,5
D, E	81	20,6	562	36,1

*De acordo com a Classificação da ABEP¹³.

Tabela 2 – Dimensão disponibilidade de medicamentos, das subamostras de usuários dos serviços de atenção primária. Brasil, 2014.

	Ceilândia	Centro-Oeste	<i>p</i>
Nível de obtenção de medicamentos no SUS, nos últimos 3 meses, conforme escala Likert *	3,62 ± 1,50	4,09 ± 1,44	<0,001
% obtenção de remédio na farmácia do SUS	48,50±45,20	55,2±42,00	<0,05
% obtenção de remédio na farmácia comercial	37,63 ± 43,59	38,47 ± 38,39	0,084
% obtenção de remédio na farmácia popular	11,22 ± 30,26	9,60 ± 27,48	0,812

* Opções de resposta: 1- Nunca; 2 - Raramente; 3 - Às vezes; 4 - Repetidamente; 5 - Sempre.

Tabela 3 – Dimensão capacidade aquisitiva das subamostras de usuários dos serviços de atenção primária. Brasil, 2014.

	Ceilândia		Centro-Oeste		<i>p</i>
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	
% de usuários cuja família deixou de comprar algo importante para o dia a dia, precisou fazer algum empréstimo, ou vendeu algo para pagar gastos com algum problema de saúde?	52	13,3	148	9,8	<0,05
% de usuários que não adquiriram o medicamento por falta de dinheiro	8,39 ± 22,9		1,46 ± 10,26		<0,001

Tabela 4 – Dimensão acessibilidade geográfica das subamostras de usuários dos serviços de atenção primária. Brasil, 2014.

	Ceilândia		Centro-Oeste		<i>p</i>
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	
Meios de deslocamento até Farmácia Pública do SUS					
Caminha	99	25,3	860	61,7	<0,001
Ônibus/transporte coletivo	78	19,9	77	5,5	
Carro, moto	214	54,7	457	32,8	
% de usuários que consideram a Farmácia Pública do SUS longe de sua casa					
Sim	95	26,8	315	20,8	<0,001
Mais ou menos	222	62,7	247	16,3	
Não	37	10,5	953	62,9	

Tabela 5 – Dimensão aceitabilidade, das subamostras de usuários dos serviços de atenção primária. Brasil, 2014.

	Ceilândia		Centro-Oeste		<i>p</i>
	n	%	n	%	
Percepção sobre tempo de espera para retirar os medicamentos nas farmácias públicas do SUS					
Não espera	64	25,2	749	80,7	<0,001
Um pouco	128	50,4	151	16,3	
Muito tempo	62	24,4	28	3	
Percepção sobre efeitos dos medicamentos recebidos nas farmácias públicas do SUS em comparação com os comprados na farmácia comercial					
Iguais	215	84,6	745	86,2	0,788
Melhores	16	6,3	46	5,3	
Piores	23	9,1	73	8,4	
Aspectos que poderiam ser melhorados nas farmácias públicas do SUS					
Sala de espera	214	80,5	439	47,2	<0,001
Horário de funcionamento	138	52,5	252	27,2	<0,001
Espaço físico	164	62,1	395	42,2	<0,001
Disponibilidade dos remédios	234	89,0	684	73,2	<0,001
Qualidade do atendimento	167	63,0	321	34,3	<0,001
Tempo de espera para atendimento	199	75,4	246	26,2	<0,001
Avaliação do horário de funcionamento*	3,70 ± 0,98		4,01 ± 0,64		<0,001
Entendimento das informações/orientações repassadas pelos funcionários que entregam os medicamentos nas farmácias públicas do SUS †	4,80 ± 0,73		4,92 ± 0,49		0,189
Percepção sobre ocorrência de atendimentos de forma cortês na farmácia pública do SUS †	4,41 ± 1,27		4,86 ± 0,60		<0,001
Avaliação da sinalização existente para localização da farmácia pública do SUS ‡	4,03 ± 0,87		4,14 ± 0,77		0,071
Avaliação da limpeza da Farmácia pública do SUS *	3,99 ± 0,72		4,20 ± 0,56		<0,001
Avaliação do conforto da Farmácia pública do SUS, considerando cadeiras/bancos, bebedouro, proteção do local contra chuva e sol*	2,70 ± 1,35		3,97 ± 0,89		<0,001
Avaliação do atendimento realizado pela da Farmácia pública do SUS*	3,11 ± 1,90		4,13 ± 0,62		<0,001
Percepção sobre a ocorrência privacidade do atendimento na Farmácia do SUS †	3,70 ± 0,98		3,74 ± 1,76		<0,001
Escore total de Satisfação	33,14 ± 4,96		35,27 ± 3,27		<0,05

* 1 - Muito ruim; 2 - Ruim; 3 - Nem ruim, nem bom; 4 - Bom; 5 - Muito bom.

† 1 - Nunca; 2 - Raramente; 3 - Às vezes; 4 - Repetidamente; 5 - Sempre.

‡ 1 - Muito difícil; 2 - Difícil; 3 - Nem difícil, nem fácil; 4 - Fácil; 5-Muito fácil.

4 Artigo III

Segurança dos usuários de medicamentos na Atenção Primária à Saúde em uma Região Brasileira

Patient safety in primary health care in a Brazilian Region

Resumo

A segurança do paciente tem sido discutida no âmbito hospitalar, no entanto é fundamental ampliar essa discussão para a atenção primária, tendo em vista a necessidade de promover o uso racional de medicamentos e qualificar os serviços prestados aos usuários do Sistema Único de Saúde. Este artigo teve como objetivo analisar os incidentes que podem estar relacionadas a danos envolvendo o uso de medicamentos, na atenção primária. Foram utilizados dados provenientes da amostra de usuários dos serviços do Centro-Oeste, da Pesquisa Nacional Sobre Utilização e Acesso a Medicamentos em serviços de saúde (PNAUM – serviços), e obtidos indicadores de incidentes que podem levar à dano na saúde do usuário de medicamentos. Procedeu-se à análise descritiva da amostra, dos incidentes e realizados múltiplos modelos de regressão logística binária, aplicando como variáveis de desfecho os incidentes que podem levar à dano na saúde do usuário de medicamentos e considerando como variáveis explicativas características sociodemográficas, estado de saúde, restrições de saúde no cotidiano e percepção da qualidade dos serviços de farmácia. A amostra foi de 1558 usuários, com média etária de 43,47 anos (\pm 17 anos), composta por 74,6% de mulheres. A automedicação foi o incidente mais frequente (42,1%), seguido de situações relacionadas a adesão ao tratamento. Ter mais idade, ser mulher, sentir dor ou mal-estar foram as características que mais se revelaram presentes no perfil dos usuários que vivenciaram os incidentes. Os resultados revelam que, na atenção primária, o usuário de medicamentos também está vulnerável a eventos adversos que podem ser evitáveis mediante a adoção de práticas seguras nesse nível de atenção.

Palavras-chave: Segurança do paciente, Eventos adversos, atenção primária à saúde

Abstract

Patient safety has been discussed in hospitals, however it is essential to expand this discussion to primary care, in view of the need to promote the rational use of medicines and qualify the services provided to users of the Unified Health System. In this paper we aimed to analyze the incidents that may be related to damage involving use of medicines

in primary care. The data were obtained from the sample of users of the Midwest's services, from The National Research of Access, Use and Promotion of Rational Use of Drugs in Brazil - Services Component. Incidents indicators that can lead to damage on the user's health medicines were generated. For data analysis, It was performed the descriptive of the sample and incidents, and multiple models of binary logistic regression, using as outcome variables incidents that can lead to damage to the drug user's health and considering as explanatory variables sociodemographic characteristics, health status, health restrictions in daily life and perception of quality of pharmacy services. The sample was 1558 users, with a mean age of 43.47 years (\pm 17 years), comprising 74.6% of women. Self-medication was the most frequent incident (42.1%), followed by situations related to treatment compliance. Be older, woman and feel pain or discomfort, were the characteristics most prevalent in the profile of users who experienced the incident. The results showed that in primary care, the medicines users are also vulnerable to adverse events that may be preventable by adopting safe practices at this health-care level.

Keywords: Patient safety, Adverse Events, Primary Health Care

Introdução

Indiscutivelmente, os medicamentos contribuem de forma significativa para melhorar a qualidade de vida das pessoas, no entanto, o uso de tais substâncias também envolve riscos. ^{1;2} Os incidentes com medicamentos estão envolvidos com o aumento da morbidade e tempo de internação hospitalar, implicando custos aos sistemas de saúde e comprometendo a qualidade do cuidado prestado pelos serviços. ^{3; 4}

Com as demandas crescentes em saúde e a iminente preocupação com a segurança do paciente, em 2004 a Organização Mundial de Saúde (OMS) criou o programa *The World Alliance for Patient Safety* com foco na qualificação do cuidado aos pacientes nos estabelecimentos de saúde. Nesta ocasião, os termos incidente e evento adverso foram criados. Incidente é definido como um evento ou circunstância que resultou, ou poderia resultar, em dano físico, social, ou psicológico ao paciente, já evento adverso é o incidente que resultou em dano. ⁵ Nesse contexto, no Brasil, a Portaria nº 529 de 1º de abril de 2013 instituiu o Programa Nacional de Segurança do Paciente com o objetivo geral de contribuir para a qualificação do cuidado em saúde, em todos os estabelecimentos de Saúde, sejam públicos ou privados. ⁶

O documento referência para o Programa Nacional de Segurança do paciente refere que há um grande desafio para o Sistema Único de Saúde (SUS) nos hospitais de grandes cidades devido à demanda excessiva. ⁷ Por outro lado, estudo recente mostrou que na atenção primária à saúde (APS), nível que atende pacientes de menor complexidade, 82% dos incidentes registrados causaram algum dano ao paciente. Em alguns casos, estes danos culminaram em hospitalizações, foram permanentes em 25% dos casos e em 7% levaram ao óbito. No mesmo estudo, das notificações registradas por profissionais da Estratégia da Saúde da Família, cerca de 30% foram relacionadas a medicamentos. Entre os fatores que contribuíram para a ocorrência do dano estavam problemas com adesão ao tratamento, falta de acesso ao medicamento e medicamentos utilizados de forma incorreta. ⁸

Embora questões sobre segurança do paciente tenham sido inicialmente tratadas no âmbito hospitalar, entende-se que o desafio de ampliar a discussão para a atenção primária é fundamental. Segundo o Plano Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), poucos estudos têm trazido reflexões sobre a importância de estender a discussão para a atenção primária em saúde, ⁷ a principal porta de entrada ao SUS. ⁹ Cabe destacar, que a

promoção do uso racional de medicamentos elemento essencial da Política Nacional de Assistência Farmacêutica (PNAF) e da Portaria nº 529/2013, encontra-se fortemente associada a questões envolvendo segurança do paciente, uma vez que a definição do uso racional implica que o medicamento deve ser necessário, efetivo e seguro.¹⁰

No intuito de desenvolver e explorar a temática segurança do usuário de medicamentos fora do ambiente hospitalar, este artigo teve como objetivo analisar os incidentes que podem estar relacionadas a danos envolvendo o uso de medicamentos, na APS no Centro-Oeste.

Método

O presente estudo foi realizado a partir da base de dados provenientes da Pesquisa Nacional Sobre Utilização e Acesso a Medicamentos em serviços de saúde (PNAUM - serviços), com o recorte para a região Centro-Oeste. A PNAUM - serviços é um estudo transversal, exploratório, de natureza avaliativa, composto por um levantamento de informações numa amostra representativa de serviços de atenção primária, em municípios das cinco regiões do Brasil. Várias populações de estudo foram consideradas no plano de amostragem, com amostras estratificadas pelas regiões, que constituem domínios do estudo¹. Foram realizadas entrevistas presenciais com usuários, médicos e responsáveis pela entrega dos medicamentos nos serviços de atenção primária do SUS, além de observação das instalações dos serviços farmacêuticos e entrevistas telefônicas com os responsáveis municipais pela AF. Os dados foram coletados de julho a dezembro de 2014. A metodologia da PNAUM serviços, bem como o processo amostral estão descritos detalhadamente em Alvares et al.(2016).¹¹

Para o presente estudo foram considerados dados provenientes do relato da amostra de usuários dos serviços do Centro-Oeste, a partir de questionário contendo perguntas fechadas sobre estado saúde, estilo de vida, medicamentos utilizados, acesso a serviços e medicamentos, percepção sobre os serviços ofertados e dados sócio demográficos. De acordo com as possibilidades da base de dados utilizada, foram selecionados indicadores para características sóciodemográficas da amostra, estado de saúde, restrições de saúde no cotidiano, percepção da qualidade dos serviços de farmácia e relatos de incidentes com medicamentos.

Para as características sócio-demográficas da amostra, foram obtidas variáveis sobre gênero, faixa etária, estado civil, idade, escolaridade, raça, renda e possuir plano de saúde (todas com possibilidade de resposta única). A classe econômica foi medida pelo Critério Classificação Econômica Brasil (CCEB)¹². O estado de saúde foi avaliado a partir da auto-avaliação de saúde (opção de resposta em escala *Likert* com 5 pontos); tabagismo, dieta, exercício físico, hipertensão, diabetes (variáveis com possibilidade de resposta única); presença de dor ou mal-estar, e ansiedade ou depressão (possibilidades de respostas: apresentar a condição, ou sintomas moderados, ou extremos). Para as restrições de saúde no cotidiano, foram considerados problemas de mobilidade, com cuidados pessoais e com atividades habituais (possibilidades de respostas: apresentar problemas, ou não apresentar problemas, ou apresentar apenas alguns). Para a percepção da qualidade dos serviços de farmácia foram consideradas o repasse de informações sobre os medicamentos (opção de resposta única) e avaliação do atendimento na farmácia (opção de resposta em escala *Likert* com 5 pontos). Os indicadores dos incidentes que podem levar à dano na saúde do usuário de medicamentos foram obtidos a partir dos relatos de utilizar de medicamentos sem receita médica, deixar de utilizar algum medicamento receitado pelo médico, dificuldades para lembrar de tomar o medicamento, para ler a informação escrita na embalagem, para conseguir os medicamentos, para adequar a utilização do medicamento com a rotina de trabalho, para utilizar muitos comprimidos ao dia e reconhecer comprimidos diferentes com a mesma forma e cor.

Os dados foram analisados por meio do programa SPSS 22.0. Procedeu-se à análise descritiva da amostra por meio de frequências (para variáveis de natureza qualitativa) e da análise da média, desvio padrão, (para variáveis de natureza quantitativa).

Foram avaliados múltiplos modelos de regressão logística binária, utilizando o método *forward Wald*, aplicando como variáveis de desfecho os incidentes que podem levar à dano na saúde do usuário de medicamentos e considerando como variáveis explicativas as características sócias demográficas da amostra, o estado de saúde, as restrições de saúde no cotidiano e a percepção da qualidade dos serviços de farmácia. O método adotado, baseado no teste de *Wald*, é um método de seleção de *stepwise*, em que a entrada de uma variável explicativa no modelo é feita em função da significância da estatística (*score*), e a remoção de uma variável no modelo é feita em função da

significância do teste de *Wald*.¹³ Para a realização de regressões logísticas algumas variáveis explicativas foram recodificadas em variáveis *dummy* para possibilitar a sua inclusão e compreensão nos modelos de regressão. Para além de replicar os coeficientes de regressão estatisticamente significativos, são apresentados indicadores de ajustamento e qualidade dos modelos obtidos e os valores de *odds ratio* associados a cada variável explicativa binária.

A PNAUM foi aprovada pelo Comitê Nacional de Ética em Pesquisa do Conselho Nacional de Saúde, mediante Parecer nº 398.131/2013.

Resultados

A Tabela 1 mostra as variáveis explicativas utilizadas no modelo de regressão, as quais incluem características sócio-demográficas da amostra, estado de saúde, restrições de saúde no cotidiano, percepção da qualidade dos serviços de farmácia e incidentes que podem levar à dano na saúde do usuário de medicamentos. A amostra em estudo foi de 1558 usuários, com média etária de 43,47 anos (± 17 anos), composta por 74,6% de mulheres. Mais de metade dos entrevistados possui raça parda (60,1%) e 42,4% ensino fundamental incompleto. A maioria (48,0%) considerou sua saúde boa, 45,7% referiu dor ou mal-estar moderados, 32,7% estava moderadamente ansioso(a) ou deprimido(a) e 34,7% era portador de HAS.

Na Tabela 2 estão descritos os indicadores e os respectivos incidentes observados: automedicação, adesão, informação, acesso ao medicamento, polimedicação e erro de medicação. A automedicação foi o incidente mais frequente (42,1%), seguido de situações relacionadas a adesão ao tratamento.

A Tabela 3 mostra os resultados das regressões para os incidentes relacionados à automedicação e informação. Observa-se que algumas variáveis de natureza sócio-demográfica demonstram-se estatisticamente significativas para prever a possibilidade de utilizar medicamentos sem receita médica (automedicação), sendo que quanto maior a idade, menor a probabilidade. Ser mulher, de cor não branca contribui para uma maior probabilidade de utilizar o medicamento sem receita médica. Verifica-se que quanto mais se desce na hierarquia da classe sócioeconômica, menor a probabilidade de utilizar o medicamento sem receita médica. Analisando a influência do estado de saúde, verifica-se que ter hipertensão arterial sistêmica (HAS), diabetes mellitus

(DM), dores/mal-estar físico e ansiedade/depressão contribuem significativamente para o aumento da probabilidade de utilizar o medicamento sem receita médica. Por outro lado, praticar exercício físico contribui a diminuir a probabilidade de utilizar o medicamento sem receita médica.

Em relação ao incidente informação, foram relatadas dificuldades em ler o que está escrito na embalagem. Ser mulher e ter maior idade contribui para aumento da probabilidade. Quanto maior o nível de escolaridade, menor a probabilidade de ter dificuldade em ler o que está escrito na embalagem. Em termos de indicadores de estado de saúde, ter dor/mal-estar aumenta a probabilidade de ter dificuldade em ler o que está escrito na embalagem. Por outro lado, ter DM diminui a probabilidade de dificuldades de leitura. O coeficiente de regressão logística positivo da variável referente ao recebimento de informações sobre os medicamentos indica o aumento da probabilidade de ter dificuldade em ler o que está escrito na embalagem.

A Tabela 4 trata dos resultados da regressão para o incidente adesão, a partir de três diferentes tipos de indicadores: deixar de utilizar algum medicamento receitado pelo médico, ter dificuldades em lembrar de tomar remédio e em adequar a utilização do medicamento com o trabalho.

Observa-se que ser do gênero feminino contribui para o aumento da probabilidade de deixar de utilizar algum medicamento receitado pelo médico. Ter plano de saúde contribui para o decréscimo dessa probabilidade e quanto mais se desce na hierarquia da classe socioeconômica, menor a probabilidade de o entrevistado deixar de utilizar algum medicamento receitado pelo médico. Praticar exercício físico contribui para o decréscimo da probabilidade de deixar de utilizar algum medicamento receitado pelo médico, e ter dor ou mal-estar contribui para o aumento dessa probabilidade. Analisando a influência do atendimento e serviço da UBS, quanto melhor a avaliação do atendimento menor a probabilidade de o usuário deixar de utilizar algum medicamento receitado pelo médico.

Ao investigar a probabilidade de ter dificuldades em lembrar de tomar remédio, estar casado e ter mais idade representa um acréscimo desta probabilidade. O mesmo acontece para quem tem dor/mal-estar e quem refere restrições de saúde no cotidiano, ao nível dos cuidados pessoais. Quem tem DM parece ter menor dificuldade.

Ter plano de saúde e mais idade aumenta a probabilidade de ter dificuldade em adequar a utilização do medicamento com o trabalho. O mesmo acontece para quem tem

dor/mal estar, ansiedade/depressão, problemas de mobilidade e para quem recebe informação sobre o medicamento.

A Tabela 5 mostra os resultados das regressões para os incidentes relacionados à polimedicação, ao acesso e a erros de medicação cometidos pelos usuários.

Em se tratando de polimedicação, ser mulher e ter mais idade representa um aumento da probabilidade em ter dificuldade em utilizar muitos comprimidos ao dia. O mesmo acontece para quem tem dor/mal estar e quem tem restrições de saúde no cotidiano (nas suas atividades habituais e nos cuidados pessoais). Por outro lado, possuir HAS, DM e avaliar de forma positiva o seu estado de saúde, diminui a probabilidade em ter dificuldade para utilizar muitos comprimidos ao dia.

No que se refere à probabilidade de ter dificuldade em conseguir os medicamentos, ser do gênero feminino contribui para o seu aumento e quanto mais se desce na hierarquia de classe socioeconômica, menor essa probabilidade. Uma boa avaliação da saúde e melhor avaliação do atendimento da UBS faz com que a probabilidade de ter dificuldade em conseguir os medicamentos diminua de forma significativa. Quem apresenta dor/mal estar, quem tem restrições de saúde nas atividades habituais do cotidiano e quem recebe informação, tem maior probabilidade de ter dificuldade em receber os remédios.

Quanto maior a idade e menor o posicionamento na hierarquia da classe socioeconômica, maior a probabilidade de ter dificuldades em reconhecer remédios diferentes e com a mesma cor. Em relação às variáveis explicativas referentes ao estado de saúde, ter HAS, DM ou fazer exercício físico contribui para a diminuição da probabilidade de ter dificuldades em reconhecer remédios diferentes e com a mesma cor. Por outro lado, ter dor/mal-estar contribui para o aumento desta probabilidade.

Tabela 1 – Variáveis explicativas relacionadas às características sócio-demográficas da amostra, restrições de saúde no cotidiano, estado de saúde e qualidade dos serviços de farmácia. Centro-Oeste - Brasil, 2014

Variáveis explicativas	<i>n</i>	%
Características sócio-demográficas		
Gênero		
Feminino	1163	74,6
Faixa etária		
18 a 39 anos	682	44,7
40 a 59 anos	521	34,1
60 anos ou mais	323	21,2
Estado civil		
Solteiro	387	24,9
Casado	740	47,5
Outros	430	27,6
Escolaridade		
Analfabeto	95	6,1
Até ensino fundamental completo	829	53,2
Até ensino médio completo	524	33,6
Ensino superior ou mais	110	7,0
Cor ou raça		
Branca	436	28,1
Parda	932	60,1
Outras	183	11,8
Plano de saúde		
Sim	168	14,7
Classe econômica*		
A, B	162	10,4
C	834	53,5
D, E	562	36,1
Restrições de saúde no cotidiano		
Não tem problemas em desempenhar as suas atividades habituais	1237	81,5
Não tem problemas com os seus cuidados pessoais (lavar/se vestir)	1422	93,7
Não tem problemas em desempenhar as suas atividades habituais	1268	83,6
Qualidade dos serviços de farmácia		
Avaliação do atendimento		
Muito ruim	5	0,5
Ruim	28	3,0
Nem bom nem ruim	95	10,2
Bom	622	66,6
Muito bom	184	19,7
Recebe informações sobre os medicamentos		
	809	87,4
Estado de saúde		
Autoavaliação do estado de saúde		
Muito ruim	25	1,6
Ruim	77	5,1
Nem bom nem ruim	551	36,3
Bom	729	48,0
Muito boa	135	9,0
Dor/Mal-estar		
Não tem dores ou mal-estar	671	44,2
Tem dores ou mal-estar moderados	693	45,7
Tem dores ou mal-estar extremos	153	10,1
Ansiedade/depressão		
Não está ansioso/a ou deprimido/a	849	56,0
Está moderadamente ansioso/a ou deprimido/a	496	32,7
Está extremamente ansioso/a ou deprimido/a	172	11,3
Não fuma	1333	87,9
Faz exercício físico	394	26,0
Faz dieta	227	15,0

Tem Hipertensão	526	34,7
Tem Diabetes Mellitus	163	10,8

*De acordo com o Critério de Classificação Econômica Brasil.¹²

Tabela 2: Indicadores de incidentes que podem levar à dano na saúde do usuário de medicamentos. Centro-Oeste - Brasil, 2014

Incidentes	Indicadores	n	%
Automedicação	Frequência de usuários que relataram utilizar medicamentos sem receita médica	638	42,1
Adesão	Frequência de usuários que relataram dificuldade para lembrar de tomar o medicamento	593	39,1
Informação	Frequência de usuários que relataram dificuldade para ler informação escrita na embalagem	479	31,7
Acesso	Frequência de usuários que relataram dificuldade para conseguir os medicamentos	393	26
Adesão	Frequência de usuários que relataram dificuldade para adequar a utilização do medicamento com a rotina de trabalho	345	22,8
Adesão	Frequência de usuários que relataram deixar de utilizar algum medicamento receitado pelo médico	323	21,3
Polimedicação	Frequência de usuários que relataram dificuldade para utilizar muitos comprimidos ao dia	213	14,1
Erro de medicação	Frequência de usuários que relataram dificuldade para reconhecer comprimidos diferentes com a mesma forma e cor	154	10,2

Tabela 3: Modelo de regressão logística entre indicador de automedicação, informação e variáveis explicativas. Centro-Oeste - Brasil, 2014

		Variáveis consideradas no modelo	Coefficiente	Erro padrão	Wald	p	Odds ratio
Automedicação							
Características sócio-demográficas *		Feminino	0,421	0,154	7,513	0,006	1,258
		Idade	-0,016	0,004	16,283	0,000	-
		Cor não branca	0,350	0,136	6,599	0,010	1,230
		CCEB	-0,145	0,062	5,352	0,021	-
		Constante	0,729				
Estado de saúde †		HTA	0,456	0,125	13,521	0,000	1,314
		DM	0,642	0,200	10,287	0,048	1,734
		Faz exercício físico	-0,245	0,124	3,919	0,001	0,859
		Avaliação da saúde	0,268	0,080	11,248	0,000	-
		Dor/Mal-estar	0,517	0,097	28,219	0,000	-
		Ansiedade/Depressão	0,395	0,085	21,493	0,000	-
		Constante	-3,476				
Restrições de saúde no cotidiano ‡		Problemas de mobilidade	0,290	0,146	3,970	0,046	-
		Cuidados pessoais	-0,667	0,238	7,867	0,005	-
		Constante	0,043				
Atendimento e serviço da UBS §		Avaliação do atendimento	-0,446	0,104	18,425	0,000	-
		Constante	1,207				
Informação							
Características sócio-demográficas 		Feminino	0,358	0,160	4,988	0,026	1,134
		Idade	0,023	0,004	28,186	0,000	-
		Escolaridade	-0,133	0,047	5,919	0,015	-
		Constante	-1,757				
Estado de saúde**		DM	-0,683	0,169	16,354	0,000	0,648
		Dor/Mal-estar	0,185	0,085	4,742	0,029	-
		Constante	-0,474				
Restrições de saúde no cotidiano	Não existem variáveis com contribuição estatisticamente significativa						
Atendimento e serviço da UBS ††		Recebe informação	0,593	0,203	8,553	0,003	1,479
		Constante	-0,769				

* % corretamente classificados: 61,9; R² de Nagelkerke: 0,053; Hosmer e Lemeshow p-value > 0,05 (o modelo adapta-se aos dados). † % corretamente classificados: 61,7; R² de Nagelkerke 0,095; Hosmer e Lemeshow p-value > 0,05 (o modelo adapta-se aos dados). ‡ % corretamente classificados: 57,9; R² de Nagelkerke: 0,008; Hosmer e Lemeshow p-value > 0,05 (o modelo adapta-se aos dados). § % corretamente classificados: 63,5; R² de Nagelkerke: 0,028; Hosmer e Lemeshow p-value > 0,05 (o modelo adapta-se aos dados). || % corretamente classificados: 69,0; R² de Nagelkerke: 0,070; Hosmer e Lemeshow p-value > 0,05 (o modelo adapta-se aos dados). ** % corretamente classificados: 77,0; R² de Nagelkerke 0,020; Hosmer e Lemeshow p-value > 0,05 (o modelo adapta-se aos dados). †† % corretamente classificados: 66,6; R² de Nagelkerke: 0,013; Hosmer e Lemeshow p-value > 0,05; o modelo adapta-se aos dados.

Tabela 4: Modelo de regressão logística entre indicadores de adesão e variáveis explicativas. Centro-Oeste - Brasil, 2014

Variáveis consideradas no modelo		Coefficiente	Erro padrão	Wald	p	Odds ratio
Deixar de utilizar algum medicamento receitado pelo médico						
Características sócio-demográficas*	Feminino	0,602	0,200	9,041	0,003	1,511
	Tem plano de saúde	-0,529	0,194	7,415	0,006	0,634
	ABEP	-0,167	0,073	5,286	0,021	-
	Constante	0,729				
Estado de saúde†	Faz exercício físico	-0,311	0,140	4,927	0,026	0,794
	Dor/Mal-estar	0,531	0,095	31,112	0,000	-
	Constante	-2,001				
Restrições de saúde no cotidiano	Não existem variáveis com contribuição estatisticamente significativa					
Atendimento e serviço da UBS ‡	Avaliação do atendimento	-0,738	0,120	37,883	0,000	-
	Constante	1,534				
Dificuldade em lembrar de tomar o remédio						
Características sócio-demográficas§	Casado	0,312	0,125	6,191	0,013	1,273
	Idade	0,011	0,004	8,935	0,000	-
	Constante	0,729				
Estado de saúde 	DM	-0,582	0,168	11,991	0,001	0,716
	Dor/Mal-estar	0,292	0,081	12,900	0,000	-
	Constante	-0,413				
Restrições de saúde no cotidiano**	Cuidados pessoais	0,608	0,198	6,554	0,010	-
	Constante	-0,185				
Atendimento e serviço da UBS	Não existem variáveis com contribuição estatisticamente significativa					
Dificuldade em adequar a utilização do Remédio com o trabalho						
Características sócio-demográficas††	Plano de saúde	0,453	0,191	5,625	0,018	0,768
	Idade	0,013	0,004	9,929	0,002	-
	Constante	0,729				
Estado de saúde ‡‡	DM	-0,443	0,187	5,605	0,018	1,572
	Dor/Mal-estar	0,344	0,101	11,581	1,411	-
	Ansiedade/Depressão	0,329	0,094	12,318	0,000	-
	Constante	-1,949				
Restrições de saúde no cotidiano §§	Problemas de mobilidade	0,290	0,146	3,970	0,046	-
	Cuidados pessoais	-0,667	0,238	7,867	0,005	-
	Constante	0,043				
Atendimento e serviço da UBS 	Recebe informação	0,750	0,219	11,674	0,001	1,636
	Constante	-1,496				

* % corretamente classificados: 80,3; R² de Nagelkerke: 0,034. † % corretamente classificados: 78,8; R² de Nagelkerke 0,037; ‡ % corretamente classificados: 79,7; R² de Nagelkerke: 0,066; § % corretamente classificados: 64,6; R² de Nagelkerke: 0,017; || % corretamente classificados: 61,6; R² de Nagelkerke 0,023; ** % corretamente classificados: 60,8; R² de Nagelkerke: 0,006. †† % corretamente classificados: 78,3; R² de Nagelkerke: 0,020; Hosmer e Lemeshow p-value > 0,05; o modelo adapta-se aos dados. ‡‡ % corretamente classificados: 61,7; R² de Nagelkerke 0,095; Hosmer e Lemeshow p-value > 0,05; o modelo adapta-se aos dados. §§ % corretamente classificados: 57,9; R² de Nagelkerke: 0,008; Hosmer e Lemeshow p-value > 0,05; o modelo adapta-se aos dados. || % corretamente classificados: 80,0; R² de Nagelkerke: 0,019; Hosmer e Lemeshow p-value > 0,05; o modelo adapta-se aos dados.

Tabela 5: Modelo de regressão logística entre indicador de acesso, polimedicação, erros de medicação e variáveis explicativas. Centro-Oeste - Brasil, 2014

Variáveis consideradas no modelo		Coefficiente	Erro padrão	Wald	p	Odds ratio
Dificuldade em conseguir os remédios						
Características sociodemográficas*	Feminino	0,523	0,176	8,961	0,003	1,578
	ABEP	-0,182	0,070	6,882	0,009	-
	Constante	-2,574				
Estado de saúde †	Avaliação da saúde	-0,213	0,081	6,824	0,009	-
	Dor/Mal estar	0,399	0,098	16,510	0,000	-
	Constante	-9,981				
Restrições de saúde no cotidiano ‡	Atividades habituais	0,725	0,136	28,197	0,000	
	Constante	-1,912				
Atendimento e serviço da UBS §	Recebe informação	0,602	0,213	7,959	0,005	1,774
	Avaliação do atendimento	-0,754	0,118	40,977	0,000	-
	Constante	2,115				
Dificuldade em utilizar muitos comprimidos ao dia						
Características sócio-demográficas ¶	Feminino	0,482	0,211	5,218	0,022	1,333
	Idade	0,023	0,005	21,390	0,000	-
	Constante	-3,144				
Estado de saúde**	HTA	-0,849	0,166	26,062	0,000	0,356
	DM	-0,904	0,201	20,220	0,000	0,359
	Avaliação da saúde	-0,279	0,107	6,831	0,009	-
	Dor/Mal-estar	0,297	0,126	5,529	0,019	-
	Constante	-0,136				
Restrições de saúde no cotidiano ††	Atividades habituais	0,708	0,188	14,137	0,000	-
	Cuidados pessoais	0,725	0,259	7,810	0,005	-
	Constante	-0,471				
Atendimento e serviço da UBS	Não existem variáveis com contribuição estatisticamente significativa					
Dificuldade em reconhecer remédios diferentes com a mesma forma e coloração						
Características sócio-demográficas ‡‡	Idade	0,021	0,006	10,688	0,001	-
	ABEP	0,333	0,119	7,834	0,005	-
	Constante	-5,337				
Estado de saúde***	HTA	-0,675	0,185	13,347	0,000	0,448
	DM	-0,746	0,230	10,500	0,001	0,421
	Faz exercício físico	-0,654	0,228	8,247	0,004	1,726
	Dor/Mal-estar	0,400	0,130	9,443	0,002	-
	Constante	-2,373				
Restrições de saúde no cotidiano	Não existem variáveis com contribuição estatisticamente significativa					
Atendimento e serviço da UBS	Não existem variáveis com contribuição estatisticamente significativa					

* % corretamente classificados: 74,3; R² de Nagelkerke: 0,021. † % corretamente classificados: 74,1; R² de Nagelkerke: 0,037; ‡ % corretamente classificados: 73,8; R² de Nagelkerke: 0,026. § % corretamente classificados: 71,6; R² de Nagelkerke: 0,096. ¶ % corretamente classificados: 84,2; R² de Nagelkerke: 0,036. ** % corretamente classificados: 85,8; R² de Nagelkerke 0,122. †† % corretamente classificados: 86,3; R² de Nagelkerke: 0,052. ‡‡ % corretamente classificados: 90,8; R² de Nagelkerke: 0,032; Hosmer e Lemeshow *p*-value > 0,05 (o modelo adapta-se aos dados). *** % corretamente classificados: 89,9; R² de Nagelkerke 0,075; Hosmer e Lemeshow *p*-value > 0,05 (o modelo adapta-se aos dados).

Discussão

Os indicadores selecionados para este estudo foram capazes de refletir seis diferentes tipos de incidentes que podem resultar em dano aos usuários de medicamentos, na atenção primária do Centro-Oeste. A automedicação, adesão, informação, acesso, polimedicação e erro de medicação foram os incidentes observados a partir dos relatos dos usuários.

Estudo recente que avaliou a ocorrência de incidentes no cuidado à saúde ao usuário da APS no Brasil, revelou que os medicamentos estiveram associados a uma série de eventos adversos.⁸ Estudos internacionais também citam os medicamentos representam uma alta carga de contribuição para os eventos adversos, em hospitais e na APS.¹⁴

Entre os fatores contribuintes para a ocorrência de eventos adversos estão comportamentos inseguros ou de risco por parte dos usuários.² Dos incidentes de segurança descritos por Marchon et al. (2015), 17% o usuário foi responsável, ou por não adesão ao tratamento, ou por não entendimento da gravidade de seu estado de saúde.

No presente estudo, a automedicação foi o comportamento que configura no incidente mais comum para quase metade (42,1%) dos usuários. Essa frequência é elevada quando comparada com a de 35% descrita em revisão sistemática que avaliou estudos sobre automedicação entre a população adulta no Brasil.¹⁵ A automedicação é definida como a opção que o indivíduo escolhe para tratar condições de saúde ou sintomas autoreconhecidos ou autodiagnosticados. Alguns benefícios são associados a uma automedicação apropriada, como maior acesso ao medicamento, alívio ao usuário, validação do seu papel ativo no auto-cuidado e otimização do uso dos serviços de saúde. Entretanto, esta prática é preocupante pois está longe de ser completamente segura, em particular no caso da automedicação não responsável, pois existem riscos potenciais à saúde do paciente. Entre eles destacam-se a escolha de medicamentos incorretos para tratar determinada condição de saúde, reações adversas, interações medicamentosas, doses e modo de utilização incorretos e retardo do diagnóstico de doenças mais graves, podendo levar à complicações e aumento tempo de cura, onerando o sistema de saúde.^{16;}

17

A adesão ao tratamento foi o segundo incidente mais observado entre os usuários. Foi observado que os indivíduos enfrentam dificuldades para lembrar de tomar os

medicamentos, para adequar a sua utilização com a rotina de trabalho, ou em que deixam de utilizar algum medicamento receitado pelo médico. Estudo evidenciou que problemas com a adesão resultaram em danos considerados moderados, como quadros clínicos descompensados, bem como em danos permanentes, como acidente vascular cerebral e lesão no pé de indivíduo diabético.⁸

A falta de adesão é tema importante quando se trata de segurança do paciente, pois representa um incidente que está relacionado a eventos adversos que frequentemente ocorrem, mas que poderiam ser evitados.¹⁸ De acordo com Marchon et al. (2015), o fato do usuário não conseguir ler o que estava escrito na embalagem, nem conseguir discernir qual medicamento tomar fez com que ele deixasse de tomar o medicamento prescrito. Este incidente que poderia ter sido evitado caso a comunicação com o paciente e equipe de saúde não tivesse sido falha.⁸

Neste estudo, a dificuldade de ler o que estava escrito na embalagem foi o terceiro incidente mais relatado, em 31,7% dos casos. Interessante ressaltar que a maioria da amostra sabe ler, o que demonstra a importância do aspecto da comunicação entre profissional e usuário. A literatura aponta que independentemente do nível sócio-cultural dos indivíduos, adequar as informações às suas necessidades contribui para melhorar a adesão, reduzir sintomas de ansiedade e proporciona melhor satisfação destes com o cuidado prestado.¹⁹

Estudos afirmam que incidentes parecem ocorrer com maior frequência em pacientes mais velhos e com doenças crônicas.⁸ Pacientes idosos tem mais dificuldade em seguir as orientações médicas, não costumam esclarecer suas dúvidas em relação aos tratamentos prescritos, tendem a ser menos ativos em relação ao autocuidado, além de apresentarem maior suscetibilidade às consequências da não-adesão. Características sóciodemográficas, psicológicas, crenças de saúde, relação profissional-paciente, acesso e características dos medicamentos, reações adversas, esquemas terapêuticos complicados, são alguns dos múltiplos fatores descritos na literatura como possíveis interferentes da adesão.²⁰ Dados do sistema de farmacovigilância de um país da Europa mostraram que as faixas etárias de 50-59 e 80-89 estiveram associadas a maioria dos eventos adversos.²¹

Entre as características que sóciodemográficas avaliadas neste estudo, o fato do usuário ter mais idade merece destaque, pois esteve envolvido com maior probabilidade

de o usuário esquecer de tomar os medicamentos, mais dificuldade de adequar o uso do medicamento com a rotina de trabalho, de tomar muitos comprimidos ao dia, de ler o que estava escrito na embalagem e de diferenciar comprimidos com tamanho e cor semelhantes. Desta forma, usuários mais velhos demonstraram ser mais suscetíveis a vivenciar incidentes relacionados à adesão e erros. Em contrapartida, pacientes com HAS e DM demonstraram menor probabilidade de ter dificuldade de tomar muitos comprimidos ao dia. Explicação possível seria o fato de já estarem acostumados com um regime terapêutico que inclui um maior número de medicamentos, ou o grupo faz uso de terapia medicamentosa com poucos comprimidos, ou terapia combinada, o que facilitaria a adesão.

O medicamento é ferramenta importante em saúde, e em muitos casos imprescindível, para tratar doenças, aliviar sintomas, promover bem-estar e melhorar a qualidade de vida.^{1; 2} A dificuldade de obter o medicamento, reflete um incidente de acesso que pode resultar desde danos mínimos até permanentes, dependendo da condição de saúde do usuário, que acaba deixando de tratar as suas doenças de forma adequada.⁸ Em muitos casos, ele pode deixar de tomar o medicamento por estar em falta na farmácia do SUS e por não ter condições financeiras para comprar.^{8; 22} Pesquisas mostram associação do nível socioeconômico com o acesso a medicamentos, onde as classes mais baixas parecem ter menos acesso^{1; 22}. Pesquisa realizada com mulheres usuárias do SUS, verificou que as mais ricas tiveram acesso 13% maior que as mais pobres.²² Neste estudo, as classes econômicas mais baixas tiveram menor probabilidade apresentar dificuldades de acesso. Essa diferença pode ser consequência de características específicas das amostras utilizadas e da forma como foi avaliado o acesso neste estudo, no qual o acesso não foi foco de investigação, sendo utilizada apenas uma variável para verificar dificuldades para acessar medicamentos.

Apesar disso, a prevalência de dificuldade para obter medicamentos foi verificada em 26% da amostra, indica que existem barreiras que devem ser superadas nessa área. No Brasil, a prevalência de acesso a medicamentos está em torno de 80%²³ a 95%¹¹, dependendo das populações consideradas e conceitos de acesso adotados nas investigações, sendo que esse acesso ainda pode ser analisado como total ou parcial. Os fatores que contribuem para eventos adversos decorrentes da falta de acesso estão

associados a falhas na gestão, incapaz manter o suprimento de medicamentos nos estabelecimentos de saúde.^{8; 14}

Em se tratando incidentes de segurança relacionados aos medicamentos dentro do ambiente hospitalar, a literatura refere os erros de medicação, os quais estão ligados diretamente à prática profissional, desde o momento da prescrição até o momento da administração do medicamento ao paciente internado.^{24,25} Já no âmbito da APS, o paciente é sujeito ativo no processo e responsável por uma série de comportamentos de risco, como observado nesta pesquisa. Nesse sentido, é importante que sejam investigadas as principais dificuldades vivenciadas por ele. Uma abordagem voltada ao usuário pode permitir que este ajude a gerenciar seu cuidado, inclusive um possível evento adverso danoso.¹⁹

Os erros de medicação representam um dos incidentes de insegurança mais comuns dentro do ambiente hospitalar.¹⁴ A troca de comprimidos é citada como um desses possíveis erros, e que está relacionada a práticas inadequadas.²⁴ Na atenção primária, como dito anteriormente, o usuário é sujeito ativo do seu cuidado (ou deveria ser), por isso, a dificuldade que ele próprio tem em identificar comprimidos diferentes, mas que possuem forma e cor semelhantes, podem gerar confusão no momento da administração e levar a evento adverso pelo uso do medicamento incorreto para tratar a sua condição de saúde.

Limitações

A principal limitação deste estudo foi o fato dos incidentes não serem investigados a partir de formulário específico para notificações de eventos adversos, ou sistema de farmacovigilância, tampouco foram acessadas as prescrições, o que impossibilitou o alcance de informações mais detalhadas sobre a ocorrência de incidentes pelo uso de medicamentos e seus desfechos. Também não foram investigados medicamentos envolvidos, interações, reações adversas e prescrições inadequadas, o que aumentaria a gama e a frequência de incidentes. Embora tenham sido reconhecidos alguns incidentes potencialmente danosos e traços do perfil dos usuários que tem maior probabilidade de vivenciá-las no cotidiano, seria importante que fossem realizadas pesquisas futuras que englobassem a gama de possibilidades de incidentes com medicamentos e com o olhar

nos fatores que contribuem ou desencadeiam esses incidentes, bem como medicamentos envolvidos com os principais incidentes.

Conclusão

Automedicação, adesão, informação, acesso, polimedicação e erros de medicação praticados pelo usuário, são incidentes presentes entre usuários da APS e podem resultar eventos adversos. Estas ocorrências estão intimamente ligadas à segurança, efetividade e necessidade, conceitos próprias do uso racional de medicamentos. Ter mais idade, ser mulher, sentir dor ou mal-estar foram as características que mais se revelaram presentes no perfil dos usuários que vivenciaram os incidentes. Essas informações fomentam o planejamento de ações para prevenir incidentes e diminuir os riscos de resultados desfavoráveis para a saúde dos usuários de medicamentos na APS do SUS. Como consequência, é possível promover o uso racional de medicamentos e melhorar a qualidade do cuidado nos serviços, uma vez que se diminui a probabilidade de resultados desfavoráveis.²

Os resultados observados revelam que além do âmbito hospital, na APS o usuário de medicamentos também está vulnerável a eventos adversos que podem ser evitáveis mediante a adoção de práticas seguras nesse nível de atenção. Segundo os pressupostos do Programa Nacional de Segurança do Paciente⁷ e a partir da discussão sobre segurança do paciente já traçada para o ambiente hospitalar, é possível transpor para a APS uma série de estratégias que deveriam ser implantadas. Entre elas, ressalta-se o gerenciamento de risco que inclua ações efetivas de farmacovigilância nas unidades de saúde, para que a cultura do monitoramento e notificação de eventos adversos relacionados aos medicamentos seja difundida entre profissionais e usuários; educação para pacientes e prescritores como o foco na promoção do uso racional de medicamentos, com o olhar desde a prescrição de medicamentos adequados, passando por sua correta utilização pelo paciente e chegando até o monitoramento do uso. Cabe destacar que esse monitoramento deve ser feito pela equipe de saúde que acompanha o usuário, atentando para uma comunicação efetiva, tanto entre o paciente e a equipe, quanto entre os profissionais da equipe. Essa equipe deve incluir o farmacêutico, profissional especialista no medicamento. Por fim, seria interessante a implantação de uma rede de gerenciamento de riscos para a APS, estimulando trocas de experiências entre os serviços e consequente

apropriação dos gestores sobre a importância da implantação de ações para a promoção da segurança do paciente na APS, sejam elas específicas para a localidade, ou sirvam de modelo para o país.

Uma vez que a APS absorve elevada carga dos problemas de saúde da população, o estímulo ao desenvolvimento de práticas seguras tem o potencial de fazer com que o uso de medicamentos traga mais benefícios que riscos para a saúde dos usuários de APS.

Referências

1. 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 Nov-Dec 2005. ISSN 0102-311X. Disponível em: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16410858> >.
2. REIS, C. T.; MARTINS, M.; LAGUARDIA, J. [Patient safety as a dimension of the quality of health care--a look at the literature]. **Cien Saude Colet**, v. 18, n. 7, p. 2029-36, Jul 2013. ISSN 1678-4561. Disponível em: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23827907> >.
3. NIVYA, K. et al. Systemic review on drug related hospital admissions – A pubmed based search. **Saudi Pharmaceutical Journal**, v. 23, n. 1, p. 1-8, 1// 2015. ISSN 1319-0164. Disponível em: < <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1319016413000509> >.
4. LEENDERTSE, A. J. et al. Preventable hospital admissions related to medication (HARM): Cost analysis of the HARM study. **Value in Health**, v. 14, n. 1, p. 34-40, 1// 2011. ISSN 1098-3015. Disponível em: < <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1098301510000252> >. Acesso em: 2011/2//.
5. World Health Organization. The conceptual framework for the International Classification for Patient Safety. Version 1.1. Final technical report. Geneva: World Health Organization; 2009.
6. Brasil. Portaria nº 529, de 1º de abril de 2013. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). Diário Oficial da União, 2 de abril de 2013.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.
8. MARCHON, S. G.; MENDES JUNIOR, W. V.; PAVÃO, A. L. Characteristics of adverse events in primary health care in Brazil. **Cad Saude Publica**, v. 31, n. 11, p. 2313-2330, Nov 2015. ISSN 1678-4464. Disponível em: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26840812> >.
9. Brasil. Portaria nº 2488 de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da atenção básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS).
10. World Health Organization. The rational use of drugs: report of the conference of experts. Nairobi 1985 Jul 25-29. Geneva: WHO; 1987.

11. ALVARES, J. et al. Pesquisa Nacional de Acesso a Medicamentos no Brasil - Percepção dos Usuários da Atenção Básica do Sistema Único de Saúde. **Value Health**, v. 18, n. 7, p. A849, Nov 2015. ISSN 1524-4733. Disponível em: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26534542> >.
12. Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (ABEP). Critério de Classificação Econômica Brasil. Disponível em: <www.abep.org>. Acessado em 05 de março de 2016.
13. MAROCO, J. **Análise Estatística, com utilização do SPSS**. 3ª ed. Lisboa: Sílabo, 2007.
14. MARCHON, S. G.; MENDES JR, W. V. Patient safety in primary health care: a systematic review. **Cad Saude Publica**, v. 30, n. 9, p. 1815-35, Sep 2014. ISSN 1678-4464. Disponível em: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25317512> >.
15. DOMINGUES, P. H. F. et al. Prevalence of self-medication in the adult population of Brazil: a systematic review. **Revista de Saúde Pública**, v. 49, 2015. ISSN 0034-8910. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102015000100403&nrm=iso >.
16. RUIZ, M. E. Risks of self-medication practices. **Curr Drug Saf**, v. 5, n. 4, p. 315-23, Oct 2010. ISSN 2212-3911. Disponível em: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20615179> >.
17. MONTASTRUC, J. L. et al. Pharmacovigilance, risks and adverse effects of self-medication. **Therapie**, v. 71, n. 2, p. 257-62, 2016 Mar-Apr 2016. ISSN 0040-5957. Disponível em: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27080848> >.
18. SCHNIPPER, J. L.; ROTHSCILD, J. M. Improving medication safety. **Lancet**, v. 379, n. 9823, p. 1278-80, Apr 2012. ISSN 1474-547X. Disponível em: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22357107> >.
19. SANTOS, M. C. et al. Comunicação em saúde e a segurança do doente: problemas e desafios. **Rev Port Saúde Pública**. 10: 47-57 p. 2010.
20. BALKRISHNAN, R. Predictors of medication adherence in the elderly. **Clin Ther**, v. 20, n. 4, p. 764-71, 1998 Jul-Aug 1998. ISSN 0149-2918. Disponível em: < http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=PubMed&dopt=Citation&list_uids=9737835 >.
21. TANTI, A. et al. Medication errors through a national pharmacovigilance database approach: a study for Malta. **Int J Risk Saf Med**, v. 25, n. 1, p. 17-27, Jan 2013. ISSN 1878-6847. Disponível em: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23442294> >.

22. 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, Jul 2015. ISSN 1678-4464. Disponível em: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26248097> >.
23. 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. ISSN 1678-4464. Disponível em: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27096295> >.
24. MIASSO, A. I. et al. Erros de medicação: tipos, fatores causais e providências tomadas em quatro hospitais brasileiros. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 40, p. 524-532, 2006. ISSN 0080-6234. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342006000400011&nrm=iso >.
25. RENATA GROU VOLPE, C. et al. Medication errors in a public hospital in Brazil. **Br J Nurs**, v. 23, n. 11, p. 552, 553-9, 2014 Jun 12-25 2014. ISSN 0966-0461. Disponível em: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24933543> >.

5 Discussão Geral

5.1 Informações adicionais sobre o método

No intuito de explorar o acesso a medicamentos e elementos do seu uso racional, esta tese tomou como base premissas que foram desenvolvidas ao longo de três artigos, buscando responder as respectivas perguntas norteadoras.

Como ponto de partida, o primeiro artigo se fixou no plano macro, observando a problemática da gestão técnica da AF no Brasil e regiões, utilizando a base de dados da PNAUM.

Para avaliação do acesso e suas dimensões foi realizado um recorte do Centro-Oeste, voltando o olhar para a Região Administrativa (RA) de Ceilândia, por dois motivos principais. Primeiro, pela conveniência de explorar a temática na maior RA do Distrito Federal, onde localiza-se o campus da Universidade de Brasília (UnB), sede deste Programa de Pós-Graduação. Segundo, pelo interesse em verificar a existência de possíveis desigualdades entre a RA e própria região onde se situa, visando colaborar com a gestão local. Para este artigo, foram utilizados a bases de dados da PNAUM, referente ao Centro-Oeste, e para as análises de Ceilândia foram utilizados os dados obtidos pela pesquisa replicada na RA, pela doutoranda.

Finalmente, no intuito de abordar de uma forma inédita o tema uso racional de medicamentos na APS, a opção por manter o recorte do Centro-Oeste, apoiou-se no fato da UnB ser a representante desta região na Pesquisa Nacional (PNAUM). Para este artigo, assim como no primeiro, foram utilizados exclusivamente dados obtidos da PNAUM.

A seguir são apresentadas informações adicionais sobre o método utilizado na PNAUM e sobre a pesquisa realizada na APS da Regional de Saúde de Ceilândia/DF. Em seguida, é feita uma reflexão acerca do conteúdo e resultados encontrados nos três artigos que constituem a tese.

Sobre a PNAUM

Considerando a necessidade de conhecer aspectos relacionados ao acesso, utilização e uso racional de medicamentos no Brasil e os objetivos estratégicos estabelecidos no documento "Pesquisas Estratégicas para o Sistema de Saúde do Ministério da Saúde, quais sejam: "Garantir a assistência farmacêutica no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)"; "Fortalecer o complexo industrial e de ciência, tecnologia e inovação em saúde como vetor estruturante da agenda nacional de desenvolvimento econômico, social e sustentável, melhorando o acesso à saúde e a assistência farmacêutica no âmbito do SUS", foi instituída a Pesquisa Nacional sobre Acesso, Utilização e Promoção do Uso Racional de Medicamentos no Brasil - PNAUM. A PNAUM foi aprovada pela Portaria Nº 2.077, de 17 de setembro de 2012 do Gabinete do Ministro da Saúde e integra ações do Departamento de Assistência Farmacêutica e do Departamento de Ciência e Tecnologia da Secretária de Ciência Tecnologia e Insumos Estratégicos do Ministério da Saúde.(1) A PNAUM constituiu-se de duas etapas: Inquérito Populacional e Serviços. O grupo de trabalho da segunda etapa – PNAUM Serviços, é formado por pesquisadores de instituições brasileiras, inclusive a Universidade de Brasília – UnB.

A PNAUM Serviços foi uma pesquisa transversal, avaliativa, que compreendeu uma amostra planejada de 600 municípios nas cinco regiões do Brasil, realizada entre 2014 e 2015. A coleta de dados ocorreu em dois momentos.

O primeiro correspondeu a entrevistas telefônicas com gestores do SUS (responsáveis pela AF dos municípios e secretários de saúde). Após esta etapa, entre os 600 municípios, foram selecionados 300 para realização inquérito nos serviços de atenção primária, constituindo-se, então, o segundo momento da pesquisa. Para tanto, foram incluídas as 27 capitais brasileiras, 0,5% dos maiores municípios de cada uma das regiões e restante de municípios sorteados. Para o cálculo da amostra representativa da amostra foram considerados três domínios: municípios, serviços de dispensação de medicamentos e usuários.

No segundo momento, nos serviços dos 300 municípios, foram realizadas entrevistas presenciais, guiada por questionário estruturado, com os responsáveis pela entrega de medicamentos, médicos e usuários, além de observação direta dos aspectos estruturais dos serviços de farmácia. Dados secundários também foram obtidos por meio das bases oficiais IBGE e DATASUS.

O método detalhado da PNAUM está contemplado em artigo específico, o qual encontra-se em fase de publicação.(40)

No anexo 1 encontra-se o instrumento de pesquisa da PNAUM utilizado para as entrevistas com usuários. No anexo 2, o instrumento de entrevista com os responsáveis pela AF.

Sobre a pesquisa na Regional de Saúde de Ceilândia

Local

Ceilândia configura a Região Administrativa IX e está situada a 26 quilômetros de Brasília. É a região do Distrito Federal mais populosa, sendo estimado um contingente de 449.592 habitantes, em 2013. A cidade surgiu em decorrência da Campanha de Erradicação de Favelas, que foi o primeiro projeto de erradicação de favelas realizado no Distrito Federal pelo governo local. A data de sua fundação, 27 de março de 1971, foi marcada pelas remoções de, aproximadamente, 80.000 moradores das favelas para a nova cidade. A RA IX foi criada pela Lei n.º 49/89 e o Decreto n.º 11.921/89, por desmembramento da RA III - Taguatinga. Atualmente, Ceilândia possui uma área urbana de 29,10 km² e está subdividida em setores: Ceilândia Centro, Ceilândia Sul, Ceilândia Norte, P Sul, P Norte, Setor O, Expansão do Setor O, QNQ, QNR, Setores de Indústria e de Materiais de Construção e parte do INCRA (área rural da Região Administrativa), Setor Privê, e condomínios que estão em fase de legalização como o Pôr do Sol e Sol Nascente. (41)

De acordo com a Pesquisa Distrital por amostra de Domicílios (PDAD, 2013), 98,60% da sua população utilizam os postos de saúde da própria RA. A regional de saúde local é composta por 12 centros de saúde, os quais oferecem

atendimento em ações básicas e dispensação de medicamentos. Os centros são denominados de número 1 ao 12.(41)

Amostra

Neste estudo foi incluída uma amostra de usuários de 11 centros de saúde, de número 2 a 12. O centro de saúde número 1 foi excluído por possuir características peculiares que o diferem dos demais. Os serviços prestados no local são voltados a determinados tipos de pacientes, como alguns casos provenientes do pronto socorro do Hospital Regional, além disso, a farmácia de dispensação é específica para medicamentos psicotrópicos. (Figura 2)

Figura 2: Distribuição dos Centros de Saúde na RA Ceilândia/DF, 2014.

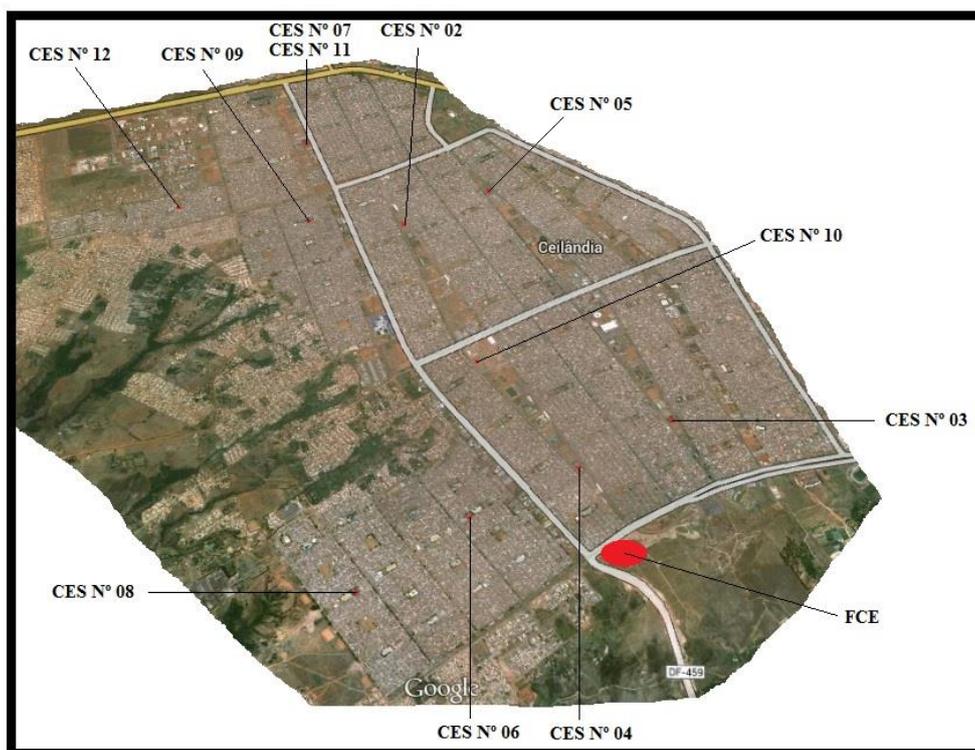


Figura adaptada pelo autor a partir do Google Maps.

A amostra foi de 403 usuários (considerando amostra de segurança 5% maior que a calculada), distribuídos, de forma estratificada, em cada um dos centros, de acordo com o percentual de usuários adstritos. A amostra foi calculada por meio do programa estatístico OpenEpi,(42) considerando uma

população de 431.892 (conforme número estimado de população usuária dos serviços), prevalência de desfecho 50% e erro 5%. (Quadro 1)

Quadro 1. Amostra de usuários entrevistados nos Centros de Saúde, de Ceilândia/DF, 2013.

Centros	População	Porcentagem	Amostra
2	29.000	6,7	26
3	35.000	8,1	31
4	27.640	6,4	25
5	37.917	8,8	34
6	25.000	5,8	22
7	43.000	10,0	38
8	48.000	11,1	43
9	39.335	9,1	35
10	50.000	11,6	45
11	32.000	7,4	28
12	65.000	15,1	58
TOTAL	431.892	100	384

Coleta de dados

Para as entrevistas com os usuários contaram com a colaboração de uma equipe de alunos de graduação, devidamente treinada. Os usuários foram arrolados de forma consecutiva, em diferentes turnos e dias da semana em que os centros de saúde estiveram em funcionamento para atendimentos de

qualquer natureza. A coleta contou com questionário estruturado dividido nos seguintes blocos: informações do entrevistado, doenças crônicas, uso de remédios, atendimentos em emergência e internações, serviço de saúde e farmácia, avaliação da UBS/ farmácia, avaliação dos hábitos dos usuários, comportamentos no uso de remédios, estilo de vida, prática de atividade física, fumo, dieta, plano de saúde, informação sobre seu domicílio e avaliação do estado de saúde. (Apêndice 3)

O treinamento da equipe contemplou boas práticas de abordagem dos entrevistados, aplicação dos questionários, registro correto das informações, entre outros, com objetivos de evitar possíveis vieses de pesquisa.

O gerenciamento dos dados coletados e verificação de erros foram realizados, semanalmente, pela doutoranda, com auxílio de mais um pesquisador. Casos de dúvidas quanto à qualidade ou veracidade de dados coletados foram discutidos com os entrevistadores. No total, 10 questionários foram excluídos devido à baixa qualidade de dados, ou por estarem incompletos devido a desistências dos entrevistados antes que a entrevista fosse concluída, resultando em amostra de 393 usuários.

Processamentos e análise dos dados

Os dados coletados foram tabulados e processados por meio dos Programas EpiData versão 3.1 e SPSS (Statistical Package for Social Sciences), versão 22.0. As variáveis foram analisadas por meio de estatística descritiva com cálculo de frequências, médias e desvios padrão. O nível de significância foi de 5%. A interpretação dos resultados foi desenvolvida com suporte da teoria das probabilidades e da inferência estatística do método quantitativo de pesquisa.

Aspectos Éticos

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de ética em Pesquisa FEPECS/SES-DF, sob parecer de nº737.800. Consentimentos livres e esclarecidos foram obtidos dos inquiridos antes da entrevista, garantindo o sigilo quanto à identidade e confidencialidade dos dados, bem como o direito de não participar ou suspender a participação a qualquer momento da entrevista.

5.2 Reflexões acerca dos resultados dos artigos

Os resultados dos artigos que constituem esta tese evidenciaram alguns desafios importantes para que o acesso e uso racional de medicamentos sejam garantidos aos usuários da atenção primária no SUS. Estes desafios estão relacionados a pontos fracos no processo de gestão da AF, barreiras e desigualdades no acesso, bem como à existência de incidentes decorrentes do uso de medicamentos. Mudanças nesse cenário envolvem diferentes atores, entre eles autoridades sanitárias, profissionais de saúde e usuários.

De acordo com a OMS, um dos elementos para a garantia da qualidade dos sistemas de saúde baseados em APS, é a organização e gestão otimizadas.(4) A partir da adoção de boas práticas de gestão, é possível empoderar ações, atores, procedimentos, o sistema legal e o financeiro. As práticas devem ser transparentes, isentas de corrupção e sujeitas ao controle social.(3)

No Brasil, a AF configura um sistema de apoio para a implantação da rede de cuidados em APS. (27) Tendo em vista esta condição que a AF assume, torna-se imprescindível que sua gestão seja orientada de forma diferente da prática farmacêutica tradicional, a qual gira em torno do ciclo logístico do medicamento. (3, 27)

As características que devem ser almejadas para um modelo de gestão da AF na APS são governança, profissionalização, financiamento, gestão de pessoas, gestão de produtos, tecnologia de informação, organização da atenção e qualidade do desempenho do sistema.(3) Sob essa concepção, os indicadores utilizados na presente pesquisa revelaram que a realidade brasileira apresenta algumas inconsistências em relação às características da gestão que se espera para uma AF de qualidade.

Em se tratando de governança, os indicadores do fator limitante “elemento organizativo” indicam a necessidade de ser fortalecida no país. Cerca de 20% dos municípios não possuía a AF no organograma das secretarias de saúde, nem no plano de saúde. Uma vez que o gestor não inclui a AF nesses instrumentos de planejamento, o governo não se faz responsável pela gestão das ações da AF, nem está empoderado para tanto.

O modelo de gestão para a AF, proposto pela OPAS, defende que a gestão de pessoas diz respeito, entre outros, à autonomia dos dirigentes e a processos participativos. (3) Nesse quesito, a análise dos indicadores da gestão participativa da AF, revelou a presença de algumas fragilidades. Mais da metade dos gestores da AF não participa do conselho de saúde e menos de 40% dos municípios não incluía nas pautas das reuniões o tema AF. Além disso, grande parcela dos responsáveis pela AF não possuía autonomia financeira frente aos processos de tomada de decisão.

A profissionalização da gestão da AF é outra característica que necessita ser desenvolvida, tendo em vista que em 13,4% dos municípios/DF não era o farmacêutico quem fazia as especificações técnicas para a compra de medicamentos, mesmo que mais de 90% dos responsáveis da AF fossem farmacêuticos. Isso é grave, pois se um dos objetivos das políticas de saúde é fornecer medicamentos de qualidade, é importante que as especificações sejam feitas por profissionais adequadamente formados e competentes. Embora o farmacêutico seja considerado o profissional especialista em medicamentos, chama atenção que mais da metade dos farmacêuticos responsáveis pela AF municipal avaliou sua organização como boa e ótima. A situação faz parecer que há uma carência na profissionalização deste profissional para atividades gerenciais.

A gestão de produtos na AF é um tema fundamental para a garantia do acesso, pois diz respeito a uma série de etapas cujo objetivo é garantir a disponibilidade de medicamentos. Na AF tradicional essas etapas envolvem a seleção de medicamentos, programação, aquisição, distribuição, armazenamento, dispensação ao usuário.(9) Para o modelo de gestão proposto pela OPAS elas se traduzem em planejamento de necessidades, implementação de boas práticas, armazenamento adequado para conservar os produtos, controle de estoques e distribuição dos produtos no momento oportuno.(3)

Ao analisar as etapas sob o ponto de vista do planejamento de necessidades, é importante que o município conte com a sua própria lista de medicamentos, elaborada para atender as demandas de saúde do local, de acordo com a dinâmica do perfil epidemiológico local.(9) Esse seria o equivalente ao processo

de seleção de medicamentos, etapa fundamental para a promoção do uso racional de medicamentos. As listas representam papel importante, tanto para o planejamento, quanto para o uso racional de medicamentos. Elas vão orientar a compra de medicamentos racionalmente selecionados, comprovadamente seguros e eficazes para os indivíduos, a partir das necessidades de saúde.(14) No Brasil, grande parte dos municípios possuem listas (85,3%), no entanto, não estão sendo atualizadas, tampouco atendem as necessidades da população (em cerca de 70% dos municípios). Essas informações apontam que a promoção do URM está comprometida por essas fragilidades na etapa de planejamento da AF/seleção medicamentos.

É possível dizer que também há uma lacuna na profissionalização nesta etapa, uma vez que a maioria dos municípios (87,5%) conta com uma comissão específica para trabalhar na sua elaboração e atualização. Espera-se que essas comissões sejam compostas por especialistas, de diferentes áreas e que estão envolvidos com o processo de gerenciamento dos medicamentos, como administradores, enfermeiros, farmacêuticos, médicos, etc.(9)

O fato de menos da metade (34,8%) dos municípios brasileiros contar com comissões de licitação específicas para aquisição de medicamentos também pode contribuir para a ineficiência do planejamento, além de tornar os processos de compras vulneráveis à corrupção. Elevada porcentagem de municípios com medicamentos vencidos, além do recomendado, também sinaliza falta de planejamento para programação e aquisição de medicamentos, implicando desperdício do dinheiro público.

Esse fato pode ser decorrente, entre outros motivos, das deficiências dos municípios quanto à implementação de boas práticas. Metade deles não adotava procedimentos padronizados para seleção, programação e aquisição de medicamentos. Se estas etapas não possuem padrões básicos para a sua execução, se tornam suscetíveis aos estilos de fazer de cada indivíduo, e não ao que seria tecnicamente aceitável e adequado.(7)

É sabido que os medicamentos são produtos de saúde que devem atender a determinados padrões para sua armazenagem,(10) no entanto, municípios brasileiros realizam monitoramento insuficiente dos locais de armazenamento

desses produtos, observado especialmente pela falta de controle da temperatura e umidade nos locais. Esta insuficiência pode implicar perda de efetividade e segurança dos medicamentos ao usuário, comprometendo os tratamentos e causando danos à sua saúde. Conseqüentemente, a promoção do URM estará ameaçada.

A gestão do medicamento é tema fundamental, pois se as etapas discutidas se desencadeiam adequadamente, espera-se que o medicamento esteja disponível ao usuário, nas melhores condições de qualidade possíveis, com efetividade e segurança.(7) Inclusive, uma das características da qualidade do desempenho da AF, é a capacidade das pessoas obterem o produto necessário no momento oportuno.(3) Portanto, o desabastecimento de medicamentos é o contrário do que se espera, mas representa a realidade para uma parcela de municípios brasileiros (21,3%), inclusive com desigualdades entre regiões. Os usuários do Norte parecem ser os mais prejudicados com a falta de medicamentos e, no Sul, os que menos vivenciam períodos de desabastecimento.

O suporte tecnológico é componente importante para dar apoio aos processos de tomada de decisão, tanto na área administrativa-financeira, quanto na área clínica. (3) No país, ainda existe uma parcela de municípios (30%) que carece de um sistema informatizado para apoiar os processos. Entre o percentual de municípios que possuem suporte tecnológico, poucos o utilizam para controle e execução financeira (apenas 34,2% utiliza para este fim) e para registro de queixa técnica e notificação de eventos adversos (20%). Embora o MS esteja investindo na qualificação das tecnologias de informação, com a implantação do sistema de gerenciamento da AF, Hórus, desde 2009, é evidente a necessidade de expansão e qualificação da rede de modo a contemplar maior gama de municípios, com investimento na capacitação dos profissionais para o uso.(43) Inclusive, o sistema poderia contemplar o gerenciamento de informações sobre o acompanhamento e monitoramento do uso de medicamentos, aumentando o potencial de contribuir para a promoção do URM. Atualmente, a versão do Hórus para a atenção primária, permite gerenciar dados sobre dispensação e estoque de medicamentos, e disponibiliza algumas

informações técnicas, como a Relação Nacional de Medicamentos Essenciais, o Formulário Terapêutico Nacional e Temas Seleccionados para Promoção do Uso Racional de Medicamentos.(43)

O financiamento e a organização da atenção foram itens não possíveis de serem verificados em termos da avaliação da gestão da AF nesta tese. No entanto, foi possível constatar uma pequena parcela de municípios que investiu na estruturação física dos serviços AF, bem como menos da metade que recebeu auxílio do governo para esse fim. Estudo realizado há quase 10 anos criticou a situação precária de muitas farmácias em termos estruturais e mencionou o fato da farmácia não ser prioridade em meio a diversas demandas na área da saúde.(20) As autoridades sanitárias devem estar atentas a esses fatos, pois a qualificação dos serviços de AF já existentes é um dos eixos prioritários da PNAF. (8) Embora existam iniciativas do Ministério da Saúde para estruturação das farmácias no SUS,(15) observa-se uma situação que parece ser persistente, ou que evolui lentamente.

A discussão e preocupação com a organização da atenção, que tem relação com as ações e práticas assistenciais, foi sendo ampliada a partir da criação da PNAF.(8) Em 2004, Araújo et. Al (2005) defendeu a ideia da AF como um modelo tecnológico em APS. (25) Na sua lógica, a tecnologia de gestão do medicamento não poderia estar dissociada da tecnologia do uso. Era necessário envolver diferentes classes profissionais, usuários e suas atitudes. Seguindo esse mesmo propósito, Correr et al. (2011) propôs um modelo lógico-conceitual para AF integrada ao processo de cuidado, no qual dividia a gestão da AF em dois blocos, um relacionado à gestão técnica da AF e outro à gestão clínica do medicamento. A gestão técnica incluiria “ações gerenciais” que ocorrem antes da utilização do medicamento, dariam suporte à prescrição e dispensação, mas não se envolviam diretamente com o cuidado e com resultados farmacoterapêuticos. Já a gestão clínica se preocuparia com a continuidade do cuidado após a entrega do medicamento ao usuário, seria o que os autores chamaram de “ações assistenciais”. (26)

Está clara a necessidade e importância do desenvolvimento de uma visão ampliada da AF, posicionando o usuário no foco das ações. O medicamento, por

sua vez, é um produto final da gestão das ações da AF, representando uma tecnologia indispensável para cuidado prestado na APS.

No entanto, além da gestão efetiva e do olhar voltado ao usuário, para que a AF atinja o status de sistema de qualidade, ela deve cumprir com determinados atributos, entre eles o acesso. Neste contexto, para que o usuário tenha acesso aos medicamentos, é importante considerar outros elementos que podem ser determinantes para que o acesso ocorra, além da disponibilidade do produto. Para tanto, é fundamental que a AF ela interaja com outros campos.(3) Nesse contexto, a abordagem de diferentes dimensões do acesso a medicamentos consideradas para esta tese, baseadas no conceito de Penchanski e Thomas (1981), foram válidas no sentido de permitir essa análise mais abrangente do acesso a medicamentos. Inclusive, ao analisar as dimensões disponibilidade, capacidade aquisitiva, localização geográfica e aceitabilidade percebe-se que elas possuem interfaces com elementos que devem compor um sistema de saúde baseado na APS. (Figura 3) Destacam-se a organização e gestão ótima, serviços orientados a qualidade, cobertura e acesso universais, ações intersetoriais, justiça social, receptividade às necessidades das pessoas.(4)

Figura 3. Valores, princípios e elementos centrais de um sistema de saúde com base na APS.



Fonte: Organização Pan-Americana da Saúde (2007).

A dimensão disponibilidade identificou dificuldade dos usuários obterem os medicamentos nas farmácias do SUS, demonstrando que a gestão é deficitária por não ser capaz de oferecer o seu produto final, o medicamento, que é tecnologia necessária ao tratamento dos usuários. A partir da análise da aceitabilidade, elevado percentual de usuários, particularmente em Ceilândia, referiu uma série de aspectos que deveriam ser melhorados, entre eles a sala de espera (80,5%), o horário de funcionamento (52,5%), o espaço físico (62,1%), a disponibilidade dos remédios (89,0%), a qualidade do atendimento (63,0%) e o tempo de espera para atendimento (75,4%). Além disso, os usuários demonstraram insatisfação com o conforto dos locais e indiferença quanto aos serviços prestados nas farmácias (atendimento prestado foi considerado nem

bom, nem ruim). Tais constatações reforçam a necessidade de ampliar os investimentos na estruturação dos serviços de farmácia, atentando para que a APS seja mais receptiva às necessidades das pessoas e oriente seus serviços a qualidade. A cobertura e o acesso universais são outros elementos da APS que ainda precisam ser trabalhados no contexto da AF, como foi observado no Centro-Oeste, especialmente em Ceilândia. Observou-se um percentual de usuários (cerca de 10%) que possuía problemas financeiros para aquisição de medicamentos, o que também é dissonante do princípio da justiça social. A promoção da justiça social supõe que as ações do governo devem garantir bem-estar aos cidadãos, especialmente os mais vulneráveis.(44)(45)

Embora a APS deva se basear na comunidade e na família, oferecendo o cuidado mais próximo às suas residências(13), observou-se que a localização geográfica é uma barreira de acesso, tendo em vista as percepções de que os serviços se localizam longe das casas de uma parcela de usuários.

Ao refletir sobre a desigualdade de acesso na região Centro-Oeste, onde Ceilândia vivencia barreiras mais acentuadas de acesso aos medicamentos, destacam-se os desafios para o desenvolvimento da APS universal, com justiça social, serviços de qualidade, organização e gestão otimizadas. Ao mesmo tempo, observam-se oportunidades para a criação de programas pró-equidade e de ações intersetoriais (ambos elementos da APS) que podem, inclusive, dar suporte ao processo de descentralização da AF. Sabe-se que o espaço urbano do país apresenta diversas realidades, com uma trajetória de ocupação que enfrenta a contradição entre a formação dos espaços e a criação de políticas sociais.(46) As cidades e as aglomerações urbanas são os espaços onde estão concentrados uma série de problemas estruturais, reproduzindo a segregação social e econômica (opas cidades). Por outro lado, são a representação mais completa das várias possibilidades de produção de serviços e tecnologias. (Opas cidades) Esse panorama configura uma oportunidade para que a AF oriente formulação, implementação e avaliação de políticas intersetoriais, conforme preconizado pela PNAF.(8)

As dimensões de acesso permitiram uma análise ampliada, fazendo com que uma série de elementos dos serviços de saúde e da sociedade também

fossem observados. Uma vez concretizado o acesso aos medicamentos, é importante que sejam analisados os resultados do acesso, ou seja o resultado da utilização do medicamento. Nesta tese, foram identificados e discutidos incidentes com o uso de medicamentos, no intuito de contribuir para o debate sobre o uso racional de medicamentos.

Espera-se que o usuário tenha acesso ao medicamento, mas esse medicamento deve ser necessário para o tratamento, ser seguro para o uso e resolva sua condição de saúde. Um pré-requisito fundamental para a terapia medicamentosa é que ela ofereça mais benefícios que riscos para o indivíduo.(32) Neste fato reside a importância de entender a utilização do medicamento deva ter o atributo de segurança.

Estima-se que de 5 a 10% das admissões hospitalares sejam decorrentes de problemas com o uso de medicamentos na comunidade, os quais 50% são evitáveis.(22) Além dos riscos que são inerentes ao produto (reações adversas), existem aqueles decorrentes do processo de utilização pelo usuário que podem configurar danos à saúde, seja por características biopsicossociais dos indivíduos (idosos, principalmente), quanto pela sua utilização incorreta.(36, 37) Automedicação, adesão, informação, acesso, polimedicação e erro de medicação, observados neste tese, ilustram essas situações de risco, apontando a necessidade de sinalizar a problemática para gestores, profissionais, autoridades em saúde e comunidade. Esse alerta se faz necessário, no sentido de haver uma conscientização por parte dos interessados, para que medidas sejam tomadas no sentido de evitar essas ocorrências. A literatura aponta que problemas relacionados ao uso de medicamentos tem impacto aos seus usuários, sua família, bem como a sociedade e tem o potencial de envolver altos custos.(36, 37)

Revisão sistemática identificou que intervenções farmacêuticas, realizadas para melhorar o manejo das terapias podem reduzir a frequência dessas ocorrências, reduzindo a probabilidade de utilização de serviços de saúde pelos usuários e hospitalizações.(47) Investimentos por parte do gestor neste tipo de intervenções têm demonstrado serem custo-efetivas e até mesmo trazer ganhos econômicos para as organizações de saúde.(36)

As informações levantadas trazem subsídios para fortalecer a cultura de segurança do paciente na APS e a promoção do URM, empoderando e responsabilizando todos os atores que, de alguma forma, tem um papel nessa etapa da AF relacionada à utilização de medicamentos. Ademais, a adoção de medidas para intervir nas ocorrências com medicamentos tem o potencial de orientar os serviços à qualidade, de promover uma atenção abrangente e integrada, buscando a garantia do direito ao mais alto nível de saúde da população, em consonância com os valores da APS e objetivos da política de AF.

5.3 Considerações Finais

Ao longo da construção e desenvolvimento dessa tese, uma série de possibilidades se mostraram presentes para fins de explorar, avaliar, analisar o acesso e uso racional de medicamentos, tendo em vista as múltiplas faces e conexões que a temática pode assumir no contexto da assistência farmacêutica na atenção primária. Importante lembrar que a atenção primária é um campo inserido na estrutura complexa das sociedades, buscando atender expectativas e necessidades de saúde nas comunidades, a partir do cumprimento de uma série de elementos estruturais e funcionais. Além disso, a investigação do acesso a medicamentos deve compreender uma rede de fatores. Entre eles, a existência de políticas públicas que garantem o acesso, as práticas que vão garantir a disponibilidade do produto, a estrutura dos serviços e características e percepções dos seus usuários.

Nesse contexto, buscou-se analisar os fatores que devem ser aprimorados para garantir uma gestão mais adequada da AF e efetividade de suas ações, barreiras de acesso a medicamentos a serem superadas e danos que podem decorrer da utilização dos medicamentos. Desafios para a promoção do uso racional de medicamentos também foram identificados, a partir de suas interfaces tanto com o processo de gestão das ações da AF, quanto após a utilização, conforme discutido no artigo sobre a segurança dos usuários.

No decorrer desta discussão geral, além de buscar traçar um fio condutor dos assuntos abordados nos artigos, foram identificados valores, elementos e princípios da APS que possuíam interfaces com as fragilidades e desafios postos. Essa abordagem teve o intuito de descrever se panorama observado diverge, ou converge com o que se pretende para um sistema de saúde baseado na APS.

Sabe-se que nos últimos anos, o Brasil tem investido em estratégias para a reorientação da AF, afim do que se espera para sistemas baseados em atenção primária. Entretanto, a situação revelada nesta tese demonstra que ainda prevalecem diversas questões que precisam ser trabalhadas para que a AF atinja um grau de qualidade desejado e possa contribuir para o direito ao mais alto nível de saúde possível da população.

Sob este panorama, se faz necessário que as autoridades atuem em uma série de elementos, entre os quais destacam-se: qualificar dos gestores que atuam na assistência farmacêutica, especialmente farmacêuticos; fornecer suporte qualificado, humano e material, para a execução de ações da AF; criar programas e ações intersetoriais para superar as barreiras de acesso; empoderar os gestores locais para fortalecer e tornar viável o processo de descentralização das ações da AF, estimulando para que sejam receptivos às necessidades das pessoas; por fim, criar estratégias para implementar o monitoramento do uso de medicamentos na APS, com a inserção dos farmacêuticos capacitados para atuar com as equipes. O desenvolvimento da cultura da segurança do paciente na APS, pode ser uma ferramenta na qual as estratégias podem se apoiar, inclusive.

Referências

1. Brasil. Portaria nº 2.077 de 2012. Institui a Pesquisa Nacional sobre Acesso e Uso e Racional de Medicamentos. Diário Oficial da União, 17 de setembro e 2012.
2. Emmerick IC, Oliveira MA, Luiza VL, Azeredo TB, Bigdeli M. Access to medicines in Latin America and the Caribbean (LAC): a scoping study. *BMJ Open*. 2013;3(5).
3. Servicios farmacéuticos basados en la atención primaria de salud. Documento de posición de la OPS/OMS. Washington, DC: OPS, 2013.
4. Organização Pan–Americana da Saúde. Renovação da Atenção Primária em Saúde nas Américas: documento de posicionamento da Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde (OPAS/OMS). Washington, D.C: OPAS, 2007.
5. Brasil. Lei nº 8080 de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União, 1990.
6. Brasil. Portaria nº 3.916 de 1998. Aprova a Política Nacional de Medicamentos e dá outras providências. Diário Oficial da União; 30 de out. 1998.
7. Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Assistência Farmacêutica no SUS/Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Brasília: CONASS, 2011.186 p.
8. Brasil. Resolução nº 338 de 06 de mai. de 2004. Aprova a Política Nacional de Assistência Farmacêutica.: Diário Oficial da União; 06 de mai. de 2004.
9. Marin N, et al. Assistência farmacêutica para gerentes municipais. Rio de Janeiro: OPAS/OMS, 2003.
10. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. Assistência farmacêutica na atenção básica: instruções técnicas para sua organização. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 100 p.
11. Bermudez JAZ OM, Luiza VLL. Assistência Farmacêutica. In: Giovanella L, Lobato LVC, Noronha JC, Carvalho AI. Políticas e Sistema de Saúde

- no Brasil. 2ª Edição revista e ampliada. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2012.
12. Schenkel EP, Rech N, Farias MR, Santos RI S, Simões CM. Assistência Farmacêutica. In: Ministério da Saúde. Saúde no Brasil. Contribuições para a agenda de prioridades de pesquisa. Brasília: Ministério da Saúde. p-199-219.
 13. Brasil. Portaria nº 2488 de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da atenção básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS).
 14. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Diretrizes para Estruturação de Farmácias no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.
 15. Brasil. Portaria nº 1.214/GM/MS. Institui o Programa Nacional de Assistência Farmacêutica (QUALIFAR – SUS). Diário Oficial da União, 13 de junho de 2012.
 16. Leite SN, Farias MR, Manzini F, Mendes SJ, Rover MRM, organizadores. Gestão da Assistência Farmacêutica: proposta para avaliação no contexto municipal. A experiência em Santa Catarina. Florianópolis: Editora da UFSC; 2015.
 17. Araújo ALA, Pereira LRL, Ueta JM, Freitas O. Perfil da assistência farmacêutica na atenção primária do Sistema Único de Saúde. 2008;13:611-7.
 18. Oliveira L, Assis M, Barboni A. Assistência Farmacêutica no Sistema Único de Saúde: da Política Nacional de medicamentos à Atenção Básica à Saúde. Ciência e Saúde Coletiva; 2010.
 19. Romano-Lieber N, Teixeira J, Farhat F, Ribeiro E, Crozatti M, de Oliveira G. [A literature review on pharmacists' interventions in the use of medication by elderly patients]. Cad Saude Publica. 2002;18(6):1499-507.
 20. Vieira F. [Pharmaceutical assistance in the Brazilian public health care system]. Rev Panam Salud Publica. 2010;27(2):149-56.
 21. Oliveira LCF, Assis MMA, Barboni AR. Avaliação da Assistência Farmacêutica Básica em um Município da Bahia, Brasil. Revista Baiana de Saúde Pública; 2010. p. 853-64.
 22. Naves JO, Silver LD. [Evaluation of pharmaceutical assistance in public primary care in Brasilia, Brazil]. Rev Saude Publica. 2005;39(2):223-30.

23. Siqueira F, Castro LLC. Uso de medicamentos em atenção básica na Secretaria de Estado de Saúde – DF. Com. Ciências Saúde. 2010;21(2):125-132.
24. Souza LS, Porto JG, Lyra Júnior DP. Avaliação da estrutura e dos processos de organização e gestão da assistência farmacêutica em município do estado de Sergipe. Rev Ciênc Farm Básica Apl.; 2011.
25. Araújo ALA, Ueta JM, Freitas O. Assistência farmacêutica como um modelo tecnológico em atenção primária à saúde.. Rev ciênc farm básica apl.26(2):87-92.
26. Correr CJ, Otuki MF, Soler O. Assistência farmacêutica integrada ao processo de cuidado em saúde: gestão clínica do medicamento. Rev Pan-Amaz Saude. 2011;2(3):xx-xx.
27. Mendes EV. As redes de atenção à saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.
28. Cosendey MAE, Luiza VL. Avaliação em Saúde e Políticas Farmacêuticas. In: Jorge Antonio (org.). Acceso a medicamentos: derecho fundamental, papel del Estado . Rio de Janeiro: ENSP, 2004. 274p.
29. Aday LA, Andersen R. A framework for the study of access to medical care. Health Serv Res. 1974;9(3):208-20.
30. Penchansky R, Thomas JW. The concept of access: definition and relationship to consumer satisfaction. Med Care. 1981;19(2):127-40.
31. Paniz VM, Fassa AG, Maia MF, Domingues MR, Bertoldi AD. Measuring access to medicines: a review of quantitative methods used in household surveys. BMC Health Serv Res. 2010;10:146.
32. World Health Organization. The rational use of drugs: report of the conference of experts. Nairobi 1985 Jul 25-29. Geneva: WHO; 1987.
33. World Health Organization. Essential medicines and health products [Internet]. WHO, 2016 [atualizado em 27 jun 2016]. Disponível em: http://www.who.int/medicines/areas/rational_use/en/.
34. Rissato MdAR, Romano-Lieber NS, Lieber RR. Terminologia de incidentes com medicamentos no contexto hospitalar. Cadernos de Saúde Pública. 2008;24:1965-75.
35. World Health Organization. The conceptual framework for the International Classification for Patient Safety. Version 1.1. Final technical report. Geneva: World Health Organization; 2009.

36. Leendertse AJ, Van Den Bemt PMLA, Poolman JB, Stoker LJ, Egberts ACG, Postma MJ. Preventable hospital admissions related to medication (HARM): Cost analysis of the HARM study. *Value in Health*. 2011;14(1):34-40.
37. Nivya K, Sri Sai Kiran V, Ragoo N, Jayaprakash B, Sonal Sekhar M. Systemic review on drug related hospital admissions – A pubmed based search. *Saudi Pharmaceutical Journal*. 2015;23(1):1-8.
38. Brasil. Ministério da Saúde. Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.
39. Brasil. Portaria nº 529, de 1º de abril de 2013. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). *Diário Oficial da União*, 2 de abril e 2013.
40. Álvares J, Almeida AM, Alves MCGP, Bastos J, Pena D. Pesquisa Nacional de Acesso, Utilização e Promoção do Uso Racional de Medicamentos: métodos. *Revista de Saúde Pública*. No prelo 2016.
41. Companhia de Planejamento do Distrito Federal – Codeplan. Pesquisa Distrital por Amostra de Domicílios: PDAD 2013. Brasília Acesso em: [10 mar 2014]; Disponível em: <http://www.codeplan.df.gov.br>.
42. Dean AG, Sullivan KM, Soe MM. OpenEpi: Open Source Epidemiologic Statistics for Public Health, Versão. www.OpenEpi.com.
43. Costa KS, Nascimento Jr JM. [Horus: technological innovation in pharmaceutical assistance within the Brazilian unified health system]. *Rev Saude Publica*. 2012;46 Suppl 1:91-9.
44. Whitehead M. The concepts and principles of equity and health. *Int J Health Serv*. 1992;22(3):429-45.
45. Macinko JA, Starfield B. Annotated Bibliography on Equity in Health, 1980-2001. *Int J Equity Health*. 2002;1(1):1.
46. Neto ER, Bógus CM, organizadores. Saúde nos aglomerados urbanos: uma visão integrada. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2003.
47. Viswanathan M, Kahwati LC, Golin CE, et al. Medication therapy management interventions in outpatient settings: A systematic review and meta-analysis. *JAMA Internal Medicine*. 2015;175(1):76-87.

Apêndices

Apêndice 1 –

Caracterização da Seleção de medicamentos para a Atenção Primária no Brasil: dados da PNAUM

Título em inglês: Selection of medicines in Primary Care in Brazil

Título resumido: Seleção de medicamentos no Brasil

RESUMO

OBJETIVO: Caracterizar o processo de seleção de medicamentos na atenção primária à saúde nas regiões brasileiras.

MÉTODOS: O presente trabalho integra o componente serviços da Pesquisa Nacional sobre Acesso, Utilização e Uso Racional de Medicamentos (PNAUM), caracteriza-se como um estudo transversal que envolveu o levantamento de informações numa amostra de municípios das cinco regiões do Brasil. Os dados utilizados neste trabalho foram coletados a partir dos responsáveis pela assistência farmacêutica, profissionais que realizam a dispensação de medicamentos e médicos. Os dados foram coletados por meio de entrevistas.

RESULTADOS: Mesmo sem haver referência por parte dos responsáveis da assistência farmacêutica da Comissão de Farmácia e Terapêutica formalmente constituída (12,5%; IC 95%= 9,5-16,3), verificou-se que estes atores afirmaram possuir uma Lista de Medicamentos Essenciais – LME (85,3%; IC 95%= 81,4-88,5) atualizada 80,4% (IC

95%= 75,6-84,5), e serem participantes deste processo (88,2%; IC95%= 84,0-91,4). Contudo, na percepção destes atores a mesma atende apenas parcialmente (70,1%; IC 95%= 64,6-75,0) as demandas de saúde. Dos profissionais que realizam a dispensação de medicamentos entrevistados, apenas 16,6% (IC95%= 12,4-21,7) eram farmacêuticos, mesmo assim, 47,8% (IC 95%= 40,6-55,2) referiram conhecer os procedimentos para mudança da LME. Na perspectiva da maior parte desses profissionais (70,9%; IC 95%= 63,4-77,3), a LME atende as demandas de saúde do município. Para os médicos apenas 27,2% (IC 95%= 23,7-30,9) declararam ter conhecimento dos procedimentos para mudança da LME, mas 76,5% (IC 95%= 69,2-82,5) teriam alguma reivindicação de alteração da mesma. A maior parte reporta que baseia suas reivindicações em experiências clínicas (80,0%; IC 95%= 71,7-86,4). Para 13,0% (IC 95%= 10,5-15,9) destes prescritores a LME atende às demandas de saúde.

CONCLUSÕES: Por tratar-se da primeira pesquisa nacional de caracterização do processo de seleção de medicamentos no âmbito da atenção primária a saúde, traz dados inéditos para a avaliação das políticas relacionadas com medicamentos no Brasil.

DESCRITORES: Assistência farmacêutica; Política Nacional de Medicamentos; Comitê de Farmácia e Terapêutica; Lista de Medicamentos Essenciais; Logística

ABSTRACT

OBJECTIVE: To characterize the selection of medicines in primary care in the Brazilian regions. **METHODS:** This study is part of the The National Research of Access, Use and Promotion of Rational Use of Drugs in Brazil - Services Component. Interviews were conducted with pharmaceutical care managers, professionals who perform the medicines delivery at primary care units and primary care doctors, in five regions of Brazil. **RESULTS:** There is no formalized Pharmacy and Therapeutics Committee (12.5%; 95% CI = 9.5 to 16.3); the municipalities possess they own essential medicines list (EML) (85.3%; 95% CI = 81.4 to 88.5) updated 80.4% (95% CI = 75.6 to 84.5), and have being actors of this process (88, 2%, 95% CI 84.0 to 91.4). The actors believe the list meets partially (70.1%; 95% CI = 64.6 to 75.0) the demands of health. The professionals who perform delivery of medicines, only 16.6% (95% CI 12.4 to 21.7) were pharmacists, and have knowledge about the procedures for changing the EML 47.8% (95% CI = 40.6 to 55.2). For most professionals (70.9%; 95% CI = 63.4 to 77.3), the EML meets the health demands of the municipality. For doctors only 27.2% (95% CI = 23.7 to 30.9) reported having knowledge about the procedures to modify the EML, but 76.5% (95% CI = 69.2 to 82.5) have ask for any change on it based to clinical experiences (80.0%; 95% CI = 71.7 to 86.4). To 13.0% (95% CI = 10.5 to 15.9) of these doctors EML meets healthcare demands. **CONCLUSIONS:** Once is the first national research that brings information about the selection of medicines in the context of primary care in Brazil, we believe it brings new and important data for the assessment of policies regarding this theme in Brazil.

DESCRIPTORS: Pharmaceutical Services; Nacional Drug Policy; Pharmacy and Therapeutics Committee; Essential Medicines List; Logistics

INTRODUÇÃO

A seleção de medicamentos se constitui como eixo orientador para as ações de planejamento e de organização da assistência farmacêutica⁸. Se bem conduzida, proporciona ganhos econômicos para o Sistema Único de Saúde (SUS), bem como para o acesso a medicamentos eficazes, seguros e custo-efetivo para os usuários do sistema⁶. Entretanto, no Brasil, se observam fragilidades e barreiras no processo de seleção, representando um dos fatores críticos para a efetivação do acesso e do uso racional de medicamentos pela população⁵.

Quando bem executada, a seleção produz resultados que orientam tanto condutas clínicas, quanto atividades gerenciais relacionadas aos medicamentos disponibilizados pelo SUS⁹. Uma vez que a lista de medicamentos essenciais deve orientar e racionalizar o suprimento de medicamentos no setor público, a produção local de medicamentos e as ações no âmbito da assistência farmacêutica^{11,12}. Entretanto, esse contexto, implica na articulação entre diferentes atores, principalmente gestores e profissionais da saúde, tanto a nível nacional, quanto local⁵.

Para que ocorra de forma adequada, a seleção deve cumprir alguns pré-requisitos, tais como a efetiva implantação da Comissão de Farmácia e Terapêutica (CFT), cuja responsabilidade é a condução técnica, política e administrativa do processo⁶. O principal produto desse processo é uma lista de medicamentos essenciais (LME), da qual deveriam derivar o formulário terapêutico e diretrizes clínicas. A LME, a partir de uma perspectiva epidemiológica, deve conter medicamentos prioritários para a saúde pública, sendo eficazes, seguros e de qualidade assegurada, sendo prescritos e usados racionalmente¹¹.

De acordo com a Política Nacional de Medicamentos (PNM), a existência de uma Relação Nacional de Medicamentos (RENAME) não exime a responsabilidade dos estados e municípios gerirem suas próprias listas. Para tanto, a seleção de medicamentos a nível local exige dos gestores a definição de prioridades e alocação eficaz de recursos humanos e financeiros, no sentido de fortalecer e qualificar a descentralização da gestão².

Apesar do Brasil ter elaborado a sua primeira lista de medicamentos essenciais há mais de 50 anos e dos investimentos do Ministério da Saúde na elaboração e publicação de RENAME sequenciais entre 2002 e 2014 e na qualificação da assistência farmacêutica com a promoção de diversas especializações e mestrados profissionalizantes, estima-se que poucos foram os avanços em relação à seleção de medicamentos no país⁵.

Marques e Zucchi (2006), por exemplo, citam que há poucas publicações divulgando a existência de CFT em serviços ambulatoriais e hospitalares do SUS⁷. Em outra pesquisa de âmbito nacional, intitulada “Fala Essencial”, em que os gestores da AF discutem sua percepção sobre o processo de seleção de medicamentos, dos 20 locais visitados, apenas dois estados e cinco municípios possuíam LME⁵, em contradição à PNM².

Assim, são escassos os estudos que tratam de seleção de medicamentos no Brasil e estes vêm identificando a ausência de adoção de listas de medicamentos essenciais nos municípios, a inexpressiva normatização das CFT e os baixos índices de utilização de formulários terapêuticos e protocolos clínicos na atenção primária^{5,7,9,11}.

A Pesquisa Nacional sobre Acesso, Utilização e Uso Racional de Medicamentos (PNAUM) – componente serviços teve como objetivo caracterizar a organização dos serviços de assistência farmacêutica na atenção primária do SUS, com vistas ao acesso e

a promoção do uso racional de medicamentos, bem como identificar e discutir os fatores que interferem na consolidação da assistência farmacêutica no âmbito municipal.

O presente artigo integra a Pesquisa Nacional sobre Acesso, Utilização e Uso Racional de Medicamentos (PNAUM) – componente serviços, e teve como objetivo identificar o objetivo desse artigo foi caracterizar o processo de seleção na atenção primária à saúde nas regiões brasileiras.

MÉTODOS

A PNAUM caracteriza-se como um estudo transversal, exploratório, de natureza avaliativa, que envolveu o levantamento de informações numa amostra de municípios, representativa para as cinco regiões do Brasil. Várias populações de estudo foram consideradas no plano de amostragem, com amostras estratificadas pelas regiões, as quais constituíram domínios do estudo. A metodologia da PNAUM serviços, bem como o processo amostral estão descritos detalhadamente em Alvares e colaboradores (2016)¹.

Os dados utilizados neste trabalho foram coletados a partir dos bancos de dados dos responsáveis pela Assistência Farmacêutica, profissionais que fazem a dispensação de medicamentos nas unidades básicas de saúde (UBS) e médicos das UBS, que compõem a PNAUM. Os dados foram coletados por meio de entrevistas, adotando-se roteiros semiestruturados, via telefone ou pessoalmente.

Para determinação do perfil dos entrevistados foram coletadas informações sobre o sexo, idade, escolaridade, tempo no cargo e de formação. A caracterização do processo de seleção de medicamentos foi realizada por meio da análise das variáveis relacionadas

à Comissão de Farmácia e Terapêutica, à existência de procedimentos operacionais padrão, de Lista de Medicamentos Municipais (LMM), de formulário terapêutico e/ou protocolos clínicos, consensos ou diretrizes e ao fornecimento de medicamentos não padronizados.

As análises dos dados foram realizadas com o uso do programa *Statistical Package for Social Science 20.0®* (SPSS) adotando o módulo de análise para amostras complexas. As variáveis foram apresentadas para o país (Brasil) e para as regiões geográficas. As variáveis numéricas foram apresentadas pela média e pelo intervalo de Confiança de 95% (IC 95%) das médias. As variáveis categóricas foram apresentadas por proporções e pelo IC95% das proporções.

Para avaliar a diferença entre as proporções foi adotado o teste do qui-quadrado para amostras complexas. A avaliação das diferenças entre as médias foi realizada por meio da utilização de modelos lineares generalizados, sendo adotada o teste F com correção de Bonferroni para comparações múltiplas. Foram significativas as análises com valores de $p \leq 0,05$.

A PNAUM foi aprovada pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) sob parecer de nº 398.131, de 16/09/2013 procedendo-se esclarecimento dos objetivos da pesquisa a todo entrevistado e a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

RESULTADOS

Dentre os entrevistados, 1558 eram médicos e 1139 profissionais que atuam como dispensadores de medicamentos nas farmácias das unidades de saúde dos municípios que fazem parte da amostra; também foram realizadas entrevistas por contato telefônico 506 coordenadores da assistência farmacêutica dos municípios.

Perfil dos entrevistados:

Os resultados do perfil dos profissionais entrevistados são apresentados na Tabela 1. Entre os responsáveis pela assistência farmacêutica houve uma predominância do sexo feminino (62%, IC 95%= 56,9-66,9), com idade média de 34,8 anos (IC 95%=34,0-35,6) e nível escolaridade de superior completo (97,7%; IC95%= 95,8-98,7), entre os quais 23,4% tinham feito algum curso de pós-graduação (IC 95%=19,3-28,0). A quase totalidade dos respondentes 90,7% (IC95%= 87,3-93,4) declarou ser farmacêutico e com um tempo médio no cargo de 40,9 meses (IC95%= 36,7-45,1), ou seja, em torno de 3 anos.

No caso dos profissionais que atuam como dispensadores de medicamentos nas unidades básicas de saúde (UBS) entrevistados também houve a predominância do sexo feminino (77,4%, IC 95%= 71,2-82,6) e a idade média foi de 37,5 anos (IC95%= 36,5-38,6). Quanto ao nível de escolaridade, 50,3% (IC 95%= 43,0-57,7) declararam ter até o ensino médio e 49,6% tinham nível superior ou pós-graduação, mas apenas 16,6% (IC95%= 12,4-21,7) eram farmacêuticos. A média de tempo de atuação no cargo na US foi em torno de 4 anos e meio.

Com relação aos médicos, houve uma ligeira predominância do sexo masculino (55,8%; IC95%=52,2-59,2) e a idade média um pouco mais alta, de 41,3 anos (IC95%=40,5-42,1); quanto ao tempo de formado, variável perguntada apenas para estes profissionais, a média foi de 13,5 anos (IC 95%=12,8-14,3). A média de tempo de trabalho no cargo na UBS onde foi realizada a entrevista ficou em 39,3 meses (IC95%=35,8-42,8) um pouco abaixo dos outros profissionais entrevistados. No caso dos médicos, 90,5 (88,0-92,5) relataram ter pelo menos uma residência.

Características da seleção de medicamentos

A caracterização do processo de seleção de medicamentos foi avaliada a partir de questionários semiestruturados que buscaram descrever as percepções dos entrevistados, ou seja, dos coordenadores da assistência farmacêutica, dos profissionais que atuam na dispensação de medicamentos e dos médicos. As perguntas feitas a estes três atores não são coincidentes, mas complementares, de forma a retratar com maior abrangência o cenário de seleção de medicamentos nos municípios. As tabelas 2, 3 e 4 resumizam os resultados encontrados.

Percebe-se que poucos coordenadores da assistência farmacêutica municipal relataram a existência de uma Comissão de Farmácia Terapêutica (CFT) formalmente constituída (12,5%; IC 95%= 9,5-16,3), sendo menores nas regiões Nordeste e Norte (9,5% e 10,7% respectivamente) e maior na região Sul (15,6%), apesar da diferença não ser estatisticamente significativa. Foi pequeno o percentual dos que sabiam da existência de uma portaria nomeando a CFT.

A maioria dos coordenadores (85,3%; IC 95%= 81,4-88,5) disse que o município possuía uma Lista de Medicamentos Essenciais (LME), das quais, em 80,4% (IC 95%=

75,6-84,5) foram consideradas atualizadas periodicamente. Ademais, aproximadamente metade declararam adotar procedimentos operacionais padrão (POP) para realizar a seleção de medicamentos nos municípios.

Da mesma forma, a maior parte dos coordenadores (88,2%; IC95%= 84,0-91,4) declarou ter participado da elaboração de uma LME no município. Quanto a solicitação de mudanças na LME (inclusão e exclusão de medicamentos ou de indicação de uso) parecem não ser muito frequentes (às vezes 31,0%, raramente 24,1% e nunca 31,1%), apesar da maioria dos coordenadores assumir que a mesma atende apenas parcialmente (70,1%; IC 95%= 64,6-75,0) as demandas de saúde do município. A existência de Formulário Terapêutico ou de protocolos clínicos segundo os coordenadores é baixa (22,9 e 26,4% respectivamente). Nenhum dos resultados apresentados para este grupo apresentou diferenças estatisticamente significativas entre as regiões do país.

Segundo a percepção dos profissionais que fazem a dispensação de medicamentos, grande parte reconhece a existência de uma LME no município (89,1%; IC 95%= 83,8-92,8) e dizem que a mesma está presente nas UBS para consulta dos profissionais (91,3%; IC 95%= 86,5-94,5) especialmente na região Sudeste (96,5%).

O percentual de profissionais que conhecia os procedimentos para mudança da LME no Brasil foi de 47,8% (IC 95%= 40,6-55,2), com uma diferença estatisticamente significativa entre as regiões ($p < 0,001$), como pode ser observado na Tabela 3, menor na região Norte (28,0%; IC 95%= 21,3-35,9) e maior na região Sudeste (66,8%; IC 95%= 50,9-79,7). O percentual de entrevistados que declarou já ter reivindicado mudanças foi de 44,4% (IC 95%= 36,3-52,9), valor alto quando comparado ao declarado pelos coordenadores da assistência farmacêutica. Na perspectiva da maior parte desses

profissionais (70,9%; IC 95%= 63,4-77,3), a LME atende as demandas de saúde do município.

Para os médicos, foram questionadas as características de seleção de medicamentos, levando em consideração que eles são os prescritores. Assim, apenas 27,2% (IC 95%= 23,7-30,9) dos médicos declararam ter conhecimento dos procedimentos para mudança da LME, mas 76,5% (IC 95%= 69,2-82,5) teria alguma reivindicação de alteração da mesma. A maior parte reporta que baseia suas reivindicações em experiências clínicas (80,0%; IC 95%= 71,7-86,4) e/ou artigos científicos (54,8%; IC 95%= 45,5-63,7).

A maioria declara conhecer a existência da LME (95,3%; IC 95%= 93,5-96,6), sem diferenças significativas entre as regiões do país ($p=0,092$), como pode ser observado na Tabela 4, menores nas regiões Norte e Centro-Oeste (90,9 e 92,8% respectivamente) e maiores na região Sul (98,1%). A forma de acesso às listas variou bastante, entre disponibilidade no consultório (77,6%; IC 95%= 74,3-80,6), na farmácia na UBS (65,0%; IC 95%= 61,0-68,8) ou na SMS (51,3%; IC 95%= 47,1-55,0) todas provavelmente impressas e menor acesso pela internet (18,6%; IC 95%= 15,9-21,7).

Quanto a disponibilidade de Formulário Terapêutico ou de consensos, diretrizes clínicas ou linhas de cuidado nos consultórios das UBS, ocorreu em metade da amostra, de acordo com o declarado pelos médicos (49,9%; IC 95% 43,6-53,6).

Outro fato interessante foi que os médicos declararam que muitos usuários solicitam a troca de medicamentos sempre, repetidamente ou às vezes (66,5%; IC 95%= 63,0-69,8). Poucos profissionais consideraram que a LME atende às demandas de saúde do município (13,0%; IC 95%= 10,5-15,9). Entretanto, diferente dos coordenadores da

assistência farmacêutica, poucos médicos das UBS declararam participar na elaboração da LME (15,1%; IC 95%= 12,5-18,3).

DISCUSSÃO

Os dados trazidos pela PNAUM serviços são inéditos para o país no que tange as características do processo de seleção de medicamentos nos municípios brasileiros. Nunca antes no país se fez a descrição com esta representatividade regional e nacional e com a abordagem a partir de perspectivas de diferentes profissionais de forma complementar.

Percebeu-se que entre todos os profissionais entrevistados a média de idade ficou em torno dos 38 anos, maior para médicos (como esperado devido ao tempo de graduação e residência do profissional) e menor para coordenadores da assistência farmacêutica, ou seja, a amostra representa adultos em uma fase de aprimoramento e amadurecimento profissional.

O tempo de trabalho no cargo foi baixo e bastante semelhante entre médicos e coordenadores da assistência farmacêutica, o que poderia representar uma certa semelhança com o ciclo político-eleitoral que vivenciam os municípios brasileiros. Já a baixa média de idade entre os profissionais que realizam a dispensação poderia estar relacionado com outros fatores, como a baixa escolaridade que é requerida desses profissionais.

Assusta, inclusive, esta baixa escolaridade entre os profissionais que realizam a dispensação de medicamentos encontrados neste estudo (50,3% até ensino médio), assim

como o pequeno número de farmacêuticos (16,6%). Este dado mostra a fragilidade que o usuário da atenção primária do SUS tem para lograr o uso seguro e responsável do medicamento, previstos na Política Nacional de Medicamentos- PNM (em suas diretrizes, prioridades e responsabilidades de cada ente federado) e no eixo estratégico XIII da Política Nacional de Assistência Farmacêutica (PNAF)³.

Quanto ao processo de seleção dos medicamentos, no contexto do ciclo logístico da assistência farmacêutica, constitui um processo fundamental e pouco estudado, que pode influenciar na promoção do uso de medicamentos mais seguros, eficazes e de menor custo^{6,9}.

Deve-se lembrar que a PNM estabelece que a gestão da assistência farmacêutica deve ser descentralizada, com a seleção, programação e aquisição de medicamentos feitas com base em critérios epidemiológicos para melhor atender às necessidades locais das populações por medicamentos². Para os municípios brasileiros, portanto, a efetiva e perene seleção de medicamentos pode ser fator importante na gestão de recursos financeiros e no acesso a medicamentos essenciais para os usuários dos serviços de saúde.

Não obstante essa premissa, estados e municípios brasileiros têm vivenciado dificuldades para realizar o processo de seleção de forma adequada, considerando o contexto relativamente recente de descentralização integral da assistência farmacêutica⁵. Assim, a estruturação da Comissão de Farmácia e Terapêutica (CFT) multidisciplinar, incluindo além de profissionais da saúde de diferentes níveis de atenção à saúde e profissionais da gestão é escassa no país^{4,6}.

Percebe-se, então, de acordo com os resultados deste estudo, que as políticas de saúde não estão sendo cumpridas a contento, pelo menos na esfera municipal²⁻³, quando

se observa que: a existência de CFT formalmente constituída, foi descrita em apenas 12,5% dos municípios avaliados; e quanto ao conhecimento pelos profissionais dos critérios de mudança da LME – para inclusão ou exclusão de medicamentos - verificou-se que apenas 27,2% dos médicos tinham conhecimento destes critérios.

No entanto, a existência de uma LME é bastante reconhecida pelos profissionais entrevistados (85,3 entre os responsáveis da AF, 89,1% entre os profissionais responsáveis pela dispensação de medicamentos e 95,3% entre os médicos), o que denota não haver um processo técnico e isento de conflito de interesses na seleção de medicamentos. Se não há CFT constituída, como é feito o processo de seleção de medicamentos? A não existência de uma CFT formalizada abre espaço para que a inserção de medicamentos na LME seja feita sem os critérios de qualidade, segurança e efetividade, estabelecidos pela Comitê de Espertos da Organização Mundial da Saúde (OMS)^{4,12}.

Quanto a capacidade da LME para atender as necessidades locais por medicamentos, pode-se considerar bastante baixo, com apenas 13% na perspectiva dos médicos da atenção primária, 29,7% na perspectiva dos responsáveis da assistência farmacêutica e, maior, de 70,9% na perspectiva do profissional responsável pela dispensação de medicamentos.

Esta discrepância nos resultados pode revelar visões distintas entre esses profissionais. Os médicos podem ser mais susceptíveis aos propagandistas de indústrias farmacêuticas para prescreverem medicamentos não constantes na LME, uma vez que esta publicidade nem sempre vem acompanhada dos critérios de essencialidade que deve nortear a seleção de medicamentos¹¹. Ao mesmo tempo, estes prescritores podem adaptar

a sua prescrição à disponibilidade dos medicamentos na UBS, o que pode, por consequência, influenciar na percepção dos profissionais que realizam a dispensação de medicamentos na UBS. Além disso, ao prescrever um medicamento que não está presente na LME, o médico deveria orientar os pacientes para comprar os medicamentos e, portanto, esta demanda não seria percebida por estes profissionais. De qualquer forma, os resultados encontrados para os médicos e os profissionais que realizam a dispensação de medicamentos na UBS são antagônicos e merecem ser pesquisados com mais profundidade.

Ainda com relação aos prescritores, entre os que conhecem os procedimentos de mudança da LME, 76,5% já reivindicaram inclusão ou exclusão de medicamentos, o que pode ser natural, pois são atores intimamente relacionados com a escolha terapêutica. Contudo, pouco mais da metade, 54,8%, relatou fazer esta solicitação orientada em artigos científicos. Considerando que a seleção dos medicamentos deve ser fundamentada na melhor evidência, isto pode ser considerado preocupante^{4,6}.

Outro dado alarmante, foi a pequena disponibilidade relatada quanto ao formulário terapêutico e aos consensos, diretrizes e/ou protocolos clínicos, estimada, respectivamente, em 22,9% e 26,4% na perspectiva dos coordenadores da assistência farmacêutica e em 49,9% na perspectiva dos médicos da atenção primária. Segundo Wannmacher (2010)¹¹ uma LME deve ser complementada por um formulário terapêutico e protocolos clínicos, de forma a influenciar racionalmente a seleção e orientação para o uso de medicamentos adotados na prevenção e no tratamento de doenças prevalentes e relevantes para o país.

Apesar das limitações representadas por um estudo transversal, a originalidade e abrangência do recorte das perspectivas de diferentes profissionais de saúde apresentados nesta pesquisa, trazem à luz evidências que podem ser utilizadas para o aprimoramento das ações oriundas das diretrizes e eixos estratégicos da PNM² e PNAF³, respectivamente. Melhorar o processo de seleção de medicamentos na esfera municipal, destinar profissionais aptos para a dispensação de medicamentos e facilitar o acesso dos profissionais da atenção primária às diretrizes e protocolos clínicos baseados em evidência proporcionará um melhor uso de recursos públicos e o uso seguro e responsável dos medicamentos no SUS.

AGRADECIMENTOS

Ao Ministério da Saúde, pelo financiamento e apoio técnico para a realização da Pesquisa Nacional sobre Acesso, Utilização e Promoção do Uso Racional de Medicamentos - PNAUM; aos pesquisadores e respectivas Instituições de Ensino Superior integrantes da Pesquisa e, à Coordenação Executiva da PNAUM Componente de Avaliação dos Serviços de Assistência Farmacêutica Básica, da Universidade Federal de Minas Gerais.

FINANCIAMENTO

Esta pesquisa foi financiada pelo Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos e Departamento de Ciência e Tecnologia da Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos do Ministério da Saúde.

REFERÊNCIAS

1. Alvares J, Almeida AM, Alves MCGP, Bastos J, Pena D. Pesquisa Nacional de Acesso, Utilização e Promoção do Uso Racional de Medicamentos: métodos. *Revista de Saúde Pública*. 2016. (No prelo).
2. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Medicamentos. Brasília; Ministério da Saúde; 2001. 40p.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 338 de 06 de maio de 2004. Aprova a Política Nacional de Assistência Farmacêutica. [acessado 2016-03-25]. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/doc/resolucaocons338/cns.htm>
4. Holloway K, Green T, editors. Drug and therapeutics committees: a practical guide. Geneva; World Health Organization; 2003. 155p. [citado: 2016-03-29]. Disponível em: <http://archives.who.int/tbs/rational/s4882e.pdf>
5. Magarinos-Torres R. Pepe VLE, Oliveira MA. Osorio-de-Castro CGS. Medicamentos essenciais e processo de seleção em práticas de gestão da Assistência Farmacêutica em estados e municípios brasileiros. *Ciênc & Saúde Coletiva*. 2014; 19(9):3859-3868. DOI: 10.1590/1413-81232014199.12162013
6. Marin N; Luiza VL, Osorio-de-Castro CGS, Machado-dos-Santos S, organizadores. Assistência farmacêutica para gerentes municipais. Rio de Janeiro; Organização Pan-Americana da Saúde; 2003. 334 p.
7. Marques DC, & Zucchi P. Comissões farmacoterapêuticas no Brasil: aquém das diretrizes internacionais. *Rev panam salud pública* [online]. 2006; 19(1), 59-63 [citado: 2016-03-30]. Disponível em: <http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892006000100014&lng=en&nrm=iso>. DOI: 10.1590/S1020-49892006000100014.
8. Messeder AM, Osorio-de-Castro CGS, Luiza VL. Mandados judiciais como ferramenta para garantia do acesso a medicamentos no setor público: a experiência do Estado do Rio de Janeiro, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2005; 21:525-34.
9. Santana RS, Jesus EMS, Santos DG, Lyra Júnior DP, Leite SN, Silva, WB . Indicadores da seleção de medicamentos em sistemas de saúde: uma revisão integrativa. *Rev Panam Salud Publica* [online]. 2014; 35(3):228-34; [citado: 2015-05-26]. Disponível em: <http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892014000300010&lng=en&nrm=iso>.
10. Santos-Pinto CDB, Ventura M, Pepe VLE, Osorio-de-Castro CGS. Novos delineamentos da Assistência Farmacêutica frente à regulamentação da Lei Orgânica da Saúde. *Cad. Saúde Pública*. 2013; 29(6):1056-1058.
11. Wannmacher L. Seleção de medicamentos essenciais: propósitos e consequências. *Tempus Actas de Saúde Coletiva*. 2010; 4(3), 23-29.

12. World Health Organization. WHO Model List of Essential Medicines. 18th list (April 2013). [citado: 2015-05-26]. Disponível em: <http://www.who.int/medicines/publications/essentialmedicines/en/index.html>

Tabela 1. Perfil dos partícipes do processo de seleção, entrevistados por Região no Brasil. PNAUM Serviços - Brasil, 2015.

Perfil dos entrevistados	Norte	Nordeste	Centro-Oeste	Sudeste	Sul	Brasil	p valor
Responsável pela Assistência Farmacêutica							
Sexo (n=506)							
Feminino % (IC95%)	64,4 (54,0-73,6)	49,9 (39,0-60,8)	67,3 (57,3-75,9)	63,2 (53,1-72,3)	73,2 (63,7-81,0)	62,0 (56,9-66,9)	0,008
Média de Idade (n=493)							
Anos (IC95%)	34,2(32,3-36,0)	37,1(34,8-39,4)	31,8(30,2-33,3)	35,5(33,8-37,3)	35,6(34,2-37,2)	34,8(34,0-35,6)	0,003
Escolaridade (n=504)							
Superior completo ou mais % (IC95%)	94,4 (87,2-97,7)	97,5 (90,4-99,4)	92,7 (85,5-96,5)	99,0 (92,9-99,9)	99,0 (93,2-99,9)	97,7 (95,8-98,7)	0,122
Média de tempo no cargo (n=505)							
Meses (IC95%)	26,3(20,1-32,5)	43,0(32,2-53,7)	31,4(24,3-38,5)	54,2(41,8-66,6)	49,5(40,4-58,6)	40,9(36,7-45,1)	<0,001
Formação (n=505)							
Farmacêutico % (IC95%)	87,5 (78,8-93,0)	84,7 (75,0-91,1)	88,1 (80,0-93,2)	94,8 (88,0-97,8)	95,0 (88,6-97,9)	90,7 (87,3-93,4)	<0,001
Profissionais que realizam a dispensação de medicamentos							
Sexo (n=1139)							
Feminino % (IC95%)	77,5 (70,6-83,2)	80,9 (72,2-87,3)	68,8 (51,6-82,0)	69,7 (52,8-82,6)	87,4 (81,1-91,9)	77,4 (71,2-82,6)	0,087
Média de idade (n=1137)							

Anos (IC95%)	37,9 (36,5-39,3)	37,2 (34,8-39,6)	36,3 (33,6-39,0)	36,7 (36,2-41,2)	37,6 (34,9-40,3)	37,5(36,5-38,6)	0,785
Escolaridade(n=1139)							
Até Médio completo % (IC95%)	68,3 (58,3-76,9)	72,7 (61,1-81,8)	27,0 (17,3-39,5)	28,3 (15,6-45,7)	42,2 (26,7-59,3)	50,3 (43,0-57,7)	<0,001
Média de Tempo no cargo (n=1139)*							
Anos (IC95%)	3,8 (3,4-4,3)	3,2 (2,5-3,9)	4,9 (3,4-6,3)	4,5 (3,6-5,4)	6,1 (4,4-7,9)	4,5 (4,0-5,0)	0,102
Formação (n=1139)							
Farmacêutico % (IC95%)	8,9 (6,0-13,1)	2,6 (0,5-11,2)	32,7 (20,0-48,5)	33,4 (22,0-47,1)	13,8 (6,5-26,9)	16,6 (12,4-21,7)	<0,001
Médicos							
Sexo (n=1585)							
Masculino % (IC95%)	53,0 (46,8-59,2)	57,4 (50,1-64,3)	54,2 (46,7-61,4)	57,6 (51,4-63,6)	51,5 (45,2-57,8)	55,8 (52,2-59,2)	0,509
Média de idade (n=1531);							
Anos (IC95%)	42,1 (40,6-43,6)	41,7 (39,5-43,9)	39,0 (37,0-41,0)	41,0 (39,4-42,6)	42,6 (40,8-44,4)	41,3 (40,5-42,1)	0,033
Média de tempo de formado (n=1578)							
Anos (IC95%)	13,8 (12,5-15,2)	13,2 (11,3-15,0)	11,2 (9,6-12,8)	14,6 (12,8-16,3)	14,9 (13,4-16,4)	13,5 (12,8-14,3)	0,005
Média de tempo no cargo* (n= 1585)							
Meses (IC95%)	27,9 (21,2-34,6)	31,8 (25,6-38,1)	37,8 (30,2-43,3)	48,5 (39,1-47,8)	51,5 (42,2-60,8)	39,3 (35,8-42,8)	<0,001
Escolaridade							
Referir pelo menos uma residência	93,8 (89,9-96,2)	86,3 (80,4-90,6)	89,5 (83,8-93,3)	92,2 (88,2-95,0)	94,3 (90,5-96,6)	90,5 (88,0-92,5)	0,009

*Média de tempo no cargo na Unidade de Saúde onde se realizou a entrevista; NA = Não se aplica

Tabela 2. Características do processo de seleção de medicamentos, na percepção dos gestores da Assistência Farmacêutica, por Região no Brasil. PNAUM Serviços - Brasil, 2015.

Indicadores da Seleção de Medicamentos	Norte	Nordeste	Centro-Oeste	Sudeste	Sul	Brasil	<i>p</i> valor
	% (IC95%)						
Existência de CFT formalmente constituída (n=503)	10,7 (6,0-18,3)	9,5 (4,8-18,0)	13,6 (8,2-21,9)	13,3 (7,8-21,7)	15,6 (9,8-23,9)	12,5 (9,5-16,3)	0,628
Existência de Procedimentos Operacionais Padrão (n=491)	45,9 (35,6-56,6)	48,8 (37,7-60,0)	51,5 (41,4-61,4)	56,5 (46,5-66,1)	45,9 (36,4-55,7)	50,6 (45,3-55,8)	0,564
Existência de LME (n=495)	70,6 (60,3-79,1)	90,8 (81,8-95,6)	82,9 (73,7-89,2)	86,9 (78,3-92,4)	82,0 (73,2-88,4)	85,3 (81,4-88,5)	0,077
Atualização periódica da LMM (n=419)	82,9 (71,8-90,3)	83,8 (73,3-90,7)	83,1 (73,5-89,7)	81,2 (71,1-88,3)	73,1 (62,6-81,5)	80,4 (75,6-84,5)	0,347
Participação do entrevistado na elaboração da LME (n=418)	90,5 (80,3-95,7)	87,0 (76,9-93,1)	84,7 (74,8-91,1)	90,1 (81,3-95,0)	88,0 (79,0-93,4)	88,2 (84,0-91,4)	0,592
Profissionais solicitam mudanças na LME (n=438)							0,804
Às vezes	33,8 (23,8-45,4)	30,2 (20,8-41,6)	31,3 (22,2-42,1)	29,2 (20,5-39,8)	33,6 (24,3-44,3)	31,0 (26,1-36,4)	
Raramente	23,5 (16,6-36,7)	25,8 (17,0-36,9)	25,8 (17,0-36,9)	24,1 (16,1-34,4)	23,1 (15,4-33,3)	24,1 (19,6-29,3)	
Nunca	33,5 (23,5-45,1)	31,4 (21,9-42,8)	31,4 (21,9-42,8)	35,9 (26,3-46,7)	23,8 (15,8-34,1)	31,1 (26,2-36,5)	
LME atende as demandas em saúde do município (n=426)							0,349
Totalmente	24,6 (15,6-36,5)	27,2 (18,1-38,7)	29,3 (20,4-40,1)	34,6 (25,1-45,5)	27,8 (19,2-38,2)	29,7 (24,7-35,1)	
Parcialmente	75,4 (63,5-84,4)	72,8 (61,3-81,9)	70,7 (59,9-79,6)	65,4 (54,5-74,9)	71,1 (60,5-79,7)	70,1 (64,6-75,0)	

Fornecimento de medicamentos não padronizados (n=506)	48,5 (38,3-58,7)	38,4 (28,4-49,6)	31,2 (22,7-41,0)	39,0 (29,8-49,2)	48,7 (39,1-58,4)	41,1 (36,2-46,3)	0,222
Existência de critérios para fornecimento de medicamentos não selecionados (n=425)	64,8 (52,7-75,2)	56,1 (44,4-67,1)	72,8 (61,9-81,6)	73,9 (63,3-82,3)	71,1 (60,5-79,7)	67,0 (61,5-72,1)	0,081
Existência de Formulário Terapêutico (n=495)	21,0 (13,7-30,7)	27,9 (19,0-39,1)	16,2 (10,0-25,1)	23,8 (16,2-33,4)	18,3 (11,9-27,2)	22,9 (18,7-27,7)	0,252
Existência de Protocolos Clínicos (n=487)	22,9 (15,3-32,9)	23,4 (15,2-34,3)	31,8 (23,3-41,8)	32,5 (23,7-42,8)	21,2 (14,2-30,4)	26,4 (22,0-31,3)	0,221

LME= Lista de Medicamentos Essenciais dos municípios.

Tabela 3. Características do processo de seleção de medicamentos, de acordo com a percepção do profissional que realiza a dispensação de medicamentos na Unidade Básica de Saúde, por Região no Brasil. PNAUM Serviços - Brasil, 2015.

Indicadores da Seleção de Medicamentos	Norte	Nordeste	Centro-Oeste	Sudeste	Sul	Brasil	p-valor
	% (IC 95%)	% (IC 95%)	% (IC 95%)	% (IC 95%)	% (IC 95%)	% (IC 95%)	
Existência de LME (n=1139)	84,6 (76,3-90,4)	88,7 (78,3-94,5)	92,0 (85,1-95,8)	86,6 (72,9-94,0)	95,7 (90,9-98,0)	89,1 (83,8-92,8)	0,189
A LME está disponível nas unidades de saúde para consulta dos profissionais (n=1041)	80,2 (72,6-86,2)	88,6 (75,5-95,1)	90,1 (81,4-95,0)	96,5 (91,7-98,6)	93,1 (84,4-97,1)	91,3 (86,5-94,5)	0,057
O entrevistado conhece os procedimentos para inclusão ou exclusão de medicamentos na LME (n=930)	28,0 (21,3-35,9)	36,9 (27,9-46,9)	49,9 (34,1-65,7)	66,8 (50,9-79,7)	42,2 (27,8-58,1)	47,8 (40,6-55,2)	<0,001
O Entrevistado já realizou reivindicação para inclusão/exclusão de medicamentos na LME (n=930)	31,0 (23,1-40,3)	42,1 (30,1-55,2)	66,2 (50,2-79,2)	45,7 (28,5-63,9)	44,9 (29,4-61,6)	44,4 (36,3-52,9)	0,528
A LME atende as demandas em saúde do município (n=930)	57,7 (49,1-65,9)	67,0 (55,1-77,0)	78,7 (64,1-88,4)	73,9 (55,1-86,7)	75,5 (60,5-86,1)	70,9 (63,4-77,3)	0,413

LME= Lista de Medicamentos Essenciais dos municípios.

Tabela 4. Características do processo de seleção de medicamentos, de acordo com a percepção dos médicos, por Região no Brasil. PNAUM Serviços - Brasil, 2015.

Indicadores da Seleção de Medicamentos	Norte	Nordeste	Centro-Oeste	Sudeste	Sul	Brasil	p-valor
	% (IC 95%)	% (IC 95%)	% (IC 95%)	% (IC 95%)	% (IC 95%)	% (IC 95%)	
Conhecimento sobre procedimentos para inclusão/exclusão de medicamentos na LME (n=1254)	25,8 (19,6-33,2)	27,7 (20,8-35,7)	21,2 (23,8-36,6)	29,8 (23,8-36,6)	24,2 (18,8-30,6)	27,2 (23,7-30,9)	0,542
Existência de reivindicação para inclusão / exclusão de medicamentos na LME (n=282)	80,4 (64,3-90,3)	80,3 (77,9 -92,1)	89,5 (75,8-95,9)	67,9 (54,0-79,2)	75,6 (62,3-85,3)	76,5 (69,2-82,5)	0,167
Base para solicitação*							
Artigo Científico (n=204)	40,4 (25,1-57,7)	44,0 (27,9-61,5)	52,9 (33,3-71,6)	66,9 (50,0-80,4)	63,2 (46,2-77,5)	54,8 (45,5-63,7)	0,095
Eventos Científicos (n=203)	34,4 (20,3-51,9)	16,2 (7,1-32,8)	35,6 (19,3-55,9)	35,8 (21,6-53,1)	40,8 (25,5-58,1)	29,0 (21,6-37,7)	0,060
Revistas Profissionais (n=203)	17,9 (8,3-34,6)	14,4 (5,8-31,6)	36,5 (20,1-56,7)	33,2 (20,3-49,4)	22,8 (12,0-39,0)	23,1 (16,6-31,2)	0,145
Meios de comunicação (televisão, revistas leigas, rádio, internet, etc.) (n=202)	11,8 (4,3-28,5)	6,8 (1,7-23,6)	6,0 (1,5-20,7)	8,4 (2,5-24,6)	6,9 (2,1-20,3)	7,6 (3,9-14,4)	0,933
Visita de Representante/propagandista (n=201)	11,8 (4,3-28,5)	14,0 (5,5-31,4)	10,9 (3,4-29,5)	9,2 (3,2-23,7)	25,7 (13,2-44,0)	14,4 (9,0-22,1)	0,261
Experiência Clínica (n=200)	85,4 (70,1-93,6)	82,2 (64,5-92,1)	83,2 (62,6-93,6)	80,7 (64,2-90,6)	71,3 (54,3-83,8)	80,0 (71,7-86,4)	0,546
Existência de LME (n=1451)	90,9 (86,1-94,2)	94,8 (90,5-97,3)	92,8 (87,4-96,0)	95,5 (92,0-97,5)	98,1 (95,1-99,3)	95,3 (93,5-96,6)	0,092
Participação na elaboração da LME (n=1311)	10,9 (7,1-16,5)	13,7 (8,9-20,4)	12,8 (8,6-18,7)	17,4 (12,5-23,8)	16,1 (11,8-21,5)	15,1 (12,5-18,3)	0,523

A LME atende totalmente as demandas em saúde do município (n=1296)	14,2 (9,7-20,2)	12,5 (7,9-19,1)	10,0 (5,9-16,6)	15,2 (10,7-21,2)	10,7 (7,5-15,1)	13,0 (10,5-15,9)	0,223
Conhecimento da existência da LME (n=1381)	93,9 (89,7-96,4)	95,3 (90,7-97,6)	95,3 (90,7-97,7)	95,9/92,4-97,8)	97,7 (94,5-99,1)	95,9 (94,1-97,1)	0,502
Forma de acesso à LME: **							
Disponível no Consultório (n=1303)	72,1 (64,9-78,3)	74,6 (67,3-80,8)	74,3 (66,8-80,6)	81,3 (75,6-85,9)	79,6 (73,8-84,4)	77,6 (74,3-80,6)	0,181
Disponível na Internet (n=1172)	17,7 (12,6-24,3)	11,0 (6,8-17,2)	21,3 (14,9-29,4)	24,7 (19,3-31,0)	22,8 (17,4-29,3)	18,6 (15,9-21,7)	0,001
Disponível na Farmácia (n=1259)	66,8 (59,4-73,4)	63,3 (55,0-70,9)	74,0 (65,8-80,7)	66,3 (59,0-73,0)	62,9 (56,0-69,4)	65,0 (61,0-68,8)	0,551
Disponível na SMS ou SES-DF (n=1149)	49,2 (41,7-56,7)	51,5 (42,9-60,0)	51,4 (42,5-60,3)	49,8 (41,9-57,7)	53,6 (46,7-60,5)	51,3 (47,1-55,0)	0,898
Disponibilidade de FT, Consensos, Diretrizes ou Linhas de Cuidado no consultório	51,6 (45,0-58,2)	46,7 (39,3-54,3)	41,8 (34,6-49,3)	54,7 (48,0-61,3)	50,1 (43,6-56,6)	49,9 (46,3-53,6)	0,191
O usuário solicita troca de medicamentos:							
Sempre, repetidamente ou as vezes (n=1578)	56,8 (50,3-63,0)	63,3 (55,9-70,0)	67,5 (60,7-73,8)	71,4 (65,3-76,8)	68,2 (61,5-74,2)	66,5 (63,0-69,8)	0,065

LME= Lista de Medicamentos Essenciais dos municípios; FT= Formulário Terapêutico. *Tipo de material consultado para fazer a solicitação de inclusão na Lista de Medicamentos Padronizada: artigo científico, eventos, revistas profissionais, meios de comunicação (revistas leigas, televisão, rádio e internet); visita de representante/propagandista, experiência clínica. **Opções de acesso à Lista de Medicamentos Padronizada que os médicos referiram ter: no consultório, na internet, na farmácia, na Secretaria Municipal de Saúde.

Apêndice 2 –

Avaliação da Assistência Farmacêutica em Ceilândia

RESUMO

INTRODUÇÃO A assistência farmacêutica (AF) no Brasil vem sendo avaliada em diversos municípios do país. Os estudos utilizam indicadores propostos pela Organização Mundial da Saúde (OMS) para avaliar e acompanhar a implantação das políticas farmacêuticas (OLIVEIRA *et al.*, 2010; SOUZA *et al.*, 2010; CORREIA, 2007; CUNHA *et al.*, 2002). No entanto, observa-se a inexistência da elaboração de modelos lógicos, considerada uma etapa fundamental para uma avaliação (BROUSSELE *et al.* p.61). Neste sentido, o objetivo deste trabalho é propor um modelo lógico para avaliar a AF na rede de atenção primária em Ceilândia, Distrito Federal - DF. Sua importância é condicionada pelo fato de não existir estudo desse caráter realizado na localidade e pela necessidade de qualificar os serviços de AF, promovendo o acesso e o uso racional de medicamentos, além de obtenção de informações que subsidiem a formulação de políticas públicas no DF. **METODOLOGIA:** Para avaliar uma intervenção, a qual pode ser um programa ou política, é preciso começar pela sua definição, estabelecendo seu modelo lógico. (BROUSSELE *et al.* p.61) Neste trabalho, realizou-se uma revisão de literatura para a busca de evidências científicas relacionadas à utilização de modelos lógicos e avaliação da AF no Brasil. O levantamento bibliográfico foi conduzido nas bases eletrônicas de dados Lilacs, Scielo, Bireme, Medline, biblioteca virtual em saúde (BVS), dissertações online, documentos do Ministério da Saúde e da Secretaria de Saúde do Distrito Federal no período de 1998 a 2014. Os descritores utilizados para a busca foram: assistência farmacêutica, atenção primária à saúde, indicadores de qualidade em assistência à saúde, modelos teóricos. A partir da análise do material bibliográfico, foram identificados os componentes operacionais e as relações entre eles para se estabelecer um modelo lógico para avaliação da AF na atenção primária em Ceilândia. **RESULTADOS:** Os principais componentes operacionais foram: aquisição, seleção, programação, distribuição, armazenamento, dispensação, atenção farmacêutica e recursos humanos (BRASIL, 2004). As metas definidas foram: manutenção do abastecimento, adequação da estrutura física e organizacional, atendimento da necessidade de recursos humanos em número e qualificação e a manutenção de educação continuada dos usuários sobre medicamentos. Para cada um dos componentes foram propostas ações: seleção de medicamentos das listas padronizadas, transporte e armazenamento adequados dos medicamentos, educação permanente dos

profissionais e manter informado os pacientes através de programas de educação. Essas ações buscam atender às metas citadas, proporcionando maior acesso e uso racional dos medicamentos e melhorando a qualidade de vida dos usuários. (BRASIL, 2012).

DISCUSSÃO/CONCLUSÃO: O Plano Distrital de Saúde (PDS) 2012-2015 propõe, como objetivo, o acesso à AF de qualidade e integral à população. A necessidade de se melhorar os serviços está clara quando se observa os inúmeros problemas percebidos em todas as etapas do processo, do planejamento ao acompanhamento da terapia farmacológica do paciente (BRASIL, 2012). Para a eleição dos componentes do modelo lógico partiu-se do pressuposto que a seleção, programação, aquisição, armazenamento, distribuição e dispensação são aspectos pertinentes preconizados pela PNAF (BRASIL, 2004). Trabalhos realizados no DF sobre avaliação da AF (NAVES, 2005; SIQUEIRA, 2010) e o PDS (BRASIL, 2012), apontam problemas semelhantes, embora os desafios enfatizados sejam diferentes. A construção de um modelo lógico permitiu observar que os documentos são uma fonte de informação importante, no entanto, há lacunas que precisaram ser preenchidas, com base na realidade prática.

Palavras chave: assistência farmacêutica, atenção primária à saúde, modelos teóricos.

INTRODUÇÃO

No Brasil, as mudanças no perfil epidemiológico e os avanços em saúde ocasionaram um aumento no uso de medicamentos entre a população brasileira. Essas transformações impulsionaram a criação de políticas públicas para promover o acesso e uso racional de medicamentos, a prevenção de doenças e para melhorar a qualidade de vida da população (FERREIRA-FILHO *et al*, 2010). Concomitantemente à implementação de políticas, surge a necessidade de desenvolver estratégias metodológicas para melhor compreendê-las, por meio de monitoramento e avaliação (TAMAKI *et al.*, 2012).

Com a criação do Sistema Único de Saúde – SUS – (Lei 8.080/90), a assistência farmacêutica (AF) passou a ser uma das áreas de atuação da saúde pública, tendo como ações a promoção, proteção e recuperação da saúde. A partir do princípio de universalização do SUS houve a necessidade de se ampliar e aprimorar a cobertura da distribuição de medicamentos para a população, nesse contexto surgiram a Política Nacional de Medicamentos (PNM) e a Política Nacional de Assistência Farmacêutica (PNAF). Tais políticas tratam de temas de acesso da população aos medicamentos, principalmente aos considerados essenciais à saúde, de

garantir a necessária segurança e qualidade dos medicamentos e de promover seu uso racional. (BRASIL, 1990; BRASIL, 1998; BRASIL, 2004)

A instituição da PNAF, que em 2014 completa 10 anos, foi considerada um marco na história da saúde pública brasileira, sobretudo na área da AF. Foi a partir dela que a AF foi explicitada como parte integrante da Política Nacional de Saúde. Além disso, a PNAF preocupou-se com a reestruturação da AF com foco no seu caráter amplo, tanto da promoção, proteção e recuperação da saúde, como da orientação e educação do usuário, inclusive a atenção farmacêutica (BRASIL, 2004; OLIVEIRA *et al*, 2010).

Ao longo desta última década, pesquisas para avaliação da AF foram realizadas no Brasil com o intuito de identificar problemas e propor soluções. As metodologias utilizadas nos trabalhos são, em sua maioria, baseadas em indicadores de estrutura e processos propostos pela Organização Mundial da Saúde (OMS) para avaliar e acompanhar a implantação das políticas farmacêuticas nos países membros (OLIVEIRA *et al*, 2010; SOUZA *et al*, 2010; CORREIA, 2007; CUNHA *et al*, 2002).

Souza *et al* (2010), em estudo realizado em Sergipe, verificaram que, além da programação ser inadequada, a ausência de adesão à Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME), por parte dos prescritores, e a dispensação realizada por outros profissionais (que não o farmacêutico) eram preocupantes. Oliveira *et al* (2010), por outro lado, constatou que a falta de estrutura, o planejamento e a farmacoterapia inadequados, eram situações de maior importância. Os autores relatam que a carência de uma gestão eficaz e de profissionais qualificados contribuíram para uma avaliação negativa da AF (OLIVEIRA *et al*, 2010; SOUZA *et al*, 2010; CUNHA *et al*, 2002).

Para avaliar uma intervenção, a qual pode ser um programa ou política, é preciso começar pela sua definição, estabelecendo seu modelo lógico (BROUSSELE *et al*. p.61). No entanto, se observa a inexistência dessa etapa inicial em grande parte dos trabalhos citados anteriormente. O modelo lógico pretende demonstrar como um programa, no caso a AF, funciona na teoria. Os principais componentes do programa encontram-se inseridos no modelo sendo descritos em uma sequência de eventos, de forma simplificada, articulada e organizada. Sendo que, em cada componente, são identificados as ações, os resultados e o impacto produzido. É a partir de um modelo lógico que se propõe indicadores para avaliar a AF de maneira sistemática e com uma visão geral do processo (FRAGA, 2005).

Diante do exposto, este estudo propõe um modelo lógico para avaliar a AF na rede de atenção primária em Ceilândia, Distrito Federal. Sua importância é condicionada pelo fato de não existir estudo desse caráter realizado na localidade e pela necessidade de qualificar os

serviços de AF em todas as etapas do processo, tendo por base o Plano Distrital de Saúde (PDS) de 2012 a 2015, promovendo o acesso e o uso racional de medicamentos, além de obter informações que subsidiem a formulação de políticas públicas no DF (BRASIL, 2012).

Detalhe da pesquisa na BVS: tw:((tw:(assistência farmacêutica)) AND (tw:(modelos teóricos)) AND (instance:"regional")) AND (mj:("Assistência Farmacêutica" OR "Modelos Teóricos" OR "Acesso aos Serviços de Saúde" OR "Programas Nacionais de Saúde")) AND (instance:"regional")) AND (instance:"regional")

OBJETIVO GERAL

Elaborar um modelo lógico para avaliação da assistência farmacêutica na rede de atenção primária da Regional de Saúde de Ceilândia/DF.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Identificar que componentes são comumente utilizados para avaliação da assistência farmacêutica na atenção básica;
2. Listar avanços e desafios observados nos estudos.
3. Descrever as etapas da elaboração de um modelo lógico para a avaliação da assistência farmacêutica na atenção básica;

METODOLOGIA

Neste trabalho, a construção do modelo lógico baseou-se em três etapas. A etapa 1 (um) consistiu na busca de evidências que fornecessem subsídios para a identificação dos componentes da assistência farmacêutica. Para tanto, foi conduzido um levantamento bibliográfico relacionado à avaliação da AF na atenção básica no Brasil e a utilização de modelos lógicos, por meio das bases eletrônicas de dados Lilacs, Scielo, Bireme, biblioteca virtual em saúde (BVS), dissertações online, documentos do Ministério da Saúde e da Secretaria de Saúde do Distrito Federal no período de 1998 a 2014. Utilizou os seguintes descritores para a busca: assistência farmacêutica, atenção primária à saúde, indicadores de qualidade em assistência à saúde, modelos teóricos; em português, inglês e espanhol.

Na etapa 2 (dois) o material bibliográfico foi analisado no sentido de identificar os componentes mais frequentemente abordados para avaliação da assistência farmacêutica na atenção básica. As informações foram compiladas em um quadro onde foram listados títulos dos trabalhos, autores, proposta de estudo, avanços (forças) e desafios (fraquezas), descritos pelos autores.

Finalmente, na terceira e última etapa, foram identificadas as relações existentes entre os diferentes componentes, e construído o modelo lógico para avaliação da AF na atenção primária em Ceilândia.

RESULTADOS

A Região Administrativa IX, Ceilândia, é a mais populosa do Distrito Federal, com 449.592 habitantes, alcança 16% da população do DF. Segundo a Pesquisa Distrital por Amostra de Domicílio (PDAD) de 2013, 98,6% da população é atendida pelos 12 centros de saúde distribuídos na localidade (CODEPLAN, 2013). De acordo com a Secretaria de Saúde do DF, os centros de saúde de Ceilândia ofertam serviços de atenção básica e dispensação de medicamentos que atendem aos programas de hipertensão, diabetes, saúde da criança, saúde da mulher, tuberculose, hanseníase, DST/Aids e, somente, a dispensação de psicotrópicos é centralizada no Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (SES/DF, 2014).

No Quadro 1 foram identificados desafios e avanços observados em 15 pesquisas de avaliação da assistência farmacêutica realizadas no Brasil. No entanto, como os estudos foram realizados em diferentes unidades de saúde de cidades/municípios distintos, houve situações em que uma mesma característica era uma fraqueza em um lugar e uma força em outro. A utilização da RENAME, por exemplo, foi identificada como um desafio em 2 estudos (BERNARDI, *et al*, 2006; JÚNIOR e NUNES, 2012;) e avanço em 4 estudos (SOUZA *et al*, 2011; CUNHA *et al*, 2002; SIQUEIRA e CASTRO, 2010; COSENDEY, 2000).

Em relação à presença de farmacêutico, oito estudos caracterizaram como desafio devido à ausência de farmacêuticos ou em quantidade insuficiente nas unidades de atenção básica de saúde (OLIVEIRA *et al*, 2010; BERNARDI *et al*, 2006; JÚNIOR e NUNES, 2012; SOUZA *et al*, 2011; MENOLLI *et al*, 2009; SILVER, 2005; SIQUEIRA e CASTRO, 2010; CANABARRO e HAHN, 2009). Apenas um estudo apontou este aspecto como avanço, uma vez que somente duas unidades de saúde no município de MS não possuíam farmacêutico responsável pela dispensação (CUNHA *et al*, 2002).

Quadro1. Avanços e desafios da Assistência Farmacêutica no Brasil entre 1998 e 2014, conforme estudos encontrados na literatura.

NOME	AUTOR	PROPOSTA DE ESTUDO	AVANÇOS	DESAFIOS
Análise da implantação do programa farmácia básica: um estudo multicêntrico em cinco estados do Brasil.	COSENDEY, 2000;	Analisar o grau de implantação do Programa Farmácia Básica (PFB) em 5 estados brasileiros: Acre, Amazonas, Pernambuco, Rio de Janeiro e Goiás.	<p>Seleção de medicamentos: 100% do elenco do PFB pertencem à RENAME.</p> <p>Distribuição: os transportes de medicamentos se mostraram adequados.</p>	<p>Armazenamento: Não seguiam boas práticas de estocagem de medicamentos; e em geral, os estados não possuíam condições de armazenamento adequadas.</p> <p>Recursos Humanos: Percebeu-se uma despreocupação com a qualificação dos recursos humanos.</p>
Avaliação do uso de medicamentos na Rede Pública Municipal de Saúde de Campo Grande/MS.	CUNHA, ZORZATTO, CASTRO, 2002.	Avaliar 12 unidades de saúde da cidade quanto aos seguintes critérios: prescrição, utilização de listas de medicamentos essenciais e o uso de antibióticos.	<p>Armazenamento e dispensação: todas as unidades apresentam espaço exclusivo para estocagem e dispensação.</p> <p>Recursos Humanos: duas unidades não possuíam farmacêutico.</p> <p>Rede informatizada.</p>	<p>Uso racional de medicamentos: antibióticos e injetáveis utilizados de forma irracional.</p> <p>Dispensação: Realizada muito abaixo do tempo médio necessário. Apenas 80,7% das medicações foram dispensadas.</p> <p>Usuários informados: 40% dos pacientes não sabiam utilizar a medicação por falta de informação.</p>

			Seleção: Utilização das listas de medicamentos essenciais.	
Avaliação da assistência farmacêutica no Brasil: estrutura, processo e resultados.	OPAS/OMS, MS, 2005.	Avaliação da AF no Brasil quanto a estrutura, processos e serviços.	Armazenamento: Baixo percentual de UBS com medicamentos vencidos (0,3%).	Disponibilidade de medicamentos: 74% dos medicamentos essenciais disponíveis. Armazenamento e dispensação: Problemas na estocagem de medicamentos e na área de dispensação. Dispensação: 83,4% de prescrição de ATB.
Evaluation of pharmaceutical assistance in public primary care in Brasília, Brazil.	NAVES, SILVER, 2005.	Avaliação da AF em Brasília, DF. Onde foram avaliados 15 centros de saúde entre 62 existentes.		Usuários informados: 18,7% entendiam totalmente a prescrição, 56,3% podiam ler. Dispensação: 61,2% das prescrições foram dispensadas. Estruturas inadequadas. Apenas 83% de drogas essenciais disponíveis no estoque. RH: Apenas duas UBS tinha farmacêutico.
Avaliação da Assistência Farmacêutica Básica nos Municípios de Abrangência da 17ª Coordenadoria	BERNARDI, BIEBERBACH, THOMÉ, 2006	Avaliar a AF em 20 Unidades Básicas nos municípios do RS, quanto a estrutura, processo e resultados.	Armazenamento: 90% possuíam controle de estoque.	RH: Apenas 5 UB possuíam farmacêutico, 25% dos profissionais eram capacitados. Disponibilidade de medicamentos: 78% dos medicamentos disponíveis, 76% medicamentos prescritos da relação e 88% das prescrições foram atendidas.

<p>Regional de Saúde do Rio Grande do Sul.</p>				<p>Armazenamento: Presença de 78% dos itens de Boas Práticas de Armazenamento eram atendidos. E 98% medicamentos com prazo de validade adequados.</p>
<p>Avaliação da AF no Brasil: um pensar sobre a abordagem de pesquisa proposta pela OMS e seus indicadores.</p>	<p>EMMERICK, 2006.</p>	<p>Foi realizado um “Diagnóstico da Assistência Farmacêutica” em 5 estados: ES, GO, PA, RS e SE. Sendo 30 unidades de saúde (20 na capital e 10 em municípios de cada estado).</p>	<p>Armazenamento: Apenas uma unidade possuía medicamentos com prazo de validade vencido.</p>	<p>Armazenamento: Qualidade da área de estoque abaixo de 85%.</p> <p>Dispensação: Qualidade da área de dispensação abaixo de 86,7%. Média de 67,87% dos medicamentos prescritos que foram dispensados.</p> <p>Disponibilidade de medicamentos abaixo de 80%.</p>
<p>Avaliação da Qualidade da Assistência Farmacêutica na Rede Pública Municipal de atenção primária de saúde de Fortaleza – Ceará.</p>	<p>CORREIA, 2007.</p>			

<p>Avaliação da AF à gestante na rede básica de saúde do Município de Praia Grande-SP, Brasil.</p>	<p>VIEIRA, LORANDI, BOUSQUAT, 2008.</p>	<p>Avaliar a AF na rede básica de saúde em um município da Baixada Santista, São Paulo.</p> <p>Tendo foco na saúde da mulher, em especial, no período gestacional.</p>	<p>Armazenamento: Possuir boa ventilação, luminosidade, ambiente limpo, coletores de lixo tampados e controle de animais.</p>	<p>Seleção: não realizada conforme preconiza o MS. Falta de critérios adequados.</p> <p>Programação: Controle de estoque defasado e rodízio constante de funcionários. Falta de medicamento na última semana do mês em quase todas as unidades.</p>
<p>Panorama da Assistência Farmacêutica na Saúde da Família em município do interior do Estado do Rio Grande do Sul.</p>	<p>CANABARRO, HAHN, 2009.</p>	<p>Verificar o panorama da AF em 15 equipes do Programa Saúde da Família. Avaliou-se o estoque, a demanda atendida, armazenamento de medicamentos e a presença de farmacêutico.</p>	<p>Armazenamento: 10 unidades realizavam controle de movimentação. Possuíam boas condições de armazenamento e conservação dos produtos.</p>	<p>Programação/Aquisição: A quantidade de medicamentos recebida não era suficiente para à demanda.</p> <p>RH: O controle de estoque era exercido por enfermeiros em 09 unidades.</p> <p>Dispensação: A dispensação era exercida por médico em 11 unidades.</p>
<p>Caracterización de los servicios farmacêuticos de atención primaria del Sistema Único de Salud en Londrina, Paraná, Brasil.</p>	<p>MENOLLI, IVAMA, JÚNIOR, 2009.</p>	<p>Caracterizar os serviços farmacêuticos na atenção básica em Londrina, Paraná. Em 13 unidades de saúde.</p> <ul style="list-style-type: none"> - prescrição. - atenção ao paciente. - serviços de saúde. 	<p>Dentro dos limites de prescrição de antibióticos.</p>	<p>RH: Nenhuma unidade tinha farmacêutico e os profissionais não eram qualificados.</p> <p>Usuários informados: Apenas 46,6% tinham informação sobre uso de medicamentos.</p> <p>Alta quantidade de prescrições de medicamentos injetáveis.</p>

<p>Uso de medicamentos em atenção básica na Secretaria de Estado de Saúde – DF</p>	<p>SIQUEIRA, CASTRO, 2010.</p>	<p>Avaliar o uso de medicamentos na Diretoria de AF, em 2 centrais de abastecimento, em 66 farmácias de centros de saúde, hospitais e unidades mistas.</p>	<p>Dispensação: 89% dos medicamentos prescritos eram da Relação de Medicamentos.</p>	<p>Relação de medicamentos básicos disponível em 13% dos consultórios.</p> <p>56,1% das farmácias tinham fonte de informação.</p> <p>Usuários informados: Apenas 62,7% dos pacientes sabiam utilizar todos os medicamentos da prescrição.</p> <p>RH: 35,2% das prescrições estavam legíveis.</p>
<p>Avaliação da assistência farmacêutica básica em um município da Bahia, Brasil.</p>	<p>OLIVEIRA, ASSIS, BARBONI, 2010.</p>	<p>Avaliar a estrutura e os processos da AF em 26 unidades básicas de saúde em um município da Bahia: dispensação, armazenamento, relação de medicamentos essenciais, presença de farmacêuticos; profissionais capacitados;</p>	<p>Distribuição: Descentralização da distribuição de medicamentos para as unidades de saúde. Acesso aos medicamentos.</p>	<p>Armazenamento e Dispensação: 84,6% dos locais eram inadequados; 76,9% possuíam controle de estoque; 96,2% não tinham previsão de demanda mensal e 92,3% havia falta de pelo menos um item da lista de medicamentos adotada.</p> <p>RH: Apenas 3 unidades tinham farmacêuticos, os profissionais envolvidos com dispensação eram pouco capacitados.</p>
<p>Avaliação da estrutura e dos processos de organização e gestão da assistência farmacêutica em</p>	<p>SOUZA, PORTO, LYRA JÚNIOR, 2011.</p>	<p>Avaliar a AF em 12 Unidades de Saúde de um município de Sergipe, quanto à estrutura (física, financeira e de recursos humanos) e aos processos (seleção, aquisição, armazenamento, distribuição,</p>	<p>Nível 3: estruturação, institucionalização e organização dos serviços.</p> <p>RENAME é distribuída aos prescritores.</p>	<p>Planejamento – nível 2, não o realizava para todas as etapas do ciclo.</p> <p>Relação de medicamentos não atendia ao perfil da população.</p> <p>Sem protocolo clínico aplicável.</p>

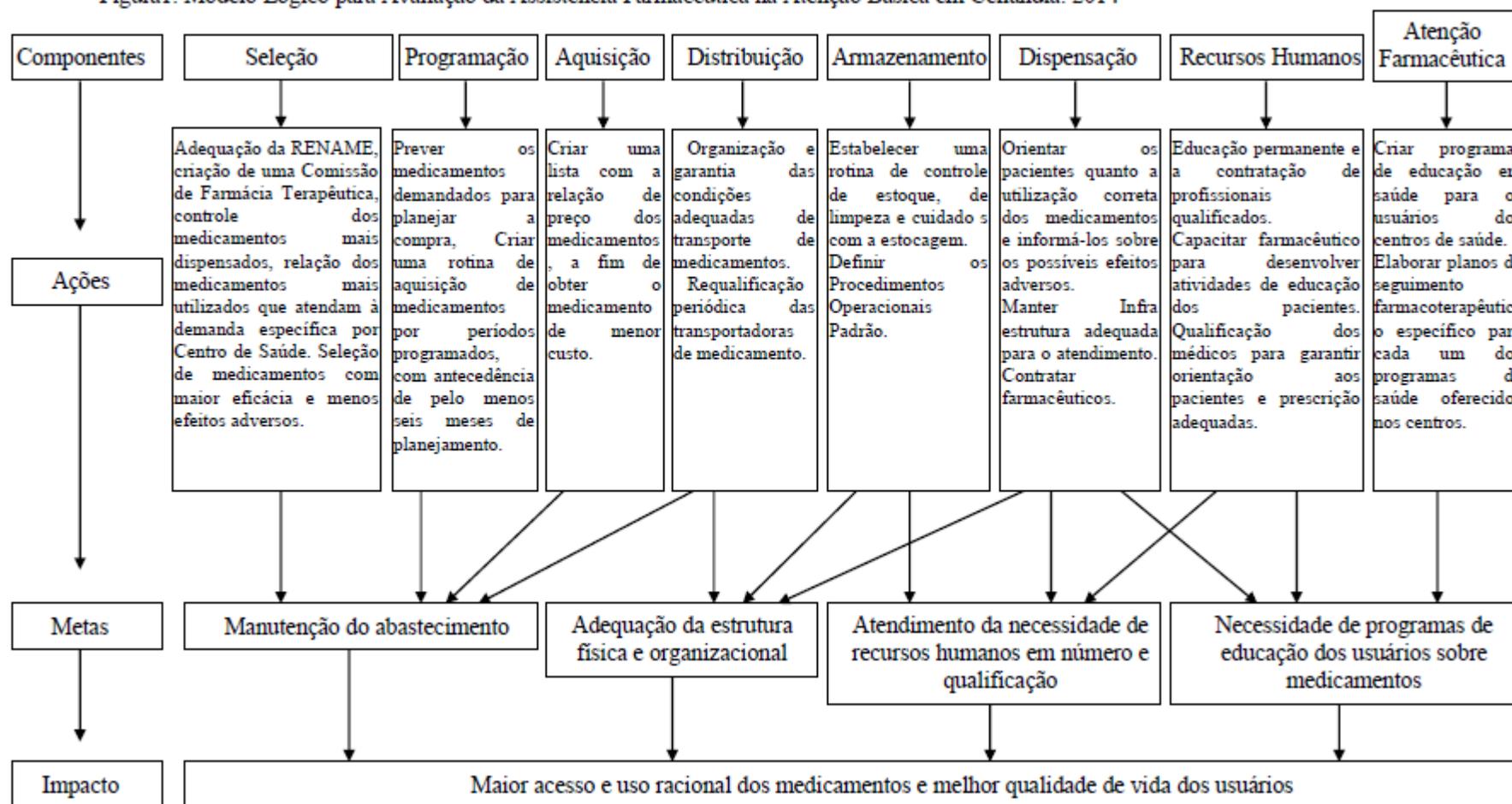
<p>município do estado de Sergipe.</p>		<p>prescrição e dispensação de medicamentos e insumos de saúde). Níveis: 1, 2 e 3.</p>	<p>Armazenamento: Boas Práticas e qualidade dos medicamentos.</p> <p>Distribuição: Transporte nível 3.</p>	<p>Aquisição: considerava apenas parte do estoque.</p> <p>Prescrição era a etapa mais crítica.</p> <p>Sem educação quanto ao URM.</p> <p>Nenhuma UBs possuía dispensação adequada (farmacêutico, local, informação).</p>
<p>Avaliação da Assistência Farmacêutica na atenção primária no município de Petrolina (PE).</p>	<p>JÚNIOR, NUNES, 2012.</p>	<p>Avaliar a AF 15 unidades de saúde da família em Petrolina, quanto ao ciclo da AF, estrutura (física externa e interna) e processo (qualidade do armazenamento, aquisição e dispensação).</p>	<p>Programação: 80% realizam;</p> <p>Dispensação: 67% possuem área específica, mas em 40% são inadequadas (desafio).</p>	<p>Armazenamento: 20% tem atualização da ficha de prateleira, 47% acompanham o estoque, 27% das unidades apresentavam situações desfavoráveis, 13% tinham controle de Temperatura dos produtos.</p> <p>RH: Apenas 6 farmacêuticos no município, dispensação feita por enfermeiros, não há capacitação profissional, poucos profissionais.</p> <p>Não adotavam a Relação de medicamentos;</p> <p>33% Estrutura interna boa;</p> <p>80% estrutura externa com poluição;</p> <p>Constante falta de medicamentos;</p>

Para a elaboração do modelo lógico foram identificados os componentes, as ações e as metas consideradas importantes para a AF na atenção básica, e que pudessem ser aplicados em Ceilândia. No primeiro momento da construção, foram identificados seis componentes operacionais da AF, tendo como base a análise crítica dos componentes relatados em pesquisas de avaliação realizadas no Distrito Federal e Brasil (Quadro 1), bem como na PNAF (BRASIL, 2004) e no PDS. (BRASIL, 2012)

Como metas pretendidas foram utilizadas as definidas no PDS, sendo acrescentada a quarta meta que configura a necessidade de manter uma educação continuada dos usuários sobre medicamentos. Para atingir as metas, foram propostas ações que estão relacionadas aos componentes previamente identificados. (BRASIL, 2012)

Os componentes, juntamente com as ações e as metas, se interligam, formando uma rede para alcançar um impacto em comum: maior acesso e uso racional dos medicamentos e melhor qualidade de vida dos usuários; conforme expresso na Figura 1.

Figural. Modelo Lógico para Avaliação da Assistência Farmacêutica na Atenção Básica em Ceilândia. 2014



DISCUSSÃO/CONCLUSÃO

Tendo em vista a situação do Distrito Federal, em consequência, da Ceilândia, o PDS propõe, como um dos objetivos, proporcionar à população acesso à AF de qualidade e integral. O documento refere que há inúmeros problemas percebidos em todas as partes do processo de AF, desde o planejamento até o acompanhamento da terapia farmacológica do paciente, deixando clara a necessidade de se melhorar os serviços. Por outro lado, o PDS destaca o desafio de superar o desabastecimento, o que inclui qualificar a seleção e a programação de medicamentos (BRASIL, 2012). Além do diagnóstico levantado por este Plano, dois estudos sobre a avaliação da assistência foram realizados em centros de saúde no Distrito Federal (NAVES & SILVER 2005; SIQUEIRA & CASTRO, 2010).

Em 2005, Naves e Silver avaliaram a assistência farmacêutica em 15 serviços de atenção básica do Distrito Federal e observaram que apenas duas unidades contavam com farmacêutico responsável pela farmácia. Somente 18,7% dos pacientes eram capazes de compreender, em sua totalidade, o que havia na prescrição médica. Da lista de 40 medicamentos-chave, 83,2% estavam disponíveis, no entanto, eram comuns interrupções no abastecimento de medicamentos amplamente utilizados. (NAVES & SILVER, 2005).

Mais recentemente, Siqueira e Castro (2010), apontaram a problemática da falta de farmacêuticos nas farmácias, das unidades de saúde do Distrito Federal como um fator crucial para a falta de informação ao paciente no momento da dispensação dos medicamentos. Os autores alertaram também para os fatores que contribuíam negativamente para o uso racional de medicamentos, como a falta de informações na prescrição, no prontuário, pelos farmacêuticos e por outras fontes de informação ao paciente. (SIQUEIRA & CASTRO, 2010).

Ao comparar estes trabalhos (NAVES & SILVER 2005; SIQUEIRA & CASTRO, 2010) com o PDS (BRASIL, 2012), observa-se que os desafios a serem superados são semelhantes, tais como melhorar a qualidade das prescrições médicas, priorizar a presença de um farmacêutico nas farmácias a fim de fornecer adequada orientação aos usuários, adequar e utilizar as listas de medicamentos essenciais nos tratamentos para as doenças mais prevalentes, com intuito de promover o uso racional de medicamentos e melhor qualidade de vida para a população.

Cabe ressaltar que o acesso e o uso racional são citados como desafios importantes no PDS, no entanto, os objetivos e metas listados no documento não contemplam de forma clara estes dois temas. Ao analisar o documento do Distrito Federal, os componentes fundamentais da assistência farmacêutica os quais necessitam de investimentos e monitoramento são bastante amplos, desde aquisição de medicamentos até o acompanhamento da terapia farmacológica do paciente.

Além desses, outros componentes que integram a assistência farmacêutica foram apontados como problemáticos em pesquisas realizadas em diversos municípios pelo país, como a falta de controle de estoque, o armazenamento inadequado dos medicamentos e a ausência de dispensação adequada (orientação ao paciente quanto ao uso de medicamentos) (OLIVEIRA *et al*, 2010; BERNARDI *et al*, 2006; JÚNIOR e NUNES, 2012; SOUZA *et al*, 2011).

Nesse contexto e tendo em vista a diversidade de componentes que compõe a AF, os desafios, objetivos, metas, a construção do modelo lógico apresenta inúmeras vantagens. Uma delas é a possibilidade

de documentar o sentido de uma intervenção devido a identificação dos vínculos entre as estruturas, os processos e os resultados. Pode também ser uma ferramenta útil de comunicação, uma vez que um esquema lógico é capaz de resumir as ideias de documentos, representado por meio de tabelas, gráficos ou figuras (CHAMPAGNE *et al.*, 2011).

No presente estudo, para selecionar os componentes do modelo lógico partiu-se do pressuposto que a seleção, programação, aquisição, armazenamento, distribuição e dispensação são aspectos pertinentes preconizados tanto pela PNAF (BRASIL, 2004), quanto pelo documento distrital (PDS), bem como pelos estudos realizados no país (BRASIL, 2012). Sob essa ótica, entendeu-se ser relevante incluir como componentes do modelo lógico, a atenção farmacêutica e os recursos humanos, a fim de atender as temáticas de uso racional e acesso a medicamentos e uma vez que questões relacionadas mereceram destaque nas pesquisas do Distrito Federal.

Como metas pretendidas, além daquelas definidas no PDS 2012-2015 foi acrescentada a meta “necessidade de manter um programa de educação permanente aos usuários sobre medicamentos”, tendo em vista os problemas quanto à falta de acompanhamento farmacoterapêutico, relatados nos estudos realizados no DF (NAVES & SILVER 2005; SIQUEIRA & CASTRO, 2010). Entende-se que a partir das metas citadas, pretende-se alcançar o impacto de promover maior acesso e uso racional dos medicamentos e melhor a qualidade de vida dos usuários, conforme preconizado pela PNAF. (BRASIL, 2004)

A partir de um modelo lógico é possível propor indicadores que avaliem a Assistência Farmacêutica de maneira sistemática e com uma visão geral do processo. Ou seja, é possível analisar a situação global do sistema e propor uma estratégia para atingir o objetivo (FRAGA, 2005). A partir da elaboração do modelo proposto percebe-se que uma próxima etapa deve contemplar a seleção de indicadores adequados no sentido de realizar o monitoramento da implementação das ações por ora propostas, bem como apresentar o modelo aos gestores interessados, com vistas a identificar possíveis adequações.

A experiência do exercício da construção de um modelo lógico permitiu observar que os documentos são uma fonte de informação importante para identificar os componentes, desafios, pontos fracos e fortes da assistência farmacêutica. No entanto, percebe-se que é possível aprimorar o modelo inicial aqui proposto no sentido de preencher possíveis lacunas, mediante análise por parte de atores da gestão e demais profissionais envolvidos com assistência farmacêutica.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. BRASIL. Ministério da Saúde. **Lei nº 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 União, 1990.
2. BRASIL. **Portaria nº 3.916 de 1998**. Aprova a Política Nacional de Medicamentos e dá outras providências. Diário Oficial da União; 30 de out. 1998.
3. BRASIL. **Resolução nº 338 de 06 de mai. de 2004**. Aprova a Política Nacional de Assistência Farmacêutica. Diário Oficial da União; 06 de mai. de 2004.
4. BRASIL. **Plano Distrital de Saúde 2012 a 2015**. Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. Brasília, jun 2012.
5. CHAMPAGNE, François; *et al.* **Modelizar as intervenções**. In: BROUSSELE, Astrid (org). Avaliação: conceitos e métodos. Ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2011. 291p.
6. CODEPLAN - Companhia de Planejamento do Distrito Federal. **Pesquisa Distrital por Amostra de Domicílios: PDAD 2013**. Brasília, 2013. Disponível em: <<http://www.codeplan.df.gov.br>>. Acesso em: 10 mar 2014.
7. CORREIA, ARF; **Avaliação da Qualidade da Assistência Farmacêutica na Rede Pública Municipal de atenção primária de saúde de Fortaleza – Ceará**. Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado em Ciências Farmacêuticas da Universidade Federal do Ceará. Universidade Federal do Ceará. Fortaleza, 2007.
8. CUNHA, M.C.N.; ZORZATTO, J.R.; CASTRO, L.L.C.; Avaliação do uso de medicamentos na Rede Pública Municipal de Saúde de Campo Grande. **Revista Brasileira de Ciências Farmacêuticas**. vol. 38 n. 2. abr-jun. Campo Grande, 2002.
9. FERREIRA-FILHO, J.C.R.; CORREIA, G.T.; MASTROIANNI, P.C., Acesso a medicamentos essenciais em farmácias e drogarias do Município de Araraquara. **Revista de Ciências Farmacêuticas Básica e Aplicada**. vol. 31, pag. 177-182. São Paulo, 2010.
10. FRAGA, F.N.R; **A utilização de um modelo lógico para a reorientação dos serviços farmacêuticos no âmbito municipal**. Programa de Pós-graduação em Ciências Farmacêuticas – Dissertação de Mestrado – UFRS. Porto Alegre, 2005.
11. NAVES J.O.S, SILVER L.D. [**Evaluation of pharmaceutical assistance in public primary care in Brasilia, Brazil**]. Rev Saúde Publica. 2005.
12. OLIVEIRA, L.C.F.; ASSIS, M.M.A.; BARBONI, A.R. **Assistência Farmacêutica no Sistema Único de Saúde: da Política Nacional de Medicamentos à Atenção Básica de Saúde**. Ciência & Saúde Coletiva, 15 (Supl. 3): 3561-3567. Bahia, 2010.
13. OLIVEIRA, L.C.F.; ASSIS, M.M.A.; BARBONI, A.R.; Avaliação da assistência farmacêutica básica em um município da Bahia, Brasil. **Revista Baiana de Saúde Pública**. vol. 34 n. 4 pag. 835-864. out-dez. Bahia, 2010.
14. SES/DF. Regional de Saúde de Ceilândia. Disponível em: <<http://www.saude.df.gov.br/sobre-a-secretaria/hospitais-e-regionais/266-regional-de-saude-de-ceilandia.html>> Acesso em:14 maio, 2014.
15. SIQUEIRA F., CASTRO L.L.C. **Uso de medicamentos em atenção básica na Secretaria de Estado de Saúde – DF**. Com. Ciências Saúde. 2010.
16. SOUZA, L.S.; PORTO, J.G.; LYRA-JÚNIOR, D.P.; Avaliação da estrutura e dos processos de organização e gestão da assistência farmacêutica em município do estado de Sergipe. **Revista de Ciências Farmacêuticas Básica e Aplicada**. vol. 32, pag. 403-410. Sergipe, 2011.

18. TAMAKI, E.M; TANAKA, O.Y; FELISBERTO, E; et al. **Metodologia de construção de um painel de indicadores para o monitoramento e a avaliação da gestão do SUS**. *Ciência & Saúde Coletiva*, 17(4):839-849, 2012

18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32
Receita / Embalagem	Nome comercial e/ou Princípio ativo	Forma Farmacêutica	Dosagem	Nº de unidades farmacêuticas por VEZ (se for cp, spray, col.)	Posologia	Genérico	SABE Por Quanto Tempo Irá Tomar?	Há Quanto Tempo Você Toma?	Onde/Quem Receitou Ou Recomendou ?	Onde Conseguiu?	Teve algum Problema para Conseguir?	Deixou De Tomar Nos Últimos 7 Dias? (p/ casos de uso diário; outros casos = NA)	Como esse Remédio está funcionando Para a sua doença?	Esse Remédio Causa Algum Problema De Saúde Para Você?
() 1.5 () 2.N	MED.1 Nome: _____	() 1. Cp () 2. Líq () 3. Injeç () 4. Spre () 5. Pom () 6. Col () 99. NS	() Gr () Mg () Mcg () 99. NS () 999. NA	() 99. NS () 999. NA	() 1X () 2X () 3X () 4X () >4X (D) (S) (M) (T) (A)	() 1.5 () 2. N () 99. NS	_____ Dias 000 = Uso contin.	(+1A) (- 1A) () 99. NS	() 1. Méd () 2 Dent () 3. farma () 4. mídia () 5. A.P.V () 99. NS	() 1. F.SUS () 2.F.CO () 3.F.POP () 4. Igreja () 5.Outro () 99. NS	() 1. Falta () 2. Sem \$\$ () 3. Outro? () 4. Não () 99. NS	() 1.Sim. 1A. Qtas x? _____ 1B Qual Motivo? () 2. Não () 99. NS () 999. NA	() 1. Bem () 2. Regular () 3. Não Funciona bem () 99. Não Sei	() 1.Sim 1A Qual(s)? () 2. Não () 99. NS
() 1.5 () 2.N	MED. 2 Nome: _____	() 1. Cp () 2. Líq () 3. Injeç () 4. Spre () 5. Pom () 6. Col () 99. NS	() Gr () Mg () 99. NS () 999. NA	() 99. NS () 999. NA	() 1X () 2X () 3X () 4X () >4X (D) (S) (M) (T) (A)	() 1.5 () 2. N () 99. NS	_____ Dias 000 = Uso contin.	(+1A) (- 1A) () 99. NS	() 1. Méd () 2 Dent () 3. farma () 4. mídia () 5. A.P.V () 99. NS	() 1. F.SUS () 2.F.CO () 3.F.POP () 4. Igreja () 5.Outro () 99. NS	() 1. Falta () 2. Sem \$\$ () 3. Outro? () 4. Não () 99. NS	() 1.Sim. 1A. Qtas x? _____ 1B Qual Motivo? () 2. Não () 99. NS () 999. NA	() 1. Bem () 2. Regular () 3. Não Funciona bem () 99. Não Sei	() 1.Sim 1A Qual(s)? () 2. Não () 99. NS
() 1.5 () 2.N	MED.3 Nome: _____	() 1. Cp () 2. Líq () 3. Injeç () 4. Spre () 5. Pom () 6. Col () 99. NS	() Gr () Mg () 99. NS () 999. NA	() 99. NS () 999. NA	() 1X () 2X () 3X () 4X () >4X (D) (S) (M) (T) (A)	() 1.5 () 2. N () 99. NS	_____ Dias 000 = Uso contin.	(+1A) (- 1A) () 99. NS	() 1. Méd () 2 Dent () 3. farma () 4. mídia () 5. A.P.V () 99. NS	() 1. F.SUS () 2.F.CO () 3.F.POP () 4. Igreja () 5.Outro () 99. NS	() 1. Falta () 2. Sem \$\$ () 3. Outro? () 4. Não () 99. NS	() 1.Sim. 1A. Qtas x? _____ 1B Qual Motivo? () 2. Não () 99. NS () 999. NA	() 1. Bem () 2. Regular () 3. Não funciona bem () 99. Não Sei	() 1.Sim 1A Qual(s)? () 2. Não () 99. NS
() 1.5 () 2.N	MED.4 Nome: _____	() 1. Cp () 2. Líq () 3. Injeç () 4. Spre () 5. Pom () 6. Col () 99. NS	() Gr () Mg () 99. NS () 999. NA	() 99. NS () 999. NA	() 1X () 2X () 3X () 4X () >4X (D) (S) (M) (T) (A)	() 1.5 () 2. N () 99. NS	_____ Dias 000 = Uso contin.	(+1A) (- 1A) () 99. NS	() 1. Méd () 2 Dent () 3. farma () 4. mídia () 5. A.P.V () 99. NS	() 1. F.SUS () 2.F.CO () 3.F.POP () 4. Igreja () 5.Outro () 99. NS	() 1. Falta () 2. Sem \$\$ () 3. Outro? () 4. Não () 99. NS	() 1.Sim. 1A. Qtas x? _____ 1B Qual Motivo? () 2. Não () 99. NS () 999. NA	() 1. Bem () 2. Regular () 3. Não funciona bem () 99. Não Sei	() 1.Sim 1A Qual(s)? () 2. Não () 99. NS

OUTRAS INFORMAÇÕES SOBRE REMÉDIOS

Você precisa da ajuda de outra pessoa para tomar os seus Remédios

1. Sim, sempre 3. Não 999. NA
2. Sim, às vezes 99. Não Sei V33 [] []
[] []

ATENDIMENTOS EM EMERGÊNCIA E INTERNAÇÕES

Nos últimos 12 meses, você precisou ser atendido (a) em **ALGUMA EMERGÊNCIA?**

1. Sim 2. Não (Vá p/37) 99. Não Sei (Vá p/ 37)
V34 [] [] []

Quantas vezes?

1. Uma única vez 4. Quatro ou mais vezes
2. Duas vezes 99. Não sei
3. Três vezes 999. NA V35 [] [] []

Qual (is) foi(ram) o(s) motivos(s) deste(s) atendimento(s)?

- A** _____
[] []
B _____
[] []
C _____
[] []
D _____
[] []
E _____
[] []
999. NA

Nos últimos 12 meses, você precisou ser **INTERNADO (A) EM HOSPITAL?**

1. Sim 2. Não (Vá p/ 40) 99. Não Sei (Vá p/ 40)
V37 [] [] []

Quantas vezes?

1. Uma única vez 2. Duas vezes
3. Três vezes 4. Quatro ou mais vezes
99. Não Sei 999. NA
V38 [] [] []

Qual(is) foi(ram) o(s) motivos(s) desta(s) internação(ões)?

- A. _____
[] []
B. _____
[] []
C. _____

[] []

D. _____

[] []

[] []

SERVIÇO DE SAÚDE E FARMÁCIA

Agora vamos falar sobre o local onde você trata estas doenças e busca seus Remédios.

Você utiliza o SUS: **(Ler as alternativas)**

1. Sempre 4. Raramente
2. Repetidamente 5. Nunca
3. Às vezes 99. Não Sei V40 [] [] []

Você procura atendimento **NESTA** Unidade de Saúde: **(Ler as alternativas)**

1. Sempre
2. Repetidamente
3. Às vezes
4. Raramente
5. Nunca
6. Primeira vez na Unidade de Saúde V41 [] [] []

Você é cadastrado nesta Unidade de Saúde?

1. Sim 2. Não 99. Não Sei V42 [] [] []

Como você chega até aqui? **(Pode assinalar mais de uma opção)**

1. Caminha
2. Ônibus/transporte coletivo
3. Carro, moto
Outro. _____
99. Não Sei V43 [] [] []

Este lugar é longe da sua casa?

1. Sim 3. Não
2. Mais ou menos 99. Não Sei V44 [] [] []

Chegar aqui é: **(Ler as alternativas)**

1. Muito fácil 4. Difícil
2. Fácil 5. Muito difícil
3. Nem fácil/nem difícil 99 Não Sei V45 [] [] []

O horário de funcionamento desta Unidade de Saúde é: **(Ler as alternativas)**

- | | | |
|---------------------|---------------|-----------------|
| 1. Muito Bom | 4. Ruim | |
| 2. Bom | 5. Muito ruim | |
| 3. Nem ruim/nem bom | 99 Não Sei | V46 [] [] [] |

Por que você veio até a Unidade de Saúde hoje? **(Pode assinalar mais de uma opção)**

- | | |
|---------------------------------------|------------------|
| 1. Consulta médica agendada | |
| 2. Agendar uma consulta/exame | |
| 3. Participar de uma reunião de grupo | A. _____ [] [] |
| 4. Retirar Remédios | B. _____ [] [] |
| Outros _____ | C. _____ [] [] |
| | D. _____ [] [] |
| | E. _____ [] [] |

Nos últimos 3 meses em quais **FARMÁCIAS PÚBLICAS do SUS** você procurou por algum Remédio?

1. Apenas na farmácia deste Centro de Saúde
2. Apenas em outras farmácias Públicas (inclui F. alto custo)
3. Na farmácia deste centro e de outros centros também
4. **Não procurei** por nenhum **Remédio** no SUS (Vá p/67)
5. **Não utilizei** nenhuma **Farmácia Pública** nos últimos 3 meses (Vá p/67)
99. Não Sei

V48 [] [] []

Normalmente quanto tempo você espera para retirar os Remédios? **(Ler alternativas)**

- | | |
|-----------------------------------|------------------|
| 1. Não espera (Vá p/ 51) | |
| 2. Um pouco | |
| 3. Muito tempo | A. _____ [] [] |
| 5. Primeira vez na UBS (Vá p/ 51) | B. _____ [] [] |
| 99. Não Sei (Vá p/ 51) | C. _____ [] [] |
| | D. _____ [] [] |

V49 [] [] []

Quanto tempo você espera? [] [] minutos

Nestes 3 últimos meses, com qual frequência **VOCÊ CONSEGUIU** no SUS os Remédios que procurava? **(Ler alternativas)**

1. Sempre conseguiu (Vá p/ 54)
2. Repetidamente
3. Às vezes
4. Raramente
5. Nunca

V51 [] [] []

Das vezes que você **NÃO CONSEGUIU** os Remédios, qual(is) foi(ram) a(s) orientação(ões) que recebeu? **RESPOSTA MÚLTIPLA**

1. Avisaram que não tinha o Remédio (Vá p/ 53)
2. Avisaram que não tinha o Remédio; pediram que você aguardasse, mas o Remédio não chegou (Vá p/ 53)

3. Encaminharam você para outra UBS (Vá p/ 53)
4. Orientaram você a comprar o Remédio (Vá p/ 53)
5. Orientaram você a procurar a Farmácia Popular (Vá p/ 53)
6. Não recebeu orientação (Vá p/ 53)
7. Outros. (Vá p/ 52A)
99. Não Sei (Vá p/ 53)
999. NA (Vá p/ 53)

52A. Qual (is) foi(ram) a(s) outra(s) orientação(ões) que recebeu?

- | | |
|----------|---------|
| A. _____ | [] [] |
| B. _____ | [] [] |
| C. _____ | [] [] |
| D. _____ | [] [] |
| E. _____ | [] [] |

Das vezes que **NÃO CONSEGUIU** o(s) Remédio(s) EM QUAL LOCAL você adquiriu. **RESPOSTA MÚLTIPLA**

1. Em outra UBS (Vá p/ 54)
2. Farmácia do SUS (Vá p/ 54)
3. Em outro setor do SUS (Vá p/ 54)
4. Na Farmácia Popular (Vá p/ 54)
5. Pelo plano de saúde (Vá p/ 54)
6. Pelo convênio da empresa (Vá p/ 54)
7. Em instituição de caridade, ONG... (Vá p/ 54)
8. Com amigos, parentes, vizinhos (Vá p/ 54)
9. Comprou em drogaria comercial (Vá p/ 54)
10. Ficou sem o Remédio. (Vá p/ 54)
11. Não teve dinheiro para comprar (Vá p/ 54)
12. Achou que não precisava do Remédio (Vá p/ 54)
13. Outros

53A. Quais outros locais?

- | | |
|----------|---------|
| A. _____ | [] [] |
| B. _____ | [] [] |
| C. _____ | [] [] |
| D. _____ | [] [] |
| E. _____ | [] [] |

Para você os efeitos dos Remédios recebidos nas farmácias do SUS em comparação com os efeitos dos Remédios **COMPRADOS** na Farmácia Comercial são:

1. Iguais
2. Melhores
3. Piores
4. **NUNCA** comprou Remédios em farmácias comerciais
99. Não sei
999. NA

V54 [] [] []

Quando você retira Remédios **nas Farmácias Públicas do SUS**, os funcionários que entregam os Remédios repassam informações sobre como usá-los?

- | | |
|-------------|------------------------|
| 1. Sim | 3. Não (Vá p/ 58) |
| 2. Às vezes | 99. Não sei (Vá p/ 58) |

V55 [] [] []

Você entende as orientações repassadas pelos funcionários que entregam os Remédios nas Farmácias Públicas do SUS? (Ler as alternativas)

1. Sempre 99. Não Sei 999. NA
 2. Repetidamente
 3. Às vezes
 4. Raramente
 5. Nunca V56 [] []

[] []

Você recebe orientação sobre como guardar os Remédios em casa? (Ler as alternativas)

1. Sempre 4. Raramente
 2. Repetidamente 5. Nunca
 3. Às vezes 99. Não Sei 999. NA V57 [] [] []

O farmacêutico ou outro funcionário da Farmácia do SUS está disponível quando você precisa tirar dúvidas sobre os Remédios? (Ler as alternativas)

1. Sempre 4. Raramente
 2. Repetidamente 5. Nunca
 3. Às vezes 99. Não Sei V58 [] [] []

AVALIAÇÃO DA UBS/ FARMÁCIA

Os funcionários da farmácia do SUS onde você retira os Remédios atendem com respeito e cortesia?

(Ler as alternativas)

1. Sempre 4. Raramente
 2. Repetidamente 5. Nunca
 3. Às vezes 99. Não Sei V59 [] []

Como você avalia a sinalização existente (por exemplo: placas, cartazes), encontrada na farmácia do SUS onde retira os Remédios?

1. Muito fácil
 2. Fácil
 3. Nem fácil/ Nem difícil
 5. Muito difícil
 99. Não Sei 999. NA V60 [] [] []

Como você avalia a limpeza da farmácia do SUS onde retira os Remédios?

1. Muito boa 4. Ruim
 2. Boa 5. Muito ruim
 3. Nem ruim/ Nem boa 99. Não Sei V61 [] []

[] []

Para você o conforto nesta UNIDADE DE SAÚDE/FARMÁCIA DO SUS, considerando cadeiras/bancos, bebedouro, proteção do local contra chuva e sol é?

1. Muito bom 4. Ruim
 2. bom 5. Muito ruim

3. Nem ruim/ Nem bom 99. Não Sei V62 [] []

Qual a sua opinião sobre o atendimento realizado pela Farmácia do SUS onde retira os seus Remédios?

1. Muito bom 4. Ruim
 2. bom 5. Muito ruim
 3. Nem ruim/ Nem bom 99. Não Sei V63 [] []

Você considera que seu atendimento na Farmácia do SUS que utiliza ocorre com privacidade (se sente à vontade para tirar alguma dúvida caso seja necessário)?

1. Sempre 4. Raramente
 2. Repetidamente 5. Nunca
 3. Às vezes 99. Não Sei V64 [] []

Qual a sua opinião sobre o atendimento realizado pelo Centro de Saúde?

1. Muito bom 4. Ruim
 2. bom 5. Muito ruim
 3. Nem ruim/ Nem bom 99. Não Sei V65 [] []

Com relação aos itens relacionados abaixo, quais em sua opinião, poderiam ser melhorados no atendimento da FARMÁCIA do SUS onde você retira Remédios?

(ATENÇÃO: Ler cada item. Marque x para sim, ou não; Se a pessoa não souber, escreva 99 no colchetes ao lado.)

A	Sala de espera	Sim	Não	[] []
B	Horário de funcionamento	Sim	Não	[] []
C	Espaço físico	Sim	Não	[] []
D	Disponibilidade dos Remédios	Sim	Não	[] []
E	Qualidade do atendimento	Sim	Não	[] []
F	Tempo de espera para atendimento	Sim	Não	[] []
G	Outro(s):			
	A.			[] []
	B.			[] []
	C.			[] []
	D.			[] []

AVALIAÇÃO DOS HÁBITOS DOS USUÁRIOS

Você participa de atividades de saúde como grupos, caminhadas, palestras ou outras atividades NESTA UNIDADE DE SAÚDE?

1. Sim
 2. As vezes
 3. Não

4. Primeira vez na UBS 99. Não Sei V60

Você conhece o programa **FARMÁCIA POPULAR**?
 1.Sim 2.Não (Vá p/ 71) 99.Não Sei (Vá p/ 71) V68

Você usa a **FARMÁCIA POPULAR**?
 1.Sim
 2.Não (Vá p/ 71)
 99.Não Sei (Vá p/ 71) 999. NA V69

Qual o **PRINCIPAL** motivo que faz você usar a **FARMÁCIA POPULAR**? (**APENAS UMA OPÇÃO**). Em caso de resposta múltipla por parte do respondente, perguntar qual o mais importante.
 1. O preço do Remédio é acessível e/ou gratuito
 2. A localização é boa
 3. O atendimento é bom
 4. Porque tem os Remédios que faltam no SUS
 5. Porque é mais perto do que a farmácia do SUS
 Outro _____
 99.Não Sei 999. NA V70

Vamos dizer alguns tipos de dificuldades comuns que as pessoas enfrentam ao lidar com Remédios. Gostaríamos que o (a) Sr(a) diga qual(is) dessa(s) o (a) Sr(a) enfrenta.

(ATENÇÃO: Ler cada item. Marque x para sim, ou não; Se a pessoa não souber, escreva 99 no colchetes ao lado.)

A	Lembrar de tomar o Remédio	Sim	Não	<input type="checkbox"/>
B	Utilizar muitos comprimidos ao dia	Sim	Não	<input type="checkbox"/>
C	Conseguir os Remédios	Sim	Não	<input type="checkbox"/>
D	Ler o que esta escrito na embalagem	Sim	Não	<input type="checkbox"/>
E	Adequar a utilização do Remédio com o trabalho	Sim	Não	<input type="checkbox"/>
F	Remédios diferentes com a mesma forma e coloração	Sim	Não	<input type="checkbox"/>
G	Outro(s):			<input type="checkbox"/>
	A.			<input type="checkbox"/>
	B.			<input type="checkbox"/>
	C.			<input type="checkbox"/>
	D.			<input type="checkbox"/>

COMPORTAMENTOS NO USO DE REMÉDIOS

Agora vou fazer mais algumas perguntas sobre Remédios. Para responder a estas perguntas, gostaria que você considerasse todas as vezes em que fez o uso de Remédios, de uma maneira geral.

Você utiliza algum Remédio **SEM RECEITA**?
 1. Sim 2. Não (Vá p/ 74) V72

Em quais casos você utiliza algum Remédio **SEM RECEITA**?
ATENÇÃO: Ler cada item. Se a pessoa responder sim, assinale com X; Se não souber, escreva 99 ao lado.)

A	Quando tem o Remédio em casa	Sim	Não	<input type="checkbox"/>
B	Quando conhece alguém que já tomou	Sim	Não	<input type="checkbox"/>
C	Quando já tomou este Remédio antes	Sim	Não	<input type="checkbox"/>
D	Quando leu a bula ou outra informação	Sim	Não	<input type="checkbox"/>
E	Quando consegue o Remédio fácil	Sim	Não	<input type="checkbox"/>
F	Quando recebe indicação na farmácia	Sim	Não	<input type="checkbox"/>
G	Outro(s):			<input type="checkbox"/>
	A.			<input type="checkbox"/>
	B.			<input type="checkbox"/>
	C.			<input type="checkbox"/>
	D.			<input type="checkbox"/>

Você **DEIXA** de utilizar algum Remédio receitado pelo médico?
 1. Sim 2. Não (Vá p/ 76) V74

Em quais casos deixa de utilizar algum Remédio receitado pelo médico?
(ATENÇÃO: Ler cada item. Marque x para sim, ou não; Se a pessoa não souber, escreva 99 no colchetes ao lado.)

A	Quando acha que o Remédio é muito forte ou muito fraco	Sim	Não	<input type="checkbox"/>
B	Quando acha que o Remédio não é o certo ou não funciona	Sim	Não	<input type="checkbox"/>
C	Quando acha que não precisa do Remédio	Sim	Não	<input type="checkbox"/>
D	Quando acha que já está curado	Sim	Não	<input type="checkbox"/>
E	Quando já usou o Remédio e passou mal	Sim	Não	<input type="checkbox"/>
F	Quando lê alguma coisa que acha ruim na bula	Sim	Não	<input type="checkbox"/>
G	Outro(s):			<input type="checkbox"/>
	A.			<input type="checkbox"/>
	B.			<input type="checkbox"/>
	C.			<input type="checkbox"/>
	D.			<input type="checkbox"/>

ESTILO DE VIDA

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

Com que frequência você costuma consumir bebida alcoólica?

1. Não bebo nunca (Vá p/ 83)
2. Menos de uma vez por mês (Vá p/ 83)
3. Uma vez ou mais por mês
99. Não Sei

V76 [] []

Quantos dias por semana você costuma tomar alguma bebida alcoólica? (Preencher de 1 a 7 dias e 0 para menos do que um dia por semana; 99 para Não Sei)

[] [] dias por semana

V77 [] [] []

Em geral, no dia que você bebe, quantas doses de bebida alcoólica você consome? (1 dose de bebida alcoólica equivale a 1 lata de cerveja, 1 taça de vinho ou 1 dose de cachaça, whisky ou qualquer outra bebida alcoólica destilada; 99 para Não Sei)

[] [] doses por dia

V78 [] [] []

Para homens

Nos últimos 30 dias, você chegou a consumir 5 ou mais doses de bebida alcoólica em uma única ocasião?

1. Sim (Vá p/ 81)
2. Não (Vá p/ 83)
99. Não Sei (Vá p/ 83)

V79 [] [] []

Para mulheres

Nos últimos 30 dias, você chegou a consumir 4 ou mais doses de bebida alcoólica em uma única ocasião?

1. Sim (Vá p/ 81)
2. Não (Vá p/ 83)
99. Não Sei (Vá p/ 83)

V80 [] [] []

Para todos

Em quantos dias do mês isto ocorreu?

[] [] dias

99. Não Sei

V81 [] [] []

Você já recebeu recomendação de algum médico para beber menos?

1. Sim
2. Não
99. Não Sei
999. NA

V82 [] [] []

PRÁTICA DE ATIVIDADE FÍSICA

Nos últimos três meses, você praticou algum tipo de exercício físico ou esporte? (Não considere fisioterapia)

1. Sim
2. Não (Vá p/ 90)

V83 [] [] []

Quantos dias por semana você costuma praticar exercício físico ou esporte? (0 se menos do que um dia)

[] [] dias

Se 0 (Vá p/ 90) 99. Não Sei

V84 [] [] []

Qual é o exercício físico ou esporte que você pratica com mais frequência? (Anotar apenas o primeiro citado)

1. Caminhada (não considerar caminhada para o trabalho)
2. Caminhada em esteira
3. Corrida
4. Corrida em esteira
5. Musculação
6. Ginástica aeróbica
7. Hidroginástica
8. Ginástica em geral
9. Natação
10. Artes marciais e luta
11. Bicicleta
12. Futebol
13. Basquetebol
14. Voleibol
15. Tênis
16. Dança
17. Outro. _____

V85 [] [] []

Você caminha ou utiliza bicicleta por pelo menos 10 minutos seguidos para ir de um lugar para outro?

1. Sim
2. Não (Vá p/ 90)

V86 [] [] []

Em uma semana normal, em quantos dias você caminha ou anda de bicicleta por pelo menos 10 minutos seguidos para ir de um lugar a outro?

[] dias

V87 [] [] []

Quanto tempo você passa caminhando ou andando de bicicleta para ir de um lugar a outro em um dia normal?

[] [] horas [] [] minutos

V88 [] [] []

Em geral, no dia que você faz caminhada, pratica exercício ou esporte, quanto tempo dura esta atividade?

[] [] horas [] [] minutos

V89 [] [] []

FUMO

Você fuma?

1. Sim
2. Não (Vá p/ 94)

V90 [] [] []

Você fuma todos os dias?

1. Sim 2. Não (Vá p/ 94) V91[][][]

Quantos cigarros você fuma por dia?

[][] cigarros por dia
99. Não Sei V92[][][]

Que IDADE você tinha quando COMEÇOU a fumar todos os dias? (Caso o entrevistado relate uma idade aproximada, anote a idade aproximada declarada por ele; Se "Não Sabe", anote 99)

[][] anos (Vá p/97) V93[][][]

Você já fumou regularmente?

1. Sim 2. Não (Vá p/97) V94[][][]

Que IDADE você tinha quando PAROU de fumar?

(Caso o entrevistado relate uma idade aproximada, anote a idade aproximada declarada por ele; Se "Não Sabe", anote 99)

[][] anos (Vá p/97) V95[][][]

Algum médico já lhe recomendou parar de fumar?

1.Sim 2.Não 99.Não Sei V96[][][]

DIETA

Você está fazendo alguma dieta para perder peso?

1. Sim 2. Não 99. Não Sei V97[][][]

Você evita o consumo de sal?

1. Sim 2. Não 99. Não Sei V98[][][]

Você faz alguma dieta para reduzir o consumo de gordura?

1. Sim 2. Não 99. Não Sei V99[][][]

Você faz alguma dieta para reduzir o açúcar?

1. Sim 2. Não 99. Não Sei V100[][][]

Você faz uso de algum adoçante na sua dieta?

1. Sim 2. Não 99. Não Sei V101[][][]

SE SIM PARA ALGUMA DAS 5 PERGUNTAS ACIMA:

Qual o PRINCIPAL MOTIVO que levou você a fazer esta(s) dieta(s)? (Apenas uma opção)

1. Por aconselhamento médico ou de nutricionista

2. Por decisão própria (Vá p/ 104)

3. Outro.

99. Não Sei V101[][][]

Para qual problema de saúde recebeu esta recomendação?

(Resposta múltipla)

1. Hipertensão

2. Diabetes

3. Doença do coração

4. Colesterol alto

5. AVC (acidente vascular cerebral)

6. Doença pulmonar crônica

7. Artrite ou reumatismo

8. Depressão

9. Outro.

99. Não Sei V101[][][]

PLANO DE SAÚDE

Você tem plano de saúde ou convênio médico?

1. Sim 2. Não (Vá p/ 112) 99. Não Sei (Vá p/ 112)

V104[][][]

Qual o nome do convênio/plano de saúde?

V105[][][]

Você é o titular deste plano?

1.Sim 2.Não 99.Não Sei

V106[][][]

O(S) PLANO(S) OU CONVÊNIO(S) COBRE(M):

Consulta médica? (COPAGAMENTO: O entrevistado paga apenas uma parte do procedimento, ou insumo/remédio)

1. Sim, tenho desconto no preço

2. Sim, mas tem copagamento

3. Sim, cobre integral

4. Sim, mas eu pago e o plano reembolsa

5. Não cobre

99. Não Sei V107[][][]

Internação?

1. Sim, tenho desconto no preço

2. Sim, mas tem copagamento

3. Sim, cobre integral

4. Sim, mas eu pago e o plano reembolsa

5. Não cobre

99. Não Sei

Exames?

1. Sim, tenho desconto no preço
2. Sim, mas tem copagamento
3. Sim, cobre integral
4. Sim, mas eu pago e o plano reembolsa
5. Não cobre
99. Não Sei

V108[][]

V109[][]

Remédios (fora da internação)?

1. Sim, tenho desconto no preço
2. Sim, mas tem copagamento
3. Sim, cobre integral
4. Sim, mas eu pago e o plano reembolsa
5. Não cobre (Vá p/ 112)
99. Não Sei (Vá p/ 112)

V110[][]

Para quais doenças são os Remédios que o(s) plano(s) ou convênio(s) cobre(m)?

- A. _____
V111A[][]
- B. _____
V111B[][]
- C. _____
V111C[][]
- D. _____
V111D[][]
- E. _____
V111E[][]

INFORMAÇÃO SOBRE SEU DOMICÍLIO

Agora, preciso de algumas informações sobre seu domicílio.

BENS DOMÉSTICOS

Vou lhe apresentar um conjunto de itens e gostaria de saber quais existem em SEU DOMICÍLIO. Para cada item que você responder sim, vou lhe perguntar a quantidade.

(Ler e anotar a quantidade no espaço ao lado)

- | | |
|---------|---------------------|
| 0. Zero | 3. Três |
| 1. Um | 4. Mais que quatro |
| 2. Dois | 99.NS/Não respondeu |

Quantidade (s)			
A	Televisão em cores	()	V112A [][]
B	Rádio (não considerar rádio de automóvel)	()	V112B [][]
C	Banheiro (não considerar se servirem a mais de uma habitação, nem lavabos)	()	V112C [][]

D	Automóvel (de uso particular)	()	V112D [][]
E	Empregada mensalista (trabalhar pelo menos 5 dias por semana)	()	V112E [][]
F	Máquina de lavar roupa (não considerar o tanquinho)	()	V112F [][]
G	Videocassete / DVD	()	V112G [][]
H	Geladeira	()	V112H [][]
I	Freezer (aparelho independente ou parte da geladeira duplex)	()	V112I [][]
J	Microcomputador/tablet	()	V112J [][]
K	Microondas	()	V112L [][]
J	Motocicleta	()	V112M [][]
M	Secadora de roupa	()	V112N [][]

Quantas pessoas moram no seu domicílio?

[]|[]| pessoas V113[][]

Quantos cômodos existem no seu domicílio? (incluindo banheiro, área de serviço e demais divisões)

[]|[]| V114[][]

Quantos cômodos servem como dormitório (quartos)?

[]|[]| V115[][]

O domicílio onde você reside é:

- | | |
|------------|------------------------|
| 1. Alugado | 3. Emprestado |
| 2. Próprio | 99. Não Sei V116[][] |

Qual é a renda mensal total dos moradores do seu domicílio?

1. Abaixo de R\$ 150
2. Entre R\$ 150 e R\$ 300
3. Entre R\$ 300 e R\$ 650
4. Entre R\$ 650 e R\$ 1.000
5. Entre R\$ 1.000 e R\$ 1.450
6. Entre R\$ 1.450 e R\$ 1.900
7. Entre R\$ 1.900 e R\$ 3.000
8. Entre R\$ 3.000 e R\$ 4.600
9. Entre R\$ 4.600 e R\$ 6.000
10. Entre R\$ 6.000 e R\$ 8.000
11. Entre R\$ 8.000 e R\$ 10.500
12. Entre R\$ 10.500 e R\$ 13.000
13. Acima de R\$ 13.000
99. Não Sei 98. Não respondeu V117[][]

Quantas pessoas dependem desta renda?

[]|[]| V118[][]

O domicílio possui água encanada?

- | | | |
|--------|--------|------------------------|
| 1. Sim | 2. Não | 99. Não Sei V119[][] |
|--------|--------|------------------------|

A rua é pavimentada (calçamento, asfaltada)?

- | | | |
|--------|--------|------------------------|
| 1. Sim | 2. Não | 99. Não Sei V120[][] |
|--------|--------|------------------------|

Você recebe auxílio do governo?

- 1A. Sim, bolsa família
1B. Sim, seguro desemprego

2. Não

3. Outro. _____

99. Não Sei V121 [] [] []

No último ano, a sua família deixou de comprar algo importante para o dia a dia, precisou fazer algum empréstimo, ou vendeu algo para pagar gastos com algum problema de saúde?

1. Sim 2. Não (Vá p/ 125) 99. Não Sei (Vá p/ 125)

V122 [] [] []

Que tipo de problema ocasionou este gasto?

1. Remédios
2. Consulta médica
3. Exame de laboratório ou imagem
4. Internação clínica
5. Cirurgia

Outro. _____

99. Não Sei V123 [] [] []

Como foi que a família lidou com esse gasto?

1. Deixou de comprar alimento
2. Deixou de pagar contas
3. Fez empréstimo de amigo ou familiar
4. Fez empréstimo de banco ou financeira
5. Vendeu algum bem
6. Outro. _____

99. Não Sei V124 [] [] []

ESTADO DE SAÚDE

Em geral, como você avalia sua saúde? (Ler as alternativas)

1. Muito boa
2. Boa
3. Nem ruim, nem boa
4. Ruim
5. Muito ruim
99. Não Sei

V125 [] [] []

PARA FINALIZAR, vou fazer 5 perguntas sobre seu estado de saúde. Indique qual das afirmações melhor descreve o seu estado de saúde hoje.

126. Mobilidade

1. Não tenho problemas em andar
2. Tenho alguns problemas em andar
3. Estou limitado/a a ficar na cama
99. Não Sei

V126 [] [] []

127. Cuidados Pessoais

1. Não tenho problemas com os meus cuidados pessoais
2. Tenho alguns problemas para me lavar ou me vestir
3. Sou incapaz de me lavar ou vestir sozinho/a

99. Não Sei V127 [] [] []

128. Atividades Habituais (ex. trabalho, estudos, atividades domésticas, atividades em família ou de lazer)

1. Não tenho problemas em desempenhar as minhas atividades habituais
2. Tenho alguns problemas em desempenhar as minhas atividades habituais
3. Sou incapaz de desempenhar as minhas atividades habituais

99. Não Sei V128 [] [] []

129. Dor/Mal Estar

1. Não tenho dores ou mal-estar
2. Tenho dores ou mal-estar moderados
3. Tenho dores ou mal-estar extremos

99. Não Sei V129 [] [] []

130. Ansiedade/Depressão

1. Não estou ansioso/a ou deprimido/a
2. Estou moderadamente ansioso/a ou deprimido/a
3. Estou extremamente ansioso/a ou deprimido/a

99. Não Sei V130 [] [] []

AGRADEÇO A SUA COLABORAÇÃO, TENHA UM(A) BOM DIA/BOA TARDE!

Horário Final [] [] : [] []

Anexos

Anexo 1 -

PNAUM - Pesquisa Nacional sobre Acesso, Utilização e

Uso Racional de Medicamentos

SERVIÇOS

Questionário Usuário

Horário do Início da entrevista |__|:|__|

Horário Final da entrevista |__|:|__|

Data da entrevista |__||__||__|

I- INFORMAÇÕES DO ENTREVISTADO

01	Nome:	
02	Município que recebe atendimento:	
03	Sexo:	1 <input type="checkbox"/> Feminino 2 <input type="checkbox"/> Masculino
04	Qual a sua idade?	__ _ __ _ __ anos
05	É casado(a) ou vive com companheiro(a)?	1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não, mas já viveu antes 3 <input type="checkbox"/> Nunca viveu
06	A sua cor ou raça é: <i>*Ler as alternativas*</i>	1 <input type="checkbox"/> Branca 2 <input type="checkbox"/> Preta 3 <input type="checkbox"/> Amarela 4 <input type="checkbox"/> Parda 5 <input type="checkbox"/> Indígena
07	Até que série e grau o(a) Sr(a) estudou?	
	Curso primário	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/>
	Curso ginásial ou ginásio	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>
	1º grau ou fundamental ou supletivo de primeiro grau ou EJA	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/>
	2º grau ou colégio técnico ou normal ou científico ou ensino médio ou supletivo de segundo grau ou EJA	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>
	3º grau ou curso superior	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Completo <input type="checkbox"/> Incompleto
	Pós-graduação (especialização, mestrado, doutorado)	<input type="checkbox"/>
	Nunca estudou	<input type="checkbox"/>
NS/NR	<input type="checkbox"/>	

II - DOENÇAS CRÔNICAS

Agora, vou fazer algumas perguntas sobre a sua saúde.

HIPERTENSÃO

08	Algum médico já lhe disse que o(a) Sr(a) tem hipertensão ou pressão alta?	1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não => Passe para 13
09	O(a) Sr(a) está tomando algum remédio para a pressão alta?	1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não => Passe para 13
10	Qual(is)?	<i>*Listar abaixo os remédios*</i>

NOME 99 = Não sabe/Não lembra	CONCENTRAÇÃO <i>*Anotar apenas os números*</i>	UNIDADES POR VEZ	VEZES POR DIA	QUANTAS VEZES ESQUECEU DE TOMAR NA ÚLTIMA SEMANA?	COMO ESTE REMÉDIO FUNCIONA? 1 – Bem 2 – Mais ou menos 3 – Não muito bem
REMÉDIO 1	_ _ _ _	_ _	_ _	_ _ _	_
REMÉDIO 2	_ _ _ _	_ _	_ _	_ _ _	_
REMÉDIO 3	_ _ _ _	_ _	_ _	_ _ _	_

11	Nos últimos 30 dias, o(a) Sr(a) ficou sem algum desses remédios por algum tempo?	1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não => Passe para 13 9 <input type="checkbox"/> NS/NR => Passe para 13
12	Qual(is)? <i>*Preencha os campos correspondentes aos remédios que o entrevistado relatou que deixou de tomar*</i>	

IDENTIFICAÇÃO	POR QUANTO TEMPO ?		POR QUÊ?
<input type="checkbox"/> REMÉDIO 1	_ _	<input type="checkbox"/> dia <input type="checkbox"/> sem <input type="checkbox"/> mês	
<input type="checkbox"/> REMÉDIO 2	_ _	<input type="checkbox"/> dia <input type="checkbox"/> sem <input type="checkbox"/> mês	
<input type="checkbox"/> REMÉDIO 3	_ _	<input type="checkbox"/> dia <input type="checkbox"/> sem <input type="checkbox"/> mês	

DIABETES

13	Algum médico já lhe disse que o(a) Sr(a) tem diabetes ou açúcar alto no sangue?	1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não => Passe para 21
14	O(a) Sr(a) está tomando algum remédio, que não seja insulina, para a diabetes?	1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não => Passe para 18
15	Qual(is)?	<i>*Listar abaixo os remédios*</i>

NOME 99 = Não sabe/Não lembra	CONCENTRAÇÃO <i>*Anotar apenas os números*</i>	UNIDADES POR VEZ	VEZES POR DIA	QUANTAS VEZES ESQUECEU DE TOMAR NA ÚLTIMA SEMANA?	COMO ESTE REMÉDIO FUNCIONA? 1 – Bem 2 – Mais ou menos 3 – Não muito bem
REMÉDIO 1	_ _ _ _	_ _	_ _	_ _ _	_
REMÉDIO 2	_ _ _ _	_ _	_ _	_ _ _	_
REMÉDIO 3	_ _ _ _	_ _	_ _	_ _ _	_

16	Nos últimos 30 dias, o(a) Sr(a) ficou sem algum desses remédios por algum tempo?	1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não => Passe para 18 9 <input type="checkbox"/> NS/NR => Passe para 18
17	Qual(is)? <i>*Preencha os campos correspondentes aos remédios que o entrevistado relatou que deixou de tomar*</i>	

IDENTIFICAÇÃO	POR QUANTO TEMPO ?		POR QUÊ?
<input type="checkbox"/> REMÉDIO 1	_ _	<input type="checkbox"/> dia <input type="checkbox"/> sem <input type="checkbox"/> mês	
<input type="checkbox"/> REMÉDIO 2	_ _	<input type="checkbox"/> dia <input type="checkbox"/> sem <input type="checkbox"/> mês	
<input type="checkbox"/> REMÉDIO 3	_ _	<input type="checkbox"/> dia <input type="checkbox"/> sem <input type="checkbox"/> mês	

18	O(a) Sr(a) usa insulina?	1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não => Passe para 21
19	Quantas vezes ao dia?	1 <input type="checkbox"/> Apenas uma vez 2 <input type="checkbox"/> Duas ou mais vezes => Passe para 21 9 <input type="checkbox"/> Tantas quanto necessário => Passe para 21
20	Qual horário?	1 <input type="checkbox"/> Manhã 2 <input type="checkbox"/> Noite 3 <input type="checkbox"/> Outro

DOENÇAS DO CORAÇÃO

21	Algum médico já lhe disse que o(a) Sr(a) tem, ou teve, doença do coração, como infarto, angina, insuficiência cardíaca, arritmia ou outra?	1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não => Passe para 28
22	Quais doenças do coração o médico disse que o(a) Sr(a) tem ou teve:	- <input type="checkbox"/> Infarto => Passe para 24 - <input type="checkbox"/> Angina => Passe para 24 - <input type="checkbox"/> Insuficiência cardíaca => Passe para 24 - <input type="checkbox"/> Arritmia => Passe para 24 - <input type="checkbox"/> Outra - <input type="checkbox"/> NS/NR => Passe para 24
23	Se outra, qual:	
24	O(a) Sr(a) está tomando algum remédio para esta(s) doença(s)?	1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não => Passe para 28
25	Qual(is)?	<i>*Listar abaixo os remédios*</i>

NOME 99 = Não sabe/Não lembra	CONCENTRAÇÃO <i>*Anotar apenas os números*</i>	UNIDADES POR VEZ	VEZES POR DIA	QUANTAS VEZES ESQUECEU DE TOMAR NA ÚLTIMA SEMANA?	COMO ESTE REMÉDIO FUNCIONA? 1 – Bem 2 – Mais ou menos 3 – Não muito bem
REMÉDIO 1	_ _ _ _	_ _	_ _	_ _ _	_
REMÉDIO 2	_ _ _ _	_ _	_ _	_ _ _	_
REMÉDIO 3	_ _ _ _	_ _	_ _	_ _ _	_

26	Nos últimos 30 dias, o(a) Sr(a) ficou sem algum desses remédios por algum tempo?	1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não => Passe para 28 9 <input type="checkbox"/> NS/NR => Passe para 28
27	Qual(is)? <i>*Preencha os campos correspondentes aos remédios que o entrevistado relatou que deixou de tomar*</i>	

IDENTIFICAÇÃO	POR QUANTO TEMPO ?		POR QUÊ?
<input type="checkbox"/> REMÉDIO 1	_ _	<input type="checkbox"/> dia <input type="checkbox"/> sem <input type="checkbox"/> mês	
<input type="checkbox"/> REMÉDIO 2	_ _	<input type="checkbox"/> dia <input type="checkbox"/> sem <input type="checkbox"/> mês	
<input type="checkbox"/> REMÉDIO 3	_ _	<input type="checkbox"/> dia <input type="checkbox"/> sem <input type="checkbox"/> mês	

COLESTEROL ALTO

28	Algum médico já lhe disse que o(a) Sr(a) tem colesterol alto?	1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não => Passe para 33
29	O(a) Sr(a) está tomando algum remédio para esta(s) doença(s)?	1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não => Passe para 33
30	Qual(is)?	<i>*Listar abaixo os remédios*</i>

NOME 99 = Não sabe/Não lembra	CONCENTRAÇÃO <i>*Anotar apenas os números*</i>	UNIDADES POR VEZ	VEZES POR DIA	QUANTAS VEZES ESQUECEU DE TOMAR NA ÚLTIMA SEMANA?	COMO ESTE REMÉDIO FUNCIONA? 1 – Bem 2 – Mais ou menos 3 – Não muito bem
REMÉDIO 1	_ _ _ _	_ _	_ _	_ _ _	_
REMÉDIO 2	_ _ _ _	_ _	_ _	_ _ _	_
REMÉDIO 3	_ _ _ _	_ _	_ _	_ _ _	_

31	Nos últimos 30 dias, o(a) Sr(a) ficou sem algum desses remédios por algum tempo?	1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não => Passe para 33 9 <input type="checkbox"/> NS/NR => Passe para 33
32	Qual(is)? <i>*Preencha os campos correspondentes aos remédios que o entrevistado relatou que deixou de tomar*</i>	

IDENTIFICAÇÃO	POR QUANTO TEMPO ?		POR QUÊ?
<input type="checkbox"/> REMÉDIO 1	_ _	<input type="checkbox"/> dia <input type="checkbox"/> sem <input type="checkbox"/> mês	
<input type="checkbox"/> REMÉDIO 2	_ _	<input type="checkbox"/> dia <input type="checkbox"/> sem <input type="checkbox"/> mês	
<input type="checkbox"/> REMÉDIO 3	_ _	<input type="checkbox"/> dia <input type="checkbox"/> sem <input type="checkbox"/> mês	

AVC (ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL)

33	Algum médico já lhe disse que o(a) Sr(a) teve AVC ou derrame?	1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não => Passe para 38
34	O(a) Sr(a) está tomando algum remédio por causa do AVC ou derrame?	1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não => Passe para 38
35	Qual(is)?	<i>*Listar abaixo os remédios*</i>

NOME 99 = Não sabe/Não lembra	CONCENTRAÇÃO <i>*Anotar apenas os números*</i>	UNIDADES POR VEZ	VEZES POR DIA	QUANTAS VEZES ESQUECEU DE TOMAR NA ÚLTIMA SEMANA?	COMO ESTE REMÉDIO FUNCIONA? 1 – Bem 2 – Mais ou menos 3 – Não muito bem
REMÉDIO 1	_ _ _ _	_ _	_ _	_ _ _	_
REMÉDIO 2	_ _ _ _	_ _	_ _	_ _ _	_
REMÉDIO 3	_ _ _ _	_ _	_ _	_ _ _	_

36	Nos últimos 30 dias, o(a) Sr(a) ficou sem algum desses remédios por algum tempo?	1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não => Passe para 38 9 <input type="checkbox"/> NS/NR => Passe para 38
37	Qual(is)? <i>*Preencha os campos correspondentes aos remédios que o entrevistado relatou que deixou de tomar*</i>	

IDENTIFICAÇÃO	POR QUANTO TEMPO ?		POR QUÊ?
<input type="checkbox"/> REMÉDIO 1	_ _	<input type="checkbox"/> dia <input type="checkbox"/> sem <input type="checkbox"/> mês	
<input type="checkbox"/> REMÉDIO 2	_ _	<input type="checkbox"/> dia <input type="checkbox"/> sem <input type="checkbox"/> mês	
<input type="checkbox"/> REMÉDIO 3	_ _	<input type="checkbox"/> dia <input type="checkbox"/> sem <input type="checkbox"/> mês	

DOENÇA PULMONAR CRÔNICA (ASMA, BRONQUITE CRÔNICA, ENFISEMA OU OUTRA)

38	Algum médico já lhe disse que o(a) Sr(a) tem asma, bronquite crônica, enfisema ou outra doença pulmonar?	1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não => Passe para 45
39	Quais doenças do pulmão o médico disse que o(a) Sr(a) tem?	- <input type="checkbox"/> Asma => Passe para 41 - <input type="checkbox"/> Bronquite crônica => Passe para 41 - <input type="checkbox"/> Enfisema pulmonar => Passe para 41 - <input type="checkbox"/> Outra doença pulmonar - <input type="checkbox"/> NS/NR => Passe para 41
40	Qual?	
41	O(a) Sr(a) está tomando algum remédio para esta(s) doença(s)?	1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não => Passe para 45
42	Qual(is)?	<i>*Listar abaixo os remédios*</i>

NOME 99 = Não sabe/Não lembra	CONCENTRAÇÃO <i>*Anotar apenas os números*</i>	UNIDADES POR VEZ	VEZES POR DIA	QUANTAS VEZES ESQUECEU DE TOMAR NA ÚLTIMA SEMANA?	COMO ESTE REMÉDIO FUNCIONA? 1 – Bem 2 – Mais ou menos 3 – Não muito bem
REMÉDIO 1	_ _ _ _	_ _	_ _	_ _ _	_
REMÉDIO 2	_ _ _ _	_ _	_ _	_ _ _	_
REMÉDIO 3	_ _ _ _	_ _	_ _	_ _ _	_

43	Nos últimos 30 dias, o(a) Sr(a) ficou sem algum desses remédios por algum tempo?	1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não => Passe para 45 9 <input type="checkbox"/> NS/NR => Passe para 45
44	Qual(is)? <i>*Preencha os campos correspondentes aos remédios que o entrevistado relatou que deixou de tomar*</i>	

IDENTIFICAÇÃO	POR QUANTO TEMPO ?		POR QUÊ?
<input type="checkbox"/> REMÉDIO 1	_ _	<input type="checkbox"/> dia <input type="checkbox"/> sem <input type="checkbox"/> mês	
<input type="checkbox"/> REMÉDIO 2	_ _	<input type="checkbox"/> dia <input type="checkbox"/> sem <input type="checkbox"/> mês	
<input type="checkbox"/> REMÉDIO 3	_ _	<input type="checkbox"/> dia <input type="checkbox"/> sem <input type="checkbox"/> mês	

ARTRITE OU REUMATISMO

45	Algum médico já lhe disse que o(a) Sr(a) tem artrite, artrose, ou reumatismo?	1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não => Passe para 50
46	O(a) Sr(a) está tomando algum remédio para artrite ou reumatismo?	1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não => Passe para 50
47	Qual(is)?	<i>*Listar abaixo os remédios*</i>

NOME 99 = Não sabe/Não lembra	CONCENTRAÇÃO <i>*Anotar apenas os números*</i>	UNIDADES POR VEZ	VEZES POR DIA	QUANTAS VEZES ESQUECEU DE TOMAR NA ÚLTIMA SEMANA?	COMO ESTE REMÉDIO FUNCIONA? 1 – Bem 2 – Mais ou menos 3 – Não muito bem
REMÉDIO 1	_ _ _ _	_ _	_ _	_ _ _	_
REMÉDIO 2	_ _ _ _	_ _	_ _	_ _ _	_
REMÉDIO 3	_ _ _ _	_ _	_ _	_ _ _	_

48	Nos últimos 30 dias, o(a) Sr(a) ficou sem algum desses remédios por algum tempo?	1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não => Passe para 50 9 <input type="checkbox"/> NS/NR => Passe para 50
49	Qual(is)? <i>*Preencha os campos correspondentes aos remédios que o entrevistado relatou que deixou de tomar*</i>	

IDENTIFICAÇÃO	POR QUANTO TEMPO ?		POR QUÊ?
<input type="checkbox"/> REMÉDIO 1	_ _	<input type="checkbox"/> dia <input type="checkbox"/> sem <input type="checkbox"/> mês	
<input type="checkbox"/> REMÉDIO 2	_ _	<input type="checkbox"/> dia <input type="checkbox"/> sem <input type="checkbox"/> mês	
<input type="checkbox"/> REMÉDIO 3	_ _	<input type="checkbox"/> dia <input type="checkbox"/> sem <input type="checkbox"/> mês	

DEPRESSÃO

50	Algum médico já lhe disse que o(a) Sr(a) tem depressão?	1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não => Passe para 55
51	O(a) Sr(a) está tomando algum remédio para a depressão?	1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não => Passe para 55
52	Qual(is)?	<i>*Listar abaixo os remédios*</i>

NOME 99 = Não sabe/Não lembra	CONCENTRAÇÃO <i>*Anotar apenas os números*</i>	UNIDADES POR VEZ	VEZES POR DIA	QUANTAS VEZES ESQUECEU DE TOMAR NA ÚLTIMA SEMANA?	COMO ESTE REMÉDIO FUNCIONA? 1 – Bem 2 – Mais ou menos 3 – Não muito bem
REMÉDIO 1	_ _ _ _	_ _	_ _	_ _ _	_
REMÉDIO 2	_ _ _ _	_ _	_ _	_ _ _	_
REMÉDIO 3	_ _ _ _	_ _	_ _	_ _ _	_

53	Nos últimos 30 dias, o(a) Sr(a) ficou sem algum desses remédios por algum tempo?	1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não => Passe para 55 9 <input type="checkbox"/> NS/NR => Passe para 55
54	Qual(is)? <i>*Preencha os campos correspondentes aos remédios que o entrevistado relatou que deixou de tomar*</i>	

IDENTIFICAÇÃO	POR QUANTO TEMPO ?		POR QUÊ?
<input type="checkbox"/> REMÉDIO 1	_ _	<input type="checkbox"/> dia <input type="checkbox"/> sem <input type="checkbox"/> mês	
<input type="checkbox"/> REMÉDIO 2	_ _	<input type="checkbox"/> dia <input type="checkbox"/> sem <input type="checkbox"/> mês	
<input type="checkbox"/> REMÉDIO 3	_ _	<input type="checkbox"/> dia <input type="checkbox"/> sem <input type="checkbox"/> mês	

OUTRA DOENÇA COM MAIS DE SEIS MESES DE DURAÇÃO

55	Algum médico já lhe disse que o(a) Sr(a) tem alguma outra doença com mais de seis meses de duração?	1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não => Passe para 72
56	Se sim, qual(is):	<i>*Listar abaixo a(s) doença(s)*</i>
57	Doença 1:	
58	Doença 2:	
59	Doença 3:	

	Doença 1:	
60	O(a) Sr(a) está tomando algum remédio para esta doença?	1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não => Passe para 64
61	Qual(is)?	<i>*Listar abaixo os remédios*</i>

NOME 99 = Não sabe/Não lembra	CONCENTRAÇÃO <i>*Anotar apenas os números*</i>	UNIDADES POR VEZ	VEZES POR DIA	QUANTAS VEZES ESQUECEU DE TOMAR NA ÚLTIMA SEMANA?	COMO ESTE REMÉDIO FUNCIONA? 1 – Bem 2 – Mais ou menos 3 – Não muito bem
REMÉDIO 1	_ _ _ _	_ _	_ _	_ _ _	_
REMÉDIO 2	_ _ _ _	_ _	_ _	_ _ _	_
REMÉDIO 3	_ _ _ _	_ _	_ _	_ _ _	_

62	Nos últimos 30 dias, o(a) Sr(a) ficou sem algum desses remédios por algum tempo?	1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não => Passe para 64 9 <input type="checkbox"/> NS/NR => Passe para 64
63	Qual(is)? <i>*Preencha os campos correspondentes aos remédios que o entrevistado relatou que deixou de tomar*</i>	

IDENTIFICAÇÃO	POR QUANTO TEMPO ?		POR QUÊ?
<input type="checkbox"/> REMÉDIO 1	_ _	<input type="checkbox"/> dia <input type="checkbox"/> sem <input type="checkbox"/> mês	
<input type="checkbox"/> REMÉDIO 2	_ _	<input type="checkbox"/> dia <input type="checkbox"/> sem <input type="checkbox"/> mês	
<input type="checkbox"/> REMÉDIO 3	_ _	<input type="checkbox"/> dia <input type="checkbox"/> sem <input type="checkbox"/> mês	

	Doença 2:	
64	O(a) Sr(a) está tomando algum remédio para esta doença?	1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não => Passe para 68
65	Qual(is)?	<i>*Listar abaixo os remédios*</i>

NOME 99 = Não sabe/Não lembra	CONCENTRAÇÃO <i>*Anotar apenas os números*</i>	UNIDADES POR VEZ	VEZES POR DIA	QUANTAS VEZES ESQUECEU DE TOMAR NA ÚLTIMA SEMANA?	COMO ESTE REMÉDIO FUNCIONA? 1 – Bem 2 – Mais ou menos 3 – Não muito bem
REMÉDIO 1	_ _ _ _	_ _	_ _	_ _ _	_
REMÉDIO 2	_ _ _ _	_ _	_ _	_ _ _	_
REMÉDIO 3	_ _ _ _	_ _	_ _	_ _ _	_

66	Nos últimos 30 dias, o(a) Sr(a) ficou sem algum desses remédios por algum tempo?	1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não => Passe para 68 9 <input type="checkbox"/> NS/NR => Passe para 68
67	Qual(is)? <i>*Preencha os campos correspondentes aos remédios que o entrevistado relatou que deixou de tomar*</i>	

IDENTIFICAÇÃO	POR QUANTO TEMPO ?		POR QUÊ?
<input type="checkbox"/> REMÉDIO 1	_ _	<input type="checkbox"/> dia <input type="checkbox"/> sem <input type="checkbox"/> mês	
<input type="checkbox"/> REMÉDIO 2	_ _	<input type="checkbox"/> dia <input type="checkbox"/> sem <input type="checkbox"/> mês	
<input type="checkbox"/> REMÉDIO 3	_ _	<input type="checkbox"/> dia <input type="checkbox"/> sem <input type="checkbox"/> mês	

	Doença 3:	
68	O(a) Sr(a) está tomando algum remédio para esta doença?	1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não => Passe para 72
69	Qual(is)?	<i>*Listar abaixo os remédios*</i>

NOME 99 = Não sabe/Não lembra	CONCENTRAÇÃO <i>*Anotar apenas os números*</i>	UNIDADES POR VEZ	VEZES POR DIA	QUANTAS VEZES ESQUECEU DE TOMAR NA ÚLTIMA SEMANA?	COMO ESTE REMÉDIO FUNCIONA? 1 – Bem 2 – Mais ou menos 3 – Não muito bem
REMÉDIO 1	_ _ _ _	_ _	_ _	_ _ _	_
REMÉDIO 2	_ _ _ _	_ _	_ _	_ _ _	_
REMÉDIO 3	_ _ _ _	_ _	_ _	_ _ _	_

70	Nos últimos 30 dias, o(a) Sr(a) ficou sem algum desses remédios por algum tempo?	1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não => Passe para 72 9 <input type="checkbox"/> NS/NR => Passe para 72
71	Qual(is)? <i>*Preencha os campos correspondentes aos remédios que o entrevistado relatou que deixou de tomar*</i>	

IDENTIFICAÇÃO	POR QUANTO TEMPO ?		POR QUÊ?
<input type="checkbox"/> REMÉDIO 1	_ _	<input type="checkbox"/> dia <input type="checkbox"/> sem <input type="checkbox"/> mês	
<input type="checkbox"/> REMÉDIO 2	_ _	<input type="checkbox"/> dia <input type="checkbox"/> sem <input type="checkbox"/> mês	
<input type="checkbox"/> REMÉDIO 3	_ _	<input type="checkbox"/> dia <input type="checkbox"/> sem <input type="checkbox"/> mês	

72	Algum dos remédios, que o(a) Sr(a) usa para o tratamento das doenças citadas, causa problema(s) de saúde para o(a) Sr(a)?	1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não => Passe para 75 9 <input type="checkbox"/> NS/NR => Passe para 75
73	Qual(is) remédio(s)? <i>*Anotar todos os remédios relatados pelo entrevistado*</i>	
74	Qual(is) problema(s)? <i>*Anotar todos os problemas relatados pelo entrevistado*</i>	

ATENDIMENTOS EM EMERGÊNCIA E INTERNAÇÕES

75	Nos últimos 12 meses, o(a) Sr(a) precisou ser atendido(a) em alguma emergência?	1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não => Passe para questão 78 9 <input type="checkbox"/> NS/NR => Passe para questão 78
76	Quantas vezes?	1 <input type="checkbox"/> Uma única vez 2 <input type="checkbox"/> Duas vezes 3 <input type="checkbox"/> Três vezes 4 <input type="checkbox"/> Quatro ou mais vezes 9 <input type="checkbox"/> NS/NR
77	Qual foi o motivo deste(s) atendimento(s)? <i>*Anotar todos os motivos relatados pelo entrevistado*</i>	
78	Nos últimos 12 meses, o(a) Sr(a) precisou ser internado(a) em hospital?	1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não => Passe para 3.0 9 <input type="checkbox"/> NS/NR => Passe para 3.0
79	Quantas vezes?	1 <input type="checkbox"/> Uma única vez 2 <input type="checkbox"/> Duas vezes 3 <input type="checkbox"/> Três vezes 4 <input type="checkbox"/> Quatro ou mais vezes 9 <input type="checkbox"/> NS/NR
80	Qual foi o motivo desta(s) internação(ões)? <i>*Anotar todos os motivos relatados pelo entrevistado*</i>	

SE ENTREVISTADO NÃO RELATOU NENHUMA DOENÇA CRÔNICA, PASSE PARA 81

III-SERVIÇO DE SAÚDE E FARMÁCIA

Agora vamos falar sobre o local onde o(a) Sr(a) trata estas doenças e busca seus medicamentos.

81	O(a) Sr(a) utiliza o SUS: <i>*Ler as alternativas*</i>	1 <input type="checkbox"/> Sempre 2 <input type="checkbox"/> Quase sempre 3 <input type="checkbox"/> As vezes 4 <input type="checkbox"/> Raramente 5 <input type="checkbox"/> Nunca => Passe para 83
82	O(a) Sr(a) procura atendimento NESTA Unidade de Saúde: <i>*Ler as alternativas*</i>	1 <input type="checkbox"/> Sempre 2 <input type="checkbox"/> Quase sempre 3 <input type="checkbox"/> As vezes 4 <input type="checkbox"/> Raramente 5 <input type="checkbox"/> Primeira vez na Unidade de Saúde 6 <input type="checkbox"/> Nunca
83	O(a) Sr(a) é cadastrado nesta Unidade de Saúde?	1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não 9 <input type="checkbox"/> NS/NR
84	Chegar aqui é: <i>*Ler as alternativas*</i>	1 <input type="checkbox"/> Muito difícil 2 <input type="checkbox"/> Um pouco difícil 3 <input type="checkbox"/> Não é difícil 9 <input type="checkbox"/> NS/NR
85	Como o(a) Sr(a) chega até aqui? <i>*Considere o menor pulo*</i>	- <input type="checkbox"/> Caminha => Passe para 87 - <input type="checkbox"/> Ônibus/transporte coletivo => Passe para 87 - <input type="checkbox"/> Carro , moto ou barco => Passe para 87 - <input type="checkbox"/> Outro - <input type="checkbox"/> NS/NR => Passe para 87
86	Se outro, qual:	
87	Este lugar é longe da sua casa?	1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Mais ou menos 3 <input type="checkbox"/> Não 9 <input type="checkbox"/> NS/NR
88	Quanto tempo o(a) Sr(a) costuma ficar esperando para consultar neste lugar?	1 <input type="checkbox"/> Não espera 2 <input type="checkbox"/> Um pouco 3 <input type="checkbox"/> Muito tempo 4 <input type="checkbox"/> __ Horas : __ __ Minutos 5 <input type="checkbox"/> Primeira vez na UBS 9 <input type="checkbox"/> NS/NR
89	O horário de funcionamento é: <i>*Ler as alternativas*</i>	1 <input type="checkbox"/> Muito Bom 2 <input type="checkbox"/> Bom 3 <input type="checkbox"/> Regular 4 <input type="checkbox"/> Ruim 5 <input type="checkbox"/> Muito ruim
90	Por que o(a) Sr(a) veio até a Unidade de Saúde hoje?	
91	Nos últimos 3 meses, o(a) Sr(a) procurou por algum medicamento nesta UBS?	1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não => Passe para 94 3 <input type="checkbox"/> Primeira vez na UBS => Passe para 3.19 9 <input type="checkbox"/> NS/NR => Passe para 94
92	O(a) Sr(a) conseguiu os remédios que procurava na farmácia da UBS?	1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não => Passe para 95 9 <input type="checkbox"/> NS/NR => Passe para 95
93	Quanto tempo o(a) Sr(a) ficou esperando para retirar este medicamento?	1 <input type="checkbox"/> Não espera 2 <input type="checkbox"/> Um pouco 3 <input type="checkbox"/> Muito tempo 4 <input type="checkbox"/> __ Horas : __ __ Minutos 5 <input type="checkbox"/> Primeira vez na UBS 9 <input type="checkbox"/> NS/NR

94	Alguma vez o(a) Sr(a) precisou de algum remédio, procurou na Unidade de Saúde, e não conseguiu?	1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não => Passe para 100 9 <input type="checkbox"/> NS/NR => Passe para 100
95	Quando o(a) Sr(a) não conseguiu o remédio, qual foi a orientação que o(a) Sr(a) recebeu?	1 <input type="checkbox"/> Avisaram que não tinha o remédio; pediram que o(a) Sr(a) aguardasse e, de pois de algum tempo, o(a) Sr(a) conseguiu o remédio => Passe para 100 2 <input type="checkbox"/> Avisaram que não tinha o remédio; pediram que o(a) Sr(a) aguardasse, mas o remédio não chegou 3 <input type="checkbox"/> Encaminharam o(a) Sr(a) para outra UBS => Passe para 100 4 <input type="checkbox"/> Orientaram o(a) Sr(a) a comprar o remédio 5 <input type="checkbox"/> Orientaram o(a) Sr(a) a procurar a <i>Farmácia Popular</i> 6 <input type="checkbox"/> Não recebeu orientação
96	Quando o(a) Sr(a) não conseguiu o(s) remédio(s) na Unidade de Saúde, onde adquiriu?	1 <input type="checkbox"/> Em outra UBS => Passe para 100 2 <input type="checkbox"/> Em outro setor do SUS => Passe para 100 3 <input type="checkbox"/> Na <i>Farmácia Popular</i> => Passe para 100 4 <input type="checkbox"/> Pelo plano de saúde => Passe para 100 5 <input type="checkbox"/> Pelo convênio da empresa => Passe para 100 6 <input type="checkbox"/> Em instituição de caridade, ONG... => Passe para 100 7 <input type="checkbox"/> Com amigos, parentes, vizinhos => Passe para 100 8 <input type="checkbox"/> Compra em drogaria comercial => Passe para 100 9 <input type="checkbox"/> Fica sem o medicamento => Passe para 98 10 <input type="checkbox"/> Outro(s)
97	Se outro(s), qual(is):	=> Passe para 100
98	Por que ficou sem o medicamento?	1 <input type="checkbox"/> Não teve dinheiro para comprar 2 <input type="checkbox"/> Achou que não precisava desde medicamento 3 <input type="checkbox"/> Outro 9 <input type="checkbox"/> NS/NR
99	Se outro, qual:	
100	Este local entrega plantas e/ou chás?	1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não => Passe para 103 9 <input type="checkbox"/> NS/NR => Passe para 103
101	O(a) Sr(a) já retirou alguma planta e/ou chá?	1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não => Passe para 103 9 <input type="checkbox"/> NS/NR => Passe para 103
102	Qual(is)?	
103	O(a) Sr(a) acha que esta Unidade de Saúde atende às suas necessidades de remédios: <i>*Ler as alternativas*</i>	1 <input type="checkbox"/> Sempre 2 <input type="checkbox"/> Quase sempre 3 <input type="checkbox"/> Às vezes 4 <input type="checkbox"/> Raramente 5 <input type="checkbox"/> Nunca
104	O(a) Sr(a) recebeu alguma informação sobre como usar o(s) remédio(s) que recebe aqui na farmácia da Unidade de Saúde?	1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Às vezes recebe 3 <input type="checkbox"/> Não => Passe para 106 4 <input type="checkbox"/> Já sabe usar => Passe para 106 9 <input type="checkbox"/> NS/NR => Passe para 106
105	O(a) Sr(a) acha que estas informações são suficientes para utilizar o(s) remédio(s)?	1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não 9 <input type="checkbox"/> NS/NR

106	O atendimento para retirar os remédios nesse lugar é: <i>*Ler as alternativas*</i>	1 <input type="checkbox"/> Muito Bom 2 <input type="checkbox"/> Bom 3 <input type="checkbox"/> Regular 4 <input type="checkbox"/> Ruim 5 <input type="checkbox"/> Muito ruim
107	Na sua opinião, o que poderia melhorar no atendimento da farmácia desta unidade?	1. - <input type="checkbox"/> Sala de espera => Passe para 109 2. - <input type="checkbox"/> Horário => Passe para 109 3. - <input type="checkbox"/> Espaço => Passe para 109 4. - <input type="checkbox"/> Disponibilidade dos medicamentos=> Passe para 109 5. - <input type="checkbox"/> Atendimento => Passe para 109 6. - <input type="checkbox"/> Tempo de espera para o atendimento => Passe para 109 7. - <input type="checkbox"/> Outro(s)
108	Se outro(s), qual(is):	
109	O(a) Sr(a) participa de atividades de saúde como grupos, caminhadas, palestras ou outras atividades nesta Unidade de Saúde?	1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> As vezes 3 <input type="checkbox"/> Não 4 <input type="checkbox"/> Primeira vez na UBS 9 <input type="checkbox"/> NS/NR
110	O(a) Sr(a) conhece a Farmácia Popular?	1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não => Passe para 114
111	O(a) Sr(a) usa a Farmácia Popular?	1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não => Passe para 114
112	Qual o principal motivo que faz o(a) Sr(a) usar a Farmácia Popular? <i>*Ler as alternativas. Em caso de resposta múltipla por parte do respondente, perguntar qual o mais importante.*</i>	- <input type="checkbox"/> O preço => Passe para 114 - <input type="checkbox"/> A localização => Passe para 114 - <input type="checkbox"/> O atendimento => Passe para 114 - <input type="checkbox"/> Porque tem os remédios que faltam no SUS => Passe para 114 - <input type="checkbox"/> Porque é mais perto do que o posto do SUS => Passe para 114 - <input type="checkbox"/> Outros - <input type="checkbox"/> NS/NR => Passe para 114
113	Se outro(s), qual(is):	

IV-COMPORTAMENTOS NO USO DE REMÉDIOS

Agora vou fazer mais algumas perguntas sobre remédios. Para responder a estas perguntas,

114	O(a) Sr(a) toma um remédio sem receita quando...	
115	Já tem o remédio em casa?	1[] Sim 2[] Não 8[] Entrevistado declarou espontaneamente que não toma remédio sem receita => Passar para a 121 9[] NS/NR
116	Quando conhece alguém que já tomou?	1[] Sim 2[] Não 8[] Entrevistado declarou espontaneamente que não toma remédio sem receita => Passar para a 121 9[] NS/NR
117	Quando já tomou este remédio antes?	1[] Sim 2[] Não 8[] Entrevistado declarou espontaneamente que não toma remédio sem receita => Passar para a 121 9[] NS/NR
118	Quando leu a bula ou outra informação?	1[] Sim 2[] Não 8[] Entrevistado declarou espontaneamente que não toma remédio sem receita => Passar para a 121 9[] NS/NR
119	Quando consegue o remédio fácil?	1[] Sim 2[] Não 8[] Entrevistado declarou espontaneamente que não toma remédio sem receita => Passar para a 121 9[] NS/NR
120	Quando recebe indicação na farmácia?	1[] Sim 2[] Não 8[] Entrevistado declarou espontaneamente que não toma remédio sem receita => Passar para a 121 9[] NS/NR
	Caso o entrevistado cite algum outro motivo que o faça tomar remédio sem receita, anote aqui	

gostaria que o(a) Sr(a) considerasse todas as vezes em que fez o uso de remédios, de uma maneira geral.

121	O(a) Sr(a) deixa de tomar algum remédio receitado pelo médico quando...	
122	Acha que o remédio é muito forte ou muito fraco?	1[] Sim 2[] Não 8[] Entrevistado declarou espontaneamente que não deixa de tomar remédio receitado pelo médico OU que neste caso procura o médico ou outro serviço de saúde => Passe para a 128 9[] NS/NR
123	Quando acha que o remédio não é o certo ou não funciona?	1[] Sim 2[] Não 8[] Entrevistado declarou espontaneamente que não deixa de tomar remédio receitado pelo médico OU que neste caso procura o médico ou outro serviço de saúde => Passe para a 128 9[] NS/NR
124	Quando acha que não precisa do remédio?	1[] Sim 2[] Não 8[] Entrevistado declarou espontaneamente que não deixa de tomar remédio receitado pelo médico OU que neste caso procura o médico ou outro serviço de saúde => Passe para a 128 9[] NS/NR
125	Quando acha que já está curado?	1[] Sim 2[] Não 8[] Entrevistado declarou espontaneamente que não deixa de tomar remédio receitado pelo médico OU que neste caso procura o médico ou outro serviço de saúde => Passe para a 128 9[] NS/NR
126	Quando já usou o remédio e passou mal?	1[] Sim 2[] Não 8[] Entrevistado declarou espontaneamente que não deixa de tomar remédio receitado pelo médico OU que neste caso procura o médico ou outro serviço de saúde => Passe para a 128 9[] NS/NR
127	Quando lê alguma coisa que acha ruim na bula?	1[] Sim 2[] Não 8[] Entrevistado declarou espontaneamente que não deixa de tomar remédio receitado pelo médico OU que neste caso procura o médico ou outro serviço de saúde => Passe para a 128 9[] NS/NR
	Caso o entrevistado cite algum outro motivo que o faça deixar de tomar algum remédio receitado pelo médico, anote aqui	

V-ESTILO DE VIDA

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

128	Com que frequência o(a) Sr(a) costuma consumir bebida alcoólica?	1 <input type="checkbox"/> Não bebo nunca => Passar para 135 2 <input type="checkbox"/> Menos de uma vez por mês => Passar para 130 3 <input type="checkbox"/> Uma vez ou mais por mês
129	Quantos dias por semana o(a) Sr(a) costuma tomar alguma bebida alcoólica?	__ dias por semana *Preencher de 1 a 7 dias e 0 para menos do que um dia por semana.*
130	Em geral, no dia que o(a) Sr(a) bebe, quantas doses de bebida alcoólica o(a) Sr(a) consome? (1 dose de bebida alcoólica equivale a 1 lata de cerveja, 1 taça de vinho ou 1 dose de cachaça, whisky ou qualquer outra bebida alcoólica destilada)	__ __ doses por dia 99 = NS/NR
	Para homens	
131	Nos últimos 30 dias, o Sr chegou a consumir 5 ou mais doses de bebida alcoólica em uma única ocasião?	1 <input type="checkbox"/> Sim => Passar para 133 2 <input type="checkbox"/> Não => Passar para 134
	Para mulheres	
132	Nos últimos 30 dias, a Sra chegou a consumir 4 ou mais doses de bebida alcoólica em uma única ocasião?	1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não => Passar para 134
133	Em quantos dias do mês isto ocorreu?	__ __ dias
134	O(a) Sr(a) já recebeu recomendação de algum médico para beber menos?	1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não 9 <input type="checkbox"/> NS/NR

	Prática de atividade física:	
135	Nos últimos três meses, o(a) Sr(a) praticou algum tipo de exercício físico ou esporte? *não considere fisioterapia*	1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não => Passar para 143
136	Quantos dias por semana o(a) Sr(a) costuma praticar exercício físico ou esporte?	__ dias (0 se menos do que um dia) Se 0 => Passar para 143
137	Qual é o exercício físico ou esporte que o(a) Sr(a) pratica com mais frequência? *Anotar apenas o primeiro citado*	1 <input type="checkbox"/> Caminhada (não vale para o trabalho) => Passar para 139 2 <input type="checkbox"/> Caminhada em esteira => Passar para 139 3 <input type="checkbox"/> Corrida => Passar para 139 4 <input type="checkbox"/> Corrida em esteira => Passar para 139 5 <input type="checkbox"/> Musculação => Passar para 139 6 <input type="checkbox"/> Ginástica aeróbica => Passar para 139 7 <input type="checkbox"/> Hidroginástica => Passar para 139 8 <input type="checkbox"/> Ginástica em geral => Passar para 139 9 <input type="checkbox"/> Natação => Passar para 139 10 <input type="checkbox"/> Artes marciais e luta => Passar para 139 11 <input type="checkbox"/> Bicicleta => Passar para 139 12 <input type="checkbox"/> Futebol => Passar para 139 13 <input type="checkbox"/> Basquetebol => Passar para 139 14 <input type="checkbox"/> Voleibol => Passar para 139 15 <input type="checkbox"/> Tênis => Passar para 139 16 <input type="checkbox"/> Dança => Passar para 139 17 <input type="checkbox"/> Outro
138	Se outro, qual:	

139	O(a) Sr(a) caminha ou utiliza bicicleta por pelo menos 10 minutos seguidos para ir de um lugar para outro?	1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não => Passe para 142
140	Em uma semana normal, em quantos dias o(a) Sr(a) caminha ou anda de bicicleta por pelo menos 10 minutos seguidos para ir de um lugar a outro?	__ __ dias
141	Quanto tempo o(a) Sr(a) passa caminhando ou andando de bicicleta para ir de um lugar a outro em um dia normal?	__ __ : __ __ horas
142	Em geral, no dia que o(a) Sr(a) faz caminhada, pratica exercício ou esporte, quanto tempo dura esta atividade?	__ horas __ __ minutos

	Fumo:	
143	O(a) Sr(a) fuma?	1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não => Passe para 147
144	O(a) Sr(a) fuma todos os dias?	1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não => Passe para 146
145	Quantos cigarros o(a) Sr(a) fuma por dia?	__ __ cigarros por dia 99 = NS/NR
146	Que idade o(a) Sr(a) tinha quando começou a fumar regularmente? <i>*Caso o entrevistado relate uma idade aproximada, anote a idade aproximada declarada por ele*</i>	__ __ anos => Passe para 150 99 = NS/NR => Passe para 150
147	O(a) Sr(a) já fumou regularmente?	1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não => Passe para 151
148	Que idade o(a) Sr(a) tinha quando começou a fumar regularmente? <i>*Caso o entrevistado relate uma idade aproximada, anote a idade aproximada declarada por ele*</i>	__ __ 99 = NS/NR
149	Que idade o(a) Sr(a) tinha quando parou de fumar? <i>*Caso o entrevistado relate uma idade aproximada, anote a idade aproximada declarada por ele*</i>	__ __ => Passe para 151 99 = NS/NR
150	Algum médico já lhe recomendou parar de fumar?	1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não 9 <input type="checkbox"/> NS/NR

	Dieta	
151	O(a) Sr(a) está fazendo alguma dieta para perder peso?	1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não
152	O(a) Sr(a) faz alguma dieta para reduzir o consumo de sal?	1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não
153	O(a) Sr(a) faz alguma dieta para reduzir o consumo de gordura?	1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não
154	O(a) Sr(a) faz alguma dieta para reduzir o açúcar?	1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não
155	O(a) Sr(a) faz uso de algum adoçante na sua dieta?	1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não
	Se sim para alguma das 5 perguntas acima:	
156	Qual o principal motivo que levou o(a) Sr(a) a fazer esta dieta?	1 <input type="checkbox"/> Por aconselhamento médico ou de nutricionista => Passe para 158 2 <input type="checkbox"/> Por decisão própria => Passe para 6.0 3 <input type="checkbox"/> Outro
157	Se outro, qual:	=> Passe para 6.0

158	Para qual problema de saúde recebeu esta recomendação?	<ul style="list-style-type: none"> - <input type="checkbox"/> Hipertensão => Passe para 160 - <input type="checkbox"/> Diabetes => Passe para 160 - <input type="checkbox"/> Doença do coração => Passe para 160 - <input type="checkbox"/> Colesterol alto => Passe para 160 - <input type="checkbox"/> AVC (acidente vascular cerebral) => Passe para 160 - <input type="checkbox"/> Doença pulmonar crônica => Passe para 160 - <input type="checkbox"/> Artrite ou reumatismo => Passe para 160 - <input type="checkbox"/> Depressão => Passe para 160 - <input type="checkbox"/> Outro
159	Se outro, qual:	=> Passe para 160

VI-PLANO DE SAÚDE

Agora vou fazer algumas perguntas referentes a planos de saúde.

160	O(a) Sr(a) tem plano de saúde ou convênio médico?	1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não => Passe para 7.0 3 <input type="checkbox"/> Não sabe => Passe para 7.0
161	Qual o nome do(s) plano(s) de saúde ou convênio(s)?	
162	O(a) Sr(a) é o titular deste plano?	1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não
	O(s) plano(s) ou convênio(s) cobre(m):	
163	Consulta médica? <i>*COPAGAMENTO: O entrevistado paga apenas uma parte da consulta*</i>	1 <input type="checkbox"/> Não 2 <input type="checkbox"/> Tenho desconto no preço 3 <input type="checkbox"/> O plano cobre, mas tem copagamento 4 <input type="checkbox"/> O plano cobre integral 5 <input type="checkbox"/> Eu pago e o plano reembolsa 9 <input type="checkbox"/> NS/NR
164	Internação? <i>*COPAGAMENTO: O entrevistado paga apenas uma parte da internação*</i>	1 <input type="checkbox"/> Não 2 <input type="checkbox"/> Tenho desconto no preço 3 <input type="checkbox"/> O plano cobre, mas tem copagamento 4 <input type="checkbox"/> O plano cobre integral 5 <input type="checkbox"/> Eu pago e o plano reembolsa 9 <input type="checkbox"/> NS/NR
165	Exames? <i>*COPAGAMENTO: O entrevistado paga apenas uma parte do exame*</i>	1 <input type="checkbox"/> Não 2 <input type="checkbox"/> Tenho desconto no preço 3 <input type="checkbox"/> O plano cobre, mas tem copagamento 4 <input type="checkbox"/> O plano cobre integral 5 <input type="checkbox"/> Eu pago e o plano reembolsa 9 <input type="checkbox"/> NS/NR
166	Medicamentos (fora da internação)? <i>*COPAGAMENTO: O entrevistado paga apenas uma parte do medicamento*</i>	1 <input type="checkbox"/> Não => Passe para 168 2 <input type="checkbox"/> Alguns medicamentos 3 <input type="checkbox"/> Tenho desconto no preço => Passe para 168 4 <input type="checkbox"/> O plano cobre, mas tem copagamento => Passe para 168 5 <input type="checkbox"/> O plano cobre integral => Passe para 168 6 <input type="checkbox"/> Eu pago e o plano reembolsa => Passe para 168 9 <input type="checkbox"/> NS/NR => Passe para 168
167	Para quais doenças são os medicamentos que o(s) plano(s) ou convênio(s) cobre(m)?	=> Passe para 168

VII-INFORMAÇÕES SOBRE O DOMICÍLIO

Agora, preciso de algumas informações sobre seu domicílio.

BENS DOMÉSTICOS					
	Vou lhe apresentar um conjunto de itens e gostaria de saber quais existem em seu domicílio. Para cada item que o(a) Sr(a) responder sim, vou lhe perguntar a quantidade.				
168	Neste domicílio o(a) Sr(a) tem:				
		Quantidade	0	1	2
			3	4+	
169	Televisão em cores				
170	Rádio (não considerar rádio de automóvel)				
171	Banheiro (não considerar se servirem a mais de uma habitação, nem lavabos)				
172	Automóvel (de uso particular)				
173	Empregada mensalista (trabalhar pelo menos 5 dias por semana)				
174	Máquina de lavar roupa (não considerar o tanquinho)				
175	Videocassete / DVD				
176	Geladeira				
177	Freezer (aparelho independente ou parte da geladeira duplex)				
178	Microcomputador				
179	Micoondas				
180	Motocicleta				
181	Secadora de roupa				

182	Quantas pessoas moram neste domicílio?	__ __ pessoas 99 = NS/NR
183	Quantos cômodos existem neste domicílio? (incluindo banheiro, área de serviço e demais divisões)	__ __ 99=NS/NR
184	Quantos cômodos servem como dormitório (quartos)?	__ __ 99=NS/NR
	Este domicílio :	
185	É alugado?	1 <input type="checkbox"/> Sim => Passe para 188 2 <input type="checkbox"/> Não 9 <input type="checkbox"/> NS/NR => Passe para 188
186	É próprio	1 <input type="checkbox"/> Sim=> Passe para 188 2 <input type="checkbox"/> Não 9 <input type="checkbox"/> NS/NR => Passe para 188
187	É emprestado?	1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não 9 <input type="checkbox"/> NS/NR
188	Qual é a letra correspondente a renda mensal total dos moradores do seu domicílio? <i>*entregar tabela de renda ao entrevistado*</i>	1 <input type="checkbox"/> A 2 <input type="checkbox"/> B 3 <input type="checkbox"/> C 4 <input type="checkbox"/> D 5 <input type="checkbox"/> E 6 <input type="checkbox"/> F 7 <input type="checkbox"/> G 8 <input type="checkbox"/> H 9 <input type="checkbox"/> I 10 <input type="checkbox"/> J 11 <input type="checkbox"/> L 12 <input type="checkbox"/> M 13 <input type="checkbox"/> N 99 <input type="checkbox"/> NS/NR
189	O domicílio possui água encanada?	1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não 9 <input type="checkbox"/> NS/NR

190	A rua é pavimentada?	1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não 9 <input type="checkbox"/> NS/NR
191	Quantas pessoas dependem desta renda?	__ __
192	Recebe auxílio do governo como:	
193	Bolsa família?	1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não 9 <input type="checkbox"/> NS/NR
194	Seguro desemprego?	1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não 9 <input type="checkbox"/> NS/NR
195	Outro auxílio?	1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não => Passe para 197 9 <input type="checkbox"/> NS/NR => Passe para 197
196	Se outro, qual:	

Agora, gostaria de saber se...

197	No último ano, a sua família deixou de comprar algo importante para o dia a dia, precisou fazer algum empréstimo, ou vendeu algo para pagar gastos com algum problema de saúde?	1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não => Encerre o bloco 9 <input type="checkbox"/> NS/NR => Encerre o bloco
198	Que tipo de problema ocasionou este gasto?	1 <input type="checkbox"/> Remédios => Passe para 199 2 <input type="checkbox"/> Consulta médica => Passe para 199 3 <input type="checkbox"/> Exame de laboratório ou imagem => Passe para 199 4 <input type="checkbox"/> Internação clínica => Passe para 199 5 <input type="checkbox"/> Cirurgia => Passe para 199 6 <input type="checkbox"/> Outro 9 <input type="checkbox"/> NS/NR=> Passe para 199
	Se outro, qual:	
199	Como foi que a família lidou com esse gasto?	1 <input type="checkbox"/> Deixou de comprar alimento => Encerre o bloco 2 <input type="checkbox"/> Deixou de pagar contas=> Encerre o bloco 3 <input type="checkbox"/> Fez empréstimo de amigo ou familiar => Encerre o bloco 4 <input type="checkbox"/> Fez empréstimo de banco ou financeira => Encerre o bloco 5 <input type="checkbox"/> Vendeu algum bem => Encerre o bloco 6 <input type="checkbox"/> Outro 9 <input type="checkbox"/> NS/NR => Encerre o bloco
200	Se outro, qual:	

Para concluir, gostaria de fazer uma última pergunta:

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

TABELA DE RENDA MENSAL:

A	Abaixo de R\$ 150
B	De R\$ 150 a R\$ 300
C	De R\$ 300 a R\$ 650
D	De R\$ 650 a R\$ 1.000
E	De R\$ 1.000 a R\$ 1.450
F	De R\$ 1.450 a R\$ 1.900
G	De R\$ 1.900 a R\$ 3.000
H	De R\$ 3.000 a R\$ 4.600
I	De R\$ 4.600 a R\$ 6.000
J	De R\$ 6.000 a R\$ 8.000
K	De R\$ 8.000 a R\$ 10.500
L	De R\$ 10.500 a R\$ 13.000
M	Acima de R\$ 13.000
N	Não respondeu

09	Qual o seu vínculo com o município/DF	1 () Servidor público concursado 2 () Cargo comissionado 3 () Servidor cedido de outra instituição 4 () Outros. Especificar _____
10	O(A) Sr(a) tem outros vínculos de trabalho neste município/DF?	1. <input type="checkbox"/> Sim. Especificar _____ 2. <input type="checkbox"/> Não.

IV- ESTRUTURA E ORGANIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA NO MUNICÍPIO/DF
(Agora vou fazer algumas perguntas sobre a organização da assistência farmacêutica no seu município/DF).

11	A coordenação da AF faz parte do organograma da Secretaria Municipal/DF de Saúde?	1. <input type="checkbox"/> Sim. 2. <input type="checkbox"/> Não. 99. <input type="checkbox"/> Não sei																																																		
12	A AF consta do Plano Municipal/DF de Saúde?	1. <input type="checkbox"/> Sim. 2. <input type="checkbox"/> Não. 99. <input type="checkbox"/> Não sei																																																		
13	A coordenação da AF do município/DF tem autonomia de gestão dos recursos financeiros definidos para a AF?	1. <input type="checkbox"/> Sim 1A. <input type="checkbox"/> totalmente. 1B. <input type="checkbox"/> parcialmente. 2. <input type="checkbox"/> Não. 99. <input type="checkbox"/> Não sei																																																		
14	Existe um sistema informatizado para a gestão da Assistência Farmacêutica?	1. <input type="checkbox"/> Sim. Especificar _____ 2. <input type="checkbox"/> Não => Passar para 17 99. <input type="checkbox"/> Não sei => Passar para 17																																																		
15	Quais destes itens estão incluídos no sistema informatizado? <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: 10px auto;">Assinalar uma opção para cada item</div>	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th></th> <th></th> <th>Sim</th> <th>Não</th> <th>Não sei</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>15A</td> <td>Aquisição</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>15B</td> <td>Controle /execução financeira</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>15C</td> <td>Recebimento/aceite nota</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>15D</td> <td>Armazenamento, controle de estoque e informações sobre os produtos (lote, fornecedor, validade, etc.)</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>15E</td> <td>Distribuição</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>15F</td> <td>Entrega dos medicamentos ao usuário/dispensação</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>15G</td> <td>Informações técnicas sobre os medicamentos (dose, posologia, reações adversas, etc.);</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>15H</td> <td>Prontuário do paciente;</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>15I</td> <td>Outros</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>			Sim	Não	Não sei	15A	Aquisição				15B	Controle /execução financeira				15C	Recebimento/aceite nota				15D	Armazenamento, controle de estoque e informações sobre os produtos (lote, fornecedor, validade, etc.)				15E	Distribuição				15F	Entrega dos medicamentos ao usuário/dispensação				15G	Informações técnicas sobre os medicamentos (dose, posologia, reações adversas, etc.);				15H	Prontuário do paciente;				15I	Outros			
		Sim	Não	Não sei																																																
15A	Aquisição																																																			
15B	Controle /execução financeira																																																			
15C	Recebimento/aceite nota																																																			
15D	Armazenamento, controle de estoque e informações sobre os produtos (lote, fornecedor, validade, etc.)																																																			
15E	Distribuição																																																			
15F	Entrega dos medicamentos ao usuário/dispensação																																																			
15G	Informações técnicas sobre os medicamentos (dose, posologia, reações adversas, etc.);																																																			
15H	Prontuário do paciente;																																																			
15I	Outros																																																			
16	Este sistema informatizado está ligado em rede com as unidades de saúde do município/DF?	1. <input type="checkbox"/> Sim. 2. <input type="checkbox"/> Não. 99. <input type="checkbox"/> Não sei																																																		

17	Existem Procedimentos Operacionais Padrão (POP) para:			Sim	Não	Não sei	
		17A	Seleção dos medicamentos				
		17B	Programação				
		17C	Aquisição				
		17D	Recebimento				
		17E	Armazenamento				
		17F	Armazenamento de medicamentos de controle especial				
		17G	Armazenamento de produtos sensíveis à temperatura				
		17H	Distribuição				
		17I	Entrega dos medicamentos ao usuário/dispensação				
		17J	Descarte - sobras				
		17L	Devolução de medicamentos				
		17M	Doações de medicamentos				
		17N	Acompanhamento do uso de medicamentos pelos usuários				
170	Não temos nenhum POP						

V- FINANCIAMENTO

Agora vou fazer algumas perguntas sobre questões relacionadas ao financiamento da assistência farmacêutica no seu município/DF

18	O município/DF recebeu recursos (do Estado ou União) destinados à estruturação da AF no último ano (reformas, construção, compra de equipamentos, etc)?	1. <input type="checkbox"/> Sim. 2. <input type="checkbox"/> Não. 99. <input type="checkbox"/> Não sei
19	O município/DF realizou gasto com a estruturação da Assistência Farmacêutica no último ano?	1. <input type="checkbox"/> Sim. Especificar R\$ _____ 2. <input type="checkbox"/> Não. 99. <input type="checkbox"/> Não sei
20	O(A) Sr(a) sabe informar qual foi o gasto total do município/DF com a Assistência Farmacêutica no último ano?	1. <input type="checkbox"/> Sim. Especificar R\$ _____ 2. <input type="checkbox"/> Não 99. <input type="checkbox"/> Não sei
21	O município/DF aplicou, no último ano, o valor total de contrapartida do Componente Básico da Assistência Farmacêutica pactuado?	1. <input type="checkbox"/> Sim. 2. <input type="checkbox"/> Não. 99. <input type="checkbox"/> Não sei
22	O estado aplicou, no último ano, o valor na contrapartida do Componente Básico da Assistência Farmacêutica pactuado?	1. <input type="checkbox"/> Sim. 2. <input type="checkbox"/> Não. 99. <input type="checkbox"/> Não sei
23	Os recursos do Componente Básico da Assistência Farmacêutica são suficientes para atender à demanda do município/DF?	1. <input type="checkbox"/> Sim. 2. <input type="checkbox"/> Não. 99. <input type="checkbox"/> Não sei

VI. PROCESSOS DE SELEÇÃO DE MEDICAMENTOS NO MUNICÍPIO\DF

24	Existe Comissão de Farmácia e Terapêutica (CFT) formalmente constituída na Secretaria Municipal de Saúde?	1. <input type="checkbox"/> Sim 2. <input type="checkbox"/> Em fase de implantação. 3. <input type="checkbox"/> Não => Passe para 27 99. <input type="checkbox"/> Não sei => Passe para 27
----	---	---

25	A CFT foi formalizada em portaria ou documento similar?	1. <input type="checkbox"/> Sim. Especificar _____ 2. <input type="checkbox"/> Não. 99. <input type="checkbox"/> Não sei
26	Com qual periodicidade a Comissão de Farmácia e Terapêutica (CFT) se reúne?	1. <input type="checkbox"/> Semanal 2. <input type="checkbox"/> Mensal 3. <input type="checkbox"/> Bimestral 4. <input type="checkbox"/> Semestral 5. <input type="checkbox"/> Anual 6. <input type="checkbox"/> Sem periodicidade definida 99. <input type="checkbox"/> Não sei
27	Existe no município/DF uma lista padronizada de medicamentos?	1. <input type="checkbox"/> Sim. 2. <input type="checkbox"/> Não. => Passe para 33 99. <input type="checkbox"/> Não sei => Passe para 33
28	Qual a frequência de atualização da lista padronizada de medicamentos?	1. <input type="checkbox"/> mensal 2. <input type="checkbox"/> trimestral 3. <input type="checkbox"/> semestral 4. <input type="checkbox"/> anual 5. <input type="checkbox"/> outro. Especificar _____ 99. <input type="checkbox"/> Não sei
29	Quando foi realizada a última atualização da lista padronizada do município/DF?	1. _____/_____ (mês/ano) 99. <input type="checkbox"/> Não sei
30	O(A) Sr(a) participa do processo de elaboração da lista padronizada de medicamentos?	1. <input type="checkbox"/> Sim. 2. <input type="checkbox"/> Não. 99. <input type="checkbox"/> Não sei
31	A lista padronizada de medicamentos adotada atende à demanda em saúde do município/DF?	1. <input type="checkbox"/> Totalmente 2. <input type="checkbox"/> Parcialmente 3. <input type="checkbox"/> Não atende 99. <input type="checkbox"/> Não sei
32	Existem critérios para o município/DF fornecer algum medicamento não inserido na lista padronizada?	1. <input type="checkbox"/> Sim. Especificar _____ 2. <input type="checkbox"/> Não. 99. <input type="checkbox"/> Não sei
33	Quando o(a) Sr(a) recebe solicitações de usuários (individual ou grupos) para a aquisição de medicamentos não inseridos na lista, qual encaminhamento é dado?	1. <input type="checkbox"/> Encaminha para o gestor municipal (secretário); 2. <input type="checkbox"/> Encaminha para a CFT 3. <input type="checkbox"/> Encaminha para o serviço social; 4. <input type="checkbox"/> Outro. Especificar _____; 5. <input type="checkbox"/> Não dá nenhum encaminhamento 6. <input type="checkbox"/> Nunca recebi nenhuma solicitação 99. <input type="checkbox"/> Não sei
34	Os profissionais de saúde reivindicam mudanças na lista padronizada de medicamentos do Município/DF?	1. <input type="checkbox"/> Sempre. 2. <input type="checkbox"/> Repetidamente. 3. <input type="checkbox"/> Às vezes. 4. <input type="checkbox"/> Raramente. 5. <input type="checkbox"/> Nunca 99. <input type="checkbox"/> Não sei
35	O Município/DF tem formulário terapêutico?	1. <input type="checkbox"/> Sim 2. <input type="checkbox"/> Não 99. <input type="checkbox"/> Não sei
36	O município/DF elabora protocolos de tratamento específicos?	1. <input type="checkbox"/> Sim 2. <input type="checkbox"/> Não 99. <input type="checkbox"/> Não sei

37	Quais as formas de fornecimento de medicamentos não padronizados?	1. <input type="checkbox"/> Setor específico de medicamentos especiais 2. <input type="checkbox"/> Solicitação administrativa 3. <input type="checkbox"/> Mediante parecer técnico 4. <input type="checkbox"/> Pedido pelo serviço social 5. <input type="checkbox"/> O município não fornece medicamentos não padronizados 99. <input type="checkbox"/> Não sei
----	---	---

VII. AQUISIÇÃO

(Agora vou fazer algumas perguntas sobre aquisição dos medicamentos no seu município/DF).

38	Existe uma comissão permanente de licitação (CPL) exclusiva para a aquisição de medicamentos no município/DF?	1. <input type="checkbox"/> Sim. 2. <input type="checkbox"/> Não. 99. <input type="checkbox"/> Não sei																									
39	Quem faz a especificação técnica de medicamentos a serem comprados? <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: 10px auto;"> Pode assinalar mais de uma opção </div>	1. <input type="checkbox"/> Farmacêutico. 2. <input type="checkbox"/> Outro profissional. Especificar _____ 3. <input type="checkbox"/> CFT. 99. <input type="checkbox"/> Não sei																									
40	O município/DF faz compras de medicamentos em parceria? <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: 10px auto;"> Assinalar uma opção para cada item </div>	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th></th> <th></th> <th>Sim</th> <th>Não</th> <th>Não sei</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>40A</td> <td>Com outros municípios</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>40B</td> <td>Com consórcio de municípios</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>40C</td> <td>Com outras instituições</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>40D</td> <td>Com o Estado</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>			Sim	Não	Não sei	40A	Com outros municípios				40B	Com consórcio de municípios				40C	Com outras instituições				40D	Com o Estado			
		Sim	Não	Não sei																							
40A	Com outros municípios																										
40B	Com consórcio de municípios																										
40C	Com outras instituições																										
40D	Com o Estado																										
41	O município/DF compra medicamentos em farmácias/drogarias locais?	1. <input type="checkbox"/> Sempre. 2. <input type="checkbox"/> Repetidamente 3. <input type="checkbox"/> Às vezes. 4. <input type="checkbox"/> Raramente. 5. <input type="checkbox"/> Nunca 99. <input type="checkbox"/> Não sei																									
42	O Programa Farmácia Popular influencia na aquisição de medicamentos pelo município/DF?	1. <input type="checkbox"/> Sim. Como? _____ 2. <input type="checkbox"/> Não. 99. <input type="checkbox"/> Não sei																									
43	O município/DF adquiriu algum medicamento para atendimento a demandas judiciais, no último ano?	1. <input type="checkbox"/> Sim 2. <input type="checkbox"/> Não. => Passe para 47 99. <input type="checkbox"/> Não sei => Passe para 47																									
44	Os medicamentos demandados judicialmente pertencem prioritariamente a qual Componente da AF?	1. <input type="checkbox"/> Básico 2. <input type="checkbox"/> Estratégico 3. <input type="checkbox"/> Especializado 4. <input type="checkbox"/> Medicamentos não padronizados 5. <input type="checkbox"/> Outros. Especificar 99. <input type="checkbox"/> Não sei																									
45	A Secretaria Municipal/DF de Saúde conta com assessoria jurídica para responder às demandas judiciais?	1. <input type="checkbox"/> Sim 2. <input type="checkbox"/> Não 99. <input type="checkbox"/> Não sei																									
46	Qual foi o valor total gasto para garantir o atendimento a demandas judiciais por medicamento, no último ano?	1. <input type="checkbox"/> Valor gasto: R\$ _____ 99. <input type="checkbox"/> Não sei																									

47	Em sua opinião, qual(is) foi(foram) o(s) motivo(s) que causou(causaram) o desabastecimento no último ano? <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;">Pode assinalar mais de uma opção</div>	1. <input type="checkbox"/> Desorganização do setor de compras; 2. <input type="checkbox"/> Falhas na programação do município/DF; 3. <input type="checkbox"/> Falhas na distribuição de medicamentos pelo almoxarifado; 4. <input type="checkbox"/> Problemas no mercado farmacêutico; 5. <input type="checkbox"/> Problemas de repasses de medicamentos pelas instâncias do SUS; 6. <input type="checkbox"/> Recursos financeiros insuficientes; 7. <input type="checkbox"/> Outro. Especificar _____ 8. <input type="checkbox"/> Não houve desabastecimento no último ano 99. <input type="checkbox"/> Não sei
48	O que é feito quando falta medicamento no estoque da Secretaria Municipal/DF de Saúde? <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;">Pode assinalar mais de uma opção</div>	1. <input type="checkbox"/> Nova aquisição; 2. <input type="checkbox"/> Ajuste na programação; 3. <input type="checkbox"/> Aguarda a nova remessa; 4. <input type="checkbox"/> Adquire em Farmácia/drogaria privada 5. <input type="checkbox"/> Remaneja entre as Unidades de Saúde; 6. <input type="checkbox"/> Negocia com parceiros externos; 7. <input type="checkbox"/> Outro. Especificar _____; 99. <input type="checkbox"/> Não sei
49	O que é feito quando há excedente de algum medicamento no estoque da Secretaria Municipal/DF de Saúde? <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;">Pode assinalar mais de uma opção</div>	1. <input type="checkbox"/> Ajuste na programação; 2. <input type="checkbox"/> Redistribuição entre as Unidades de Saúde; 3. <input type="checkbox"/> Doação; 4. <input type="checkbox"/> Negocia a troca com o fornecedor em função do curto prazo de validade; 5. <input type="checkbox"/> Negocia a troca com parceiros externos; 6. <input type="checkbox"/> Perde-se o que sobrou; 7. <input type="checkbox"/> Outro. Especificar _____; 8. <input type="checkbox"/> Não sobra medicamentos; 99. <input type="checkbox"/> Não sei
50	Há registro dos medicamentos vencidos e/ou perdidos no município/DF?	1. <input type="checkbox"/> Sim 2. <input type="checkbox"/> Não 99. <input type="checkbox"/> Não sei
51	Qual a porcentagem média de medicamentos vencidos em relação ao total de aquisições?	1. <input type="checkbox"/> 0% 2. <input type="checkbox"/> 1 a 5% 3. <input type="checkbox"/> 6 a 10% 4. <input type="checkbox"/> 11 a 20% 5. <input type="checkbox"/> 20 a 30% 6. <input type="checkbox"/> Acima de 30%. 99. <input type="checkbox"/> Não sei

VIII. ARMAZENAMENTO DOS MEDICAMENTOS NO MUNICÍPIO/DF

(Agora vou fazer algumas perguntas sobre armazenamento e distribuição dos medicamentos no seu município/DF).

52	Qual o local destinado ao armazenamento de medicamentos do Município\DF?	1. <input type="checkbox"/> CAF 2. <input type="checkbox"/> Farmácias regionais 3. <input type="checkbox"/> Farmácias Básicas de atendimento 4. <input type="checkbox"/> Outro. Especificar _____ 99. <input type="checkbox"/> Não sei
----	--	--

53	As condições de armazenamento dos medicamentos são monitoradas?			Sim	Não	Não sei
		92A	Temperatura			
		92B	Umidade			
		92C	Limpeza			
		92D	Proteção contra insetos e roedores			
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: 0 auto;"> Assinalar uma opção para cada item </div>						
54	Existe um controle de entrada e saída de medicamentos do almoxarifado?	1. <input type="checkbox"/> Sim. Especificar _____ 2. <input type="checkbox"/> Não 99. <input type="checkbox"/> Não sei				
55	Como é feito o armazenamento dos medicamentos de controle especial?	1. <input type="checkbox"/> Em sala separada 2. <input type="checkbox"/> Em armário com chave 3. <input type="checkbox"/> Em prateleiras, com os demais medicamentos 4. <input type="checkbox"/> Outro. Especificar _____ 99. <input type="checkbox"/> Não sei				
56	Existe um espaço específico para o armazenamento de medicamentos sensíveis à temperatura?	1. <input type="checkbox"/> Sim 2. <input type="checkbox"/> Não. Como é feito o armazenamento? _____ 99. <input type="checkbox"/> Não sei				
57	Existe controle da validade dos medicamentos?	1. <input type="checkbox"/> Sim 2. <input type="checkbox"/> Não 99. <input type="checkbox"/> Não sei				
58	O inventário (balanço) dos medicamentos armazenados é feito:	1. <input type="checkbox"/> Semanalmente 2. <input type="checkbox"/> Quinzenalmente 3. <input type="checkbox"/> Mensalmente 4. <input type="checkbox"/> Trimestralmente 5. <input type="checkbox"/> Semestralmente 6. <input type="checkbox"/> Anualmente 7. <input type="checkbox"/> Não é feito 99. <input type="checkbox"/> Não sei				
59	Existem problemas no transporte de medicamentos no município/DF?	1. <input type="checkbox"/> Sim 1A <input type="checkbox"/> Veículos insuficientes 1B <input type="checkbox"/> Veículos inadequados 1C <input type="checkbox"/> Veículos insuficientes e inadequados 2. <input type="checkbox"/> Não 99. <input type="checkbox"/> Não sei				
60	Existe no município/DF um Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde que inclua os medicamentos?	1. <input type="checkbox"/> Sim. 2. <input type="checkbox"/> Não. 99. <input type="checkbox"/> Não sei				
61	Existe no município/DF um serviço específico de recolhimento de resíduos de medicamentos, ou seja, de embalagens, sobras, medicamentos impróprios para o consumo?	1. <input type="checkbox"/> Sim. 2. <input type="checkbox"/> Não. 99. <input type="checkbox"/> Não sei				
62	Existe um local específico para a deposição de resíduos de medicamentos (embalagens, sobras, medicamentos vencidos/fora da conformidade) até que sejam recolhidos?	1. <input type="checkbox"/> Sim 2. <input type="checkbox"/> Não 99. <input type="checkbox"/> Não sei				

IX. ORGANIZAÇÃO DO ACESSO AOS MEDICAMENTOS NO MUNICÍPIO/DF

63	Número de Farmácias públicas (do SUS) no Município/DF:	_ _ _ unidades
64	Número de UBS que fornecem medicamentos aos usuários:	_ _ _ unidades 99. <input type="checkbox"/> Não sei
65	Número de Centros especializados de Saúde que fornecem medicamentos:	_ _ _ unidades 99. <input type="checkbox"/> Não sei
66	O farmacêutico realiza seguimento farmacoterapêutico aos usuários do município/DF?	1. <input type="checkbox"/> Sim. 2. <input type="checkbox"/> Não => Passa para 68 99. <input type="checkbox"/> Não sei => Passa para 68
67	Em quais locais é realizado o seguimento farmacoterapêutico? <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: 10px auto;">Pode marcar mais de uma opção</div>	1. <input type="checkbox"/> UBS 2. <input type="checkbox"/> Farmácia pública municipal/DF 3. <input type="checkbox"/> Centro especializado 4. <input type="checkbox"/> CAPS 5. <input type="checkbox"/> CAF 6. <input type="checkbox"/> Outro. Especificar _____ 99. <input type="checkbox"/> Não sei 88. <input type="checkbox"/> NA
68	Os medicamentos do Componente Básico são disponibilizados em que locais no município/DF? <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: 10px auto;">Pode marcar mais de uma opção</div>	1. <input type="checkbox"/> Todas as UBS 2. <input type="checkbox"/> Algumas UBSs 3. <input type="checkbox"/> Unidade de atenção Especializada 4. <input type="checkbox"/> Farmácias Centralizadas 5. <input type="checkbox"/> Farmácia da Central de Abastecimento 6. <input type="checkbox"/> Farmácia Especializada 7. <input type="checkbox"/> Outros _____ 99. <input type="checkbox"/> Não sei
69	Os medicamentos constantes na Portaria 344/98 são disponibilizados em que locais no município/DF? <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: 10px auto;">Pode marcar mais de uma opção</div>	1. <input type="checkbox"/> Todas as UBS 2. <input type="checkbox"/> Algumas UBSs 3. <input type="checkbox"/> Unidade de atenção Especializada 4. <input type="checkbox"/> Farmácias Centralizadas 5. <input type="checkbox"/> Farmácia da Central de Abastecimento 6. <input type="checkbox"/> Farmácia Especializada 7. <input type="checkbox"/> Outros _____ 99. <input type="checkbox"/> Não sei
70	Os medicamentos do Componente Especializado são disponibilizados em que locais no município/DF? <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: 10px auto;">Pode marcar mais de uma opção</div>	1. <input type="checkbox"/> Todas as UBS 2. <input type="checkbox"/> Algumas UBS 3. <input type="checkbox"/> Unidade de Saúde Especializada 4. <input type="checkbox"/> Farmácias Centralizadas 5. <input type="checkbox"/> Farmácia da Central de Abastecimento 6. <input type="checkbox"/> Farmácia Especializada 7. <input type="checkbox"/> Outros _____ 8. <input type="checkbox"/> Não são disponibilizados no município/DF 99. <input type="checkbox"/> Não sei

71	<p>Dentre os medicamentos/insumos contemplados pelo Componente Estratégico, quais são disponibilizados por este Município\DF?</p> <div data-bbox="435 413 760 513" style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;"> <p>Pode marcar mais de uma opção</p> </div>	<ol style="list-style-type: none"> 1. <input type="checkbox"/> Tuberculose 2. <input type="checkbox"/> Hanseníase 3. <input type="checkbox"/> HIV/AIDS 4. <input type="checkbox"/> Alimentação e Nutrição 5. <input type="checkbox"/> Tabagismo 6. <input type="checkbox"/> Influenza 7. <input type="checkbox"/> Cólera 8. <input type="checkbox"/> Sangue e Hemoderivados 9. <input type="checkbox"/> Malária 10. <input type="checkbox"/> Leshimaniose 11. <input type="checkbox"/> Esquistossomose 12. <input type="checkbox"/> Doença de Chagas 13. <input type="checkbox"/> Outras Endemias Focais – Febre Maculosa, Meningite, Filariose, Raiva, etc. 99. <input type="checkbox"/> Não sei
72	<p>Os medicamentos constantes no Programa da tuberculose são disponibilizados em que locais no município/DF?</p> <div data-bbox="412 936 737 1036" style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;"> <p>Pode marcar mais de uma opção</p> </div>	<ol style="list-style-type: none"> 1. <input type="checkbox"/> Todas as UBS 2. <input type="checkbox"/> Algumas UBS 3. <input type="checkbox"/> Unidade de Atenção Especializada 4. <input type="checkbox"/> Farmácias Centralizadas 5. <input type="checkbox"/> Farmácia da Central de Abastecimento 6. <input type="checkbox"/> Farmácia Especializada 7. <input type="checkbox"/> Outros _____ 8. <input type="checkbox"/> O município/DF não disponibiliza medicamentos para esse programa 99. <input type="checkbox"/> Não sei
73	<p>Os medicamentos constantes no Programa do HIV/DST são disponibilizados em que locais no município/DF?</p> <div data-bbox="448 1191 773 1290" style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;"> <p>Pode marcar mais de uma opção</p> </div>	<ol style="list-style-type: none"> 1. <input type="checkbox"/> Todas as UBS 2. <input type="checkbox"/> Algumas UBS 3. <input type="checkbox"/> Unidade de Atenção Especializada 4. <input type="checkbox"/> Farmácias Centralizadas 5. <input type="checkbox"/> Farmácia da Central de Abastecimento 6. <input type="checkbox"/> Farmácia Especializada 7. <input type="checkbox"/> Outros _____ 8. <input type="checkbox"/> O município/DF não disponibiliza medicamentos para esse programa 99. <input type="checkbox"/> Não sei
74	<p>Os medicamentos constantes no programa de malária são disponibilizados em que locais no município/DF?</p> <div data-bbox="464 1639 789 1739" style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;"> <p>Pode marcar mais de uma opção</p> </div>	<ol style="list-style-type: none"> 1. <input type="checkbox"/> Todas as UBS 2. <input type="checkbox"/> Algumas UBS 3. <input type="checkbox"/> Unidade de Atenção Especializada 4. <input type="checkbox"/> Farmácias Centralizadas 5. <input type="checkbox"/> Farmácia da Central de Abastecimento 6. <input type="checkbox"/> Farmácia Especializada 7. <input type="checkbox"/> Outros _____ 8. <input type="checkbox"/> O município/DF não disponibiliza medicamentos para esse programa 99. <input type="checkbox"/> Não sei
75	<p>Os medicamentos constantes no programa do hanseníase são disponibilizados em que locais no município/DF?</p> <div data-bbox="456 2013 781 2113" style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;"> <p>Pode marcar mais de uma opção</p> </div>	<ol style="list-style-type: none"> 1. <input type="checkbox"/> Todas as UBS 2. <input type="checkbox"/> Algumas UBSs 3. <input type="checkbox"/> Unidade de Atenção Especializada 4. <input type="checkbox"/> Farmácias Centralizadas 5. <input type="checkbox"/> Farmácia da Central de Abastecimento 6. <input type="checkbox"/> Farmácia Especializada 7. <input type="checkbox"/> Outros _____ 8. <input type="checkbox"/> O município/DF não disponibiliza medicamentos para esse programa 99. <input type="checkbox"/> Não sei

76	A Farmácia municipal ou Unidade de Saúde fornece plantas medicinais e/ou chás?	1. <input type="checkbox"/> Sim. Quantos locais? _____ 2. <input type="checkbox"/> Não 99. <input type="checkbox"/> Não sei
----	--	---

X. DISPENSAÇÃO DOS MEDICAMENTOS NA CENTRAL DE ABASTECIMENTO FARMACÊUTICO (CAF)

77	Existe entrega de medicamentos para usuários na Central de abastecimento farmacêutico (CAF)?	1. <input type="checkbox"/> Sim 2. <input type="checkbox"/> Não. => Passe para 81 99. <input type="checkbox"/> Não sei => Passe para 81
78	Quem faz a entrega de medicamentos aos usuários na CAF?	1. <input type="checkbox"/> Farmacêutico 2. <input type="checkbox"/> Outro Profissional. Formação? _____ 99. <input type="checkbox"/> Não sei
79	Como é registrada a entrega de medicamentos aos usuários, no Município/DF?	1. <input type="checkbox"/> Manualmente 2. <input type="checkbox"/> Sistema informatizado. Especificar _____ 3. <input type="checkbox"/> Não há sistema de registro 99. <input type="checkbox"/> Não sei
80	No momento da entrega do medicamento, o profissional fornece algum tipo de orientação ao usuário?	1. <input type="checkbox"/> Sempre 2. <input type="checkbox"/> Repetidamente 3. <input type="checkbox"/> Às vezes 4. <input type="checkbox"/> Raramente 5. <input type="checkbox"/> Nunca 99. <input type="checkbox"/> Não sei
81	Ocorre fracionamento de medicamentos na CAF?	1. <input type="checkbox"/> Sim 2. <input type="checkbox"/> Não. => Passe para 84 9. <input type="checkbox"/> Não sei => Passe para 84
82	O medicamento fracionado é dispensado com o número de lote em cada unidade fracionada?	1. <input type="checkbox"/> Sim 2. <input type="checkbox"/> Não. Por quê? _____ 9. <input type="checkbox"/> Não sei
83	O medicamento fracionado é dispensado com o prazo de validade em cada unidade?	1. <input type="checkbox"/> Sim 2. <input type="checkbox"/> Não. Por quê? _____ 9. <input type="checkbox"/> Não sei

XI. TRABALHADORES ENVOLVIDOS COM A ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA NO MUNICÍPIO/DF

84	Número de farmacêuticos do município/DF:	__ __ __
85	Qual o vínculo dos profissionais com o município/DF? Registrar o número de farmacêuticos correspondente a cada vínculo	1. ____ Concursados 2. ____ Contratados 3. ____ Contrato por outra instituição 4. ____ Outros. especificar _____ 99. <input type="checkbox"/> Não sei
86	Carga horária média dos farmacêuticos em cargos não comissionados:	1. <input type="checkbox"/> 40hs 2. <input type="checkbox"/> 30hs 3. <input type="checkbox"/> 20hs 4. <input type="checkbox"/> 10hs 5. <input type="checkbox"/> menos de 10hs 99. <input type="checkbox"/> Não sei

87	Remuneração média dos farmacêuticos em cargos não comissionados:	1. <input type="checkbox"/> Até R\$ 1.000,00 2. <input type="checkbox"/> Entre R\$ 1.001,00 e R\$3.000,00 3. <input type="checkbox"/> Entre R\$ 3.001,00 e R\$ 6.000,00 4. <input type="checkbox"/> Mais de R\$ 6.000,00 99. <input type="checkbox"/> Não sei
88	Número de outros profissionais na AF:	1. _____ Técnicos de enfermagem 2. _____ Administrativos 3. _____ Outros. Especificar _____ 99. <input type="checkbox"/> Não sei
89	Há equipes do Núcleo de Apoio à Saúde de Família (NASF) atuando no Município/DF?	1. <input type="checkbox"/> Sim 2. <input type="checkbox"/> Não 99. <input type="checkbox"/> Não sei
90	Existe no Município/DF algum tipo de qualificação e/ou capacitação de profissionais da AF?	1. <input type="checkbox"/> Sim 2. <input type="checkbox"/> Não => Passe para 94 99. <input type="checkbox"/> Não sei => Passe para 94
91	Com que frequência ocorre(m) esta(s) capacitação(ões)?	1. <input type="checkbox"/> Sempre 2. <input type="checkbox"/> Repetidamente 3. <input type="checkbox"/> Às vezes 4. <input type="checkbox"/> Raramente 5. <input type="checkbox"/> Nunca 99. <input type="checkbox"/> Não sei
92	Quais os profissionais recebem qualificação ou capacitação em AF? <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: 5px auto;">Pode assinalar mais de uma opção</div>	1. <input type="checkbox"/> Profissionais auxiliares (atendentes); 2. <input type="checkbox"/> Farmacêuticos; 3. <input type="checkbox"/> Prescritores; 4. <input type="checkbox"/> Outros. Especificar _____; 99. <input type="checkbox"/> Não sei
93	Existe previsão no orçamento municipal de recursos financeiros para qualificação dos profissionais da AF?	1. <input type="checkbox"/> Sim 2. <input type="checkbox"/> Não 99. <input type="checkbox"/> Não sei
94	A equipe da AF elabora informativos sobre os medicamentos ou temas relacionados para usuários e ou equipe de saúde?	1. <input type="checkbox"/> Sim 2. <input type="checkbox"/> Não 99. <input type="checkbox"/> Não sei
95	Existem mecanismos no Município/DF para receber críticas e sugestões dos trabalhadores da saúde sobre a AF?	1. <input type="checkbox"/> Sim. Qual(s)? _____ 2. <input type="checkbox"/> Não 99. <input type="checkbox"/> Não sei

XII. CONTROLE SOCIAL E PARTICIPAÇÃO DA COMUNIDADE

96	Existem mecanismos no Município\DF para receber críticas e sugestões dos usuários sobre a AF?	1. <input type="checkbox"/> Sim. Qual(is)? _____ 2. <input type="checkbox"/> Não 99. <input type="checkbox"/> Não sei
97	O(a) Sr(a) ou outro farmacêutico da gestão municipal participa do Conselho Municipal de Saúde?	1. <input type="checkbox"/> Sempre 2. <input type="checkbox"/> Repetidamente 3. <input type="checkbox"/> Às vezes 4. <input type="checkbox"/> Raramente 5. <input type="checkbox"/> Nunca 99. <input type="checkbox"/> Não sei

98	O Conselho Municipal de Saúde discute e delibera sobre questões concernentes à AF no Município\DF?	1. <input type="checkbox"/> Sempre 2. <input type="checkbox"/> Repetidamente 3. <input type="checkbox"/> Às vezes 4. <input type="checkbox"/> Raramente 5. <input type="checkbox"/> Nunca => Passar para 100 99. <input type="checkbox"/> Não sei => Passar para 100
99	A Prestação de contas dos gastos com a AF é feita no Conselho Municipal de Saúde do Município\DF?	1. <input type="checkbox"/> Sim. 2. <input type="checkbox"/> Não 99. <input type="checkbox"/> Não sei
100	O(A) Sr (Sra) participa do planejamento das ações de saúde das diferentes áreas técnicas?	1. <input type="checkbox"/> Sim. Qual(is)? _____ 2. <input type="checkbox"/> Não 99. <input type="checkbox"/> Não sei

XIII. INFORMAÇÃO E MONITORAMENTO DO USO DE MEDICAMENTOS

101	São disponibilizadas informações sobre locais de entrega de medicamentos padronizados (em sites, cartazes, folderes ou outras formas) para a população?	1. <input type="checkbox"/> Sim 2. <input type="checkbox"/> Não 99. <input type="checkbox"/> Não sei
102	Existe algum mecanismo para o registro de queixa técnica e/ou notificação de eventos adversos dos medicamentos?	1. <input type="checkbox"/> Sim. 2. <input type="checkbox"/> Não => Passar para 105 99. <input type="checkbox"/> Não sei => Passar para 105
103	Como é realizado o registro de queixa técnica e/ou evento adverso?	1. <input type="checkbox"/> Formulário impresso próprio 2. <input type="checkbox"/> Sítio eletrônico ou software próprio 3. <input type="checkbox"/> Software do Estado 4. <input type="checkbox"/> Formulário Anvisa 5. <input type="checkbox"/> Outro. Especificar _____ 99. <input type="checkbox"/> Não sei
104	Qual é o encaminhamento dado às queixas e/ou notificações de eventos adversos dos medicamentos?	1. <input type="checkbox"/> Nenhum 2. <input type="checkbox"/> Encaminha para a CFT 3. <input type="checkbox"/> Encaminha para a Comissão de Farmacovigilância 4. <input type="checkbox"/> Encaminha para a Anvisa 5. <input type="checkbox"/> Encaminha para a Vigilância Sanitária estadual 6. <input type="checkbox"/> Encaminha para outro setor. Qual? _____ 7. <input type="checkbox"/> Não recebemos notificações de eventos adversos 99. <input type="checkbox"/> Não sei

XIV. DISPOSIÇÕES FINAIS

105	Qual o seu entendimento sobre AF?	_____
106	O Sr.(a) considera a organização da AF do Município\DF:	1. <input type="checkbox"/> Ótima. Porquê? _____ 2. <input type="checkbox"/> Boa. Porquê? _____ 3. <input type="checkbox"/> Regular. Porquê? _____ 4. <input type="checkbox"/> Ruim. Porquê? _____ 5. <input type="checkbox"/> Péssima. Porquê? _____ 99. <input type="checkbox"/> Não sei
107	O Sr.(a) gostaria de fazer algum comentário sobre a pesquisa?	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim _____

Anexo 3 -

Revista Ciência e Saúde Coletiva

INSTRUÇÕES PARA COLABORADORES

Ciência & Saúde Coletiva publica debates, análises e resultados de investigações sobre um tema específico considerado relevante para a saúde coletiva; e artigos de discussão e análise do estado da arte da área e das subáreas, mesmo que não versem sobre o assunto do tema central. A revista, de periodicidade mensal, tem como propósitos enfrentar os desafios, buscar a consolidação e promover uma permanente atualização das tendências de pensamento e das práticas na saúde coletiva, em diálogo com a agenda contemporânea da Ciência & Tecnologia.

Orientações para organização de números temáticos

A marca da Revista Ciência & Saúde Coletiva dentro da diversidade de Periódicos da área é o seu foco temático, segundo o propósito da ABRASCO de promover, aprofundar e socializar discussões acadêmicas e debates interpares sobre assuntos considerados importantes e relevantes, acompanhando o desenvolvimento histórico da saúde pública do país. Os números temáticos entram na pauta em quatro modalidades de demanda:

- Por Termo de Referência enviado por professores/pesquisadores da área de saúde coletiva (espontaneamente ou sugerido pelos editores-chefes) quando consideram relevante o aprofundamento de determinado assunto.
- Por Termo de Referência enviado por coordenadores de pesquisa inédita e abrangente, relevante para a área, sobre resultados apresentados em forma de artigos, dentro dos moldes já descritos. Nessas duas primeiras modalidades, o Termo de Referência é avaliado em seu mérito científico e relevância pelos Editores Associados da Revista.
- Por Chamada Pública anunciada na página da Revista, e sob a coordenação de Editores Convidados. Nesse caso, os Editores Convidados acumulam a tarefa de selecionar os artigos conforme o escopo, para serem julgados em seu mérito por pareceristas.
- Por Organização Interna dos próprios Editores-chefes, reunindo sob um título pertinente, artigos de livre demanda, dentro dos critérios já descritos.

O Termo de Referência deve conter: (1) título (ainda que provisório) da proposta do número temático; (2) nome (ou os nomes) do Editor Convidado; (3) justificativa resumida em um ou dois parágrafos sobre a proposta do ponto de vista dos objetivos, contexto, significado e relevância para a Saúde Coletiva; (4) listagem dos dez artigos propostos já com nomes dos autores convidados; (5) proposta de texto de opinião ou de entrevista com alguém que tenha relevância na discussão do assunto; (6) proposta de uma ou duas resenhas de livros que tratem do tema.

Por decisão editorial o máximo de artigos assinados por um mesmo autor num número temático não deve ultrapassar três, seja como primeiro autor ou não.

Sugere-se enfaticamente aos organizadores que apresentem contribuições de autores de variadas instituições nacionais e de colaboradores estrangeiros. Como para qualquer outra modalidade de apresentação, nesses números se aceita colaboração em espanhol, inglês e francês.

Recomendações para a submissão de artigos

Recomenda-se que os artigos submetidos não tratem apenas de questões de interesse local, ou se situe apenas no plano descritivo. As discussões devem apresentar uma análise ampliada que situe a especificidade dos achados de pesquisa ou revisão no cenário da literatura nacional e internacional acerca do assunto, deixando claro o caráter inédito da contribuição que o artigo traz.

A revista *C&SC* adota as “Normas para apresentação de artigos propostos para publicação em revistas médicas”, da Comissão Internacional de Editores de Revistas Médicas, cuja

versão para o português encontra-se publicada na *Rev Port Clin Geral* 1997; 14:159-174. O documento está disponível em vários sítios na World Wide Web, como por exemplo, www.icmje.org ou www.apmcg.pt/document/71479/450062.pdf. Recomenda-se aos autores a sua leitura atenta.

Seções da publicação

Editorial: de responsabilidade dos editores chefes ou dos editores convidados, deve ter no máximo 4.000 caracteres com espaço.

Artigos Temáticos: devem trazer resultados de pesquisas de natureza empírica, experimental, conceitual e de revisões sobre o assunto em pauta. Os textos de pesquisa não deverão ultrapassar os 40.000 caracteres.

Artigos de Temas Livres: devem ser de interesse para a saúde coletiva por livre apresentação dos autores através da página da revista. Devem ter as mesmas características dos artigos temáticos: máximo de 40.000 caracteres com espaço, resultarem de pesquisa e apresentarem análises e avaliações de tendências teórico-metodológicas e conceituais da área.

Artigos de Revisão: Devem ser textos baseados exclusivamente em fontes secundárias, submetidas a métodos de análises já teoricamente consagrados, temáticos ou de livre demanda, podendo alcançar até o máximo de 45.000 caracteres com espaço.

Opinião: texto que expresse posição qualificada de um ou vários autores ou entrevistas realizadas com especialistas no assunto em debate na revista; deve ter, no máximo, 20.000 caracteres com espaço.

Resenhas: análise crítica de livros relacionados ao campo temático da saúde coletiva, publicados nos últimos dois anos, cujo texto não deve ultrapassar 10.000 caracteres com espaço. Os autores da resenha devem incluir no início do texto a referência completa do livro. As referências citadas ao longo do texto devem seguir as mesmas regras dos artigos. No momento da submissão da resenha os autores devem inserir em anexo no sistema uma reprodução, em alta definição da capa do livro em formato jpeg.

Cartas: com apreciações e sugestões a respeito do que é publicado em números anteriores da revista (máximo de 4.000 caracteres com espaço).

Observação: O limite máximo de caracteres leva em conta os espaços e inclui texto e bibliografia. O resumo/abstract e as ilustrações (figuras e quadros) são considerados à parte.

Apresentação de manuscritos

1. Os originais podem ser escritos em português, espanhol, francês e inglês. Os textos em português e espanhol devem ter título, resumo e palavras-chave na língua original e em inglês. Os textos em francês e inglês devem ter título, resumo e palavras-chave na língua original e em português. Não serão aceitas notas de pé-de-página ou no final dos artigos.
2. Os textos têm de ser digitados em espaço duplo, na fonte Times New Roman, no corpo 12, margens de 2,5 cm, formato Word e encaminhados apenas pelo endereço eletrônico (<http://mc04.manuscriptcentral.com/csc-scielo>) segundo as orientações do site.
3. Os artigos publicados serão de propriedade da revista *C&SC*, ficando proibida a reprodução total ou parcial em qualquer meio de divulgação, impressa ou eletrônica, sem a prévia autorização dos editores-chefes da Revista. A publicação secundária deve indicar a fonte da publicação original.
4. Os artigos submetidos à *C&SC* não podem ser propostos simultaneamente para outros periódicos.
5. As questões éticas referentes às publicações de pesquisa com seres humanos são de inteira responsabilidade dos autores e devem estar em conformidade com os princípios contidos na Declaração de Helsinque da Associação Médica Mundial (1964, reformulada em 1975, 1983, 1989, 1996 e 2000).
6. Os artigos devem ser encaminhados com as autorizações para reproduzir material publicado anteriormente, para usar ilustrações que possam identificar pessoas e para transferir direitos de autor e outros documentos.
7. Os conceitos e opiniões expressos nos artigos, bem como a exatidão e a procedência das citações são de exclusiva responsabilidade dos autores.

8. Os textos são em geral (mas não necessariamente) divididos em seções com os títulos Introdução, Métodos, Resultados e Discussão, às vezes, sendo necessária a inclusão de subtítulos em algumas seções. Os títulos e subtítulos das seções não devem estar organizados com numeração progressiva, mas com recursos gráficos (caixa alta, recuo na margem etc.).

9. O título deve ter 120 caracteres com espaço e o resumo/abstract, com no máximo 1.400 caracteres com espaço (incluindo palavras-chave/key words), deve explicitar o objeto, os objetivos, a metodologia, a abordagem teórica e os resultados do estudo ou investigação. Logo abaixo do resumo os autores devem indicar até no máximo, cinco (5) palavras-chave. palavras-chave/key-words. Chamamos a atenção para a importância da clareza e objetividade na redação do resumo, que certamente contribuirá no interesse do leitor pelo artigo, e das palavras-chave, que auxiliarão a indexação múltipla do artigo. As palavras-chaves na língua original e em inglês devem constar no DeCS/MeSH (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh/e> <http://decs.bvs.br/>).

Autoria

1. As pessoas designadas como autores devem ter participado na elaboração dos artigos de modo que possam assumir publicamente a responsabilidade pelo seu conteúdo. A qualificação como autor deve pressupor: a) a concepção e o delineamento ou a análise e interpretação dos dados, b) redação do artigo ou a sua revisão crítica, e c) aprovação da versão a ser publicada. As contribuições individuais de cada autor devem ser indicadas no final do texto, apenas pelas iniciais (ex. LMF trabalhou na concepção e na redação final e CMG, na pesquisa e na metodologia).
2. O limite de autores no início do artigo deve ser no máximo de oito. Os demais autores serão incluídos no final do artigo.

Nomenclaturas

1. Devem ser observadas rigidamente as regras de nomenclatura biológica, assim como abreviaturas e convenções adotadas em disciplinas especializadas.
2. Devem ser evitadas abreviaturas no título e no resumo.
3. A designação completa à qual se refere uma abreviatura deve preceder a primeira ocorrência desta no texto, a menos que se trate de uma unidade de medida padrão.

Ilustrações

1. O material ilustrativo da revista *C&SC* compreende tabela (elementos demonstrativos como números, medidas, percentagens, etc.), quadro (elementos demonstrativos com informações textuais), gráficos (demonstração esquemática de um fato e suas variações), figura (demonstração esquemática de informações por meio de mapas, diagramas, fluxogramas, como também por meio de desenhos ou fotografias). Vale lembrar que a revista é impressa em apenas uma cor, o preto, e caso o material ilustrativo seja colorido, será convertido para tons de cinza.
2. O número de material ilustrativo deve ser de, no máximo, cinco por artigo, salvo exceções referentes a artigos de sistematização de áreas específicas do campo temático. Nesse caso os autores devem negociar com os editores-chefes.
3. Todo o material ilustrativo deve ser numerado consecutivamente em algarismos arábicos, com suas respectivas legendas e fontes, e a cada um deve ser atribuído um breve título. Todas as ilustrações devem ser citadas no texto.
4. As tabelas e os quadros devem ser confeccionados no mesmo programa utilizado na confecção do artigo (Word).
5. Os gráficos devem estar no programa Excel, e os dados numéricos devem ser enviados, em separado no programa Word ou em outra planilha como texto, para facilitar o recurso de copiar e colar. Os gráficos gerados em programa de imagem (Corel Draw ou Photoshop) devem ser enviados em arquivo aberto com uma cópia em pdf.
6. Os arquivos das figuras (mapa, por ex.) devem ser salvos no (ou exportados para o) formato Illustrator ou Corel Draw com uma cópia em pdf. Estes formatos conservam a informação vetorial, ou seja, conservam as linhas de desenho dos mapas. Se for impossível salvar nesses formatos; os arquivos podem ser enviados nos formatos TIFF ou

BMP, que são formatos de imagem e não conservam sua informação vetorial, o que prejudica a qualidade do resultado. Se usar o formato TIFF ou BMP, salvar na maior resolução (300 ou mais DPI) e maior tamanho (lado maior = 18cm). O mesmo se aplica para o material que estiver em fotografia. Caso não seja possível enviar as ilustrações no meio digital, o material original deve ser mandado em boas condições para reprodução.

Agradecimentos

1. Quando existirem, devem ser colocados antes das referências bibliográficas.
2. Os autores são responsáveis pela obtenção de autorização escrita das pessoas nomeadas nos agradecimentos, dado que os leitores podem inferir que tais pessoas subscrevem os dados e as conclusões.
3. O agradecimento ao apoio técnico deve estar em parágrafo diferente dos outros tipos de contribuição.

Referências

1. As referências devem ser numeradas de forma consecutiva de acordo com a ordem em que forem sendo citadas no texto. No caso de as referências serem de mais de dois autores, no corpo do texto deve ser citado apenas o nome do primeiro autor seguido da expressão *et al.*
2. Devem ser identificadas por números arábicos sobrescritos, conforme exemplos abaixo:
ex. 1: “Outro indicador analisado foi o de maturidade do PSF”¹¹ ...
ex. 2: “Como alerta Maria Adélia de Souza⁴, a cidade...”
As referências citadas somente nos quadros e figuras devem ser numeradas a partir do número da última referência citada no texto.
3. As referências citadas devem ser listadas ao final do artigo, em ordem numérica, seguindo as normas gerais dos *Requisitos uniformes para manuscritos apresentados a periódicos biomédicos* (http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html).
4. Os nomes das revistas devem ser abreviados de acordo com o estilo usado no Index Medicus (<http://www.nlm.nih.gov/>).
5. O nome de pessoa, cidades e países devem ser citados na língua original da publicação.

Exemplos de como citar referências

Artigos em periódicos

1. Artigo padrão (incluir todos os autores) Pelegrini MLM, Castro JD, Drachler ML. Equidade na alocação de recursos para a saúde: a experiência no Rio Grande do Sul, Brasil. *Cien Saude Colet* 2005; 10(2):275-286.
Maximiano AA, Fernandes RO, Nunes FP, Assis MP, Matos RV, Barbosa CGS, Oliveira-Filho EC. Utilização de drogas veterinárias, agrotóxicos e afins em ambientes hídricos: demandas, regulamentação e considerações sobre riscos à saúde humana e ambiental. *Cien Saude Colet* 2005; 10(2):483-491.
2. Instituição como autor
The Cardiac Society of Australia and New Zealand. Clinical exercise stress testing. Safety and performance guidelines. *Med J Aust* 1996; 164(5):282-284
3. Sem indicação de autoria
Cancer in South Africa [editorial]. *S Afr Med J* 1994; 84:15.
4. Número com suplemento
Duarte MFS. Maturação física: uma revisão de literatura, com especial atenção à criança brasileira. *Cad Saude Publica* 1993; 9(Supl. 1):71-84.
5. Indicação do tipo de texto, se necessário
Enzensberger W, Fischer PA. Metronome in Parkinson's disease [carta]. *Lancet* 1996; 347:1337.

Livros e outras monografias

6. Indivíduo como autor
Cecchetto FR. *Violência, cultura e poder*. Rio de Janeiro: FGV; 2004.
Minayo MCS. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 8ª Edição. São

- Paulo, Rio de Janeiro: Hucitec, Abrasco; 2004.
7. Organizador ou compilador como autor
Bosi MLM, Mercado FJ, organizadores. *Pesquisa qualitativa de serviços de saúde*. Petrópolis: Vozes; 2004.
8. Instituição como autor
Instituto Brasileiro do Meio Ambiente e dos Recursos Naturais Renováveis (IBAMA). *Controle de plantas aquáticas por meio de agrotóxicos e afins*. Brasília: DILIQ/IBAMA; 2001.
9. Capítulo de livro
Sarcinelli PN. A exposição de crianças e adolescentes a agrotóxicos. In: Peres F, Moreira JC, organizadores. *É veneno ou é remédio*. Agrotóxicos, saúde e ambiente. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2003. p. 43-58.
10. Resumo em Anais de congressos
Kimura J, Shibasaki H, organizadores. Recent advances in clinical neurophysiology. *Proceedings of the 10th International Congress of EMG and Clinical Neurophysiology*; 1995 Oct 15-19; Kyoto, Japan. Amsterdam: Elsevier; 1996.
11. Trabalhos completos publicados em eventos científicos
Coates V, Correa MM. Características de 462 adolescentes grávidas em São Paulo. In: *Anais do V Congresso Brasileiro de adolescência*; 1993; Belo Horizonte. p. 581-582.
12. Dissertação e tese
Carvalho GCM. *O financiamento público federal do Sistema Único de Saúde 1988-2001* [tese]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública; 2002.
Gomes WA. *Adolescência, desenvolvimento puberal e sexualidade: nível de informação de adolescentes e professores das escolas municipais de Feira de Santana – BA* [dissertação]. Feira de Santana (BA): Universidade Estadual de Feira de Santana; 2001.

Outros trabalhos publicados

13. Artigo de jornal
Novas técnicas de reprodução assistida possibilitam a maternidade após os 40 anos. *Jornal do Brasil*; 2004 Jan 31; p. 12
Lee G. Hospitalizations tied to ozone pollution: study estimates 50,000 admissions annually. *The Washington Post* 1996 Jun 21; Sect. A:3 (col. 5).
14. Material audiovisual
HIV+/AIDS: the facts and the future [videocassette]. St. Louis (MO): Mosby-Year Book; 1995.
15. Documentos legais
Brasil. Lei nº 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 União* 1990; 19 set.

Material no prelo ou não publicado

- Leshner AI. Molecular mechanisms of cocaine addiction. *N Engl J Med*. In press 1996.
Cronenberg S, Santos DVV, Ramos LFF, Oliveira ACM, Maestrini HA, Calixto N. Trabeculectomia com mitomicina C em pacientes com glaucoma congênito refratário. *Arq Bras Oftalmol*. No prelo 2004.

Material eletrônico

16. Artigo em formato eletrônico
Morse SS. Factors in the emergence of infectious diseases. *Emerg Infect Dis* [serial on the Internet] 1995 Jan-Mar [cited 1996 Jun 5];1(1):[about 24 p.]. Available from: <http://www.cdc.gov/ncidod/EID/eid.htm>
Lucena AR, Velasco e Cruz AA, Cavalcante R. Estudo epidemiológico do tracoma em comunidade da Chapada do Araripe – PE – Brasil. *Arq Bras Oftalmol* [periódico na Internet]. 2004 Mar-Abr [acessado 2004 Jul 12];67(2): [cerca de 4 p.]. Disponível em: <http://www.abonet.com.br/abo/672/197-200.pdf>
17. Monografia em formato eletrônico
CDI, clinical dermatology illustrated [CD-ROM]. Reeves JRT, Maibach H. CMEA

Multimedia Group, producers. 2^a ed. Version 2.0. San Diego: CMEA; 1995.

18. Programa de computador

Hemodynamics III: the ups and downs of hemodynamics [computer program]. Version 2.2.

Orlando (FL): Computerized Educational Systems; 1993.

Anexo 4 –

NORMAS REVISTA DE SAUDE PUBLICA

Resumo

São publicados resumos em português, espanhol e inglês. Para fins de cadastro do manuscrito, deve-se apresentar dois resumos, um na língua original do manuscrito e outro em inglês (ou em português, em caso de manuscrito apresentado em inglês). As especificações quanto ao tipo de resumo estão descritas em cada uma das [categorias de artigos](#).

Como regra geral, o resumo deve incluir: objetivos do estudo, principais procedimentos metodológicos (população em estudo, local e ano de realização, métodos observacionais e analíticos), principais resultados e conclusões.

Estrutura do texto

Introdução – Deve ser curta, relatando o contexto e a justificativa do estudo, apoiados em referências pertinentes ao objetivo do manuscrito, que deve estar explícito no final desta parte. Não devem ser mencionados resultados ou conclusões do estudo que está sendo apresentado.

Métodos– Os procedimentos adotados devem ser descritos claramente; bem como as variáveis analisadas, com a respectiva definição quando necessária e a hipótese a ser testada. Devem ser descritas a população e a amostra, instrumentos de medida, com a apresentação, se possível, de medidas de validade; e conter informações sobre a coleta e processamento de dados. Deve ser incluída a devida referência para os métodos e técnicas empregados, inclusive os métodos estatísticos; métodos novos ou substancialmente modificados devem ser descritos, justificando as razões para seu uso e mencionando suas limitações. Os critérios éticos da pesquisa devem ser respeitados. Os autores devem explicitar que a pesquisa foi conduzida dentro dos padrões éticos e aprovada por comitê de ética.

Resultados – Devem ser apresentados em uma seqüência lógica, iniciando-se com a descrição dos dados mais importantes. Tabelas e figuras devem ser restritas àquelas necessárias para argumentação e a descrição dos dados no texto deve ser restrita aos mais importantes. Os gráficos devem ser utilizados para destacar os resultados mais relevantes e resumir relações complexas. Dados em gráficos e tabelas não devem ser duplicados, nem repetidos no texto. Os resultados numéricos devem especificar os métodos estatísticos utilizados na análise. Material extra ou suplementar e detalhes técnicos podem ser divulgados na versão eletrônica do artigo.

Discussão – A partir dos dados obtidos e resultados alcançados, os novos e importantes aspectos observados devem ser interpretados à luz da literatura científica e das teorias existentes no campo. Argumentos e provas baseadas em comunicação de caráter pessoal ou divulgadas em documentos restritos não podem servir de apoio às argumentações do autor. Tanto as limitações do trabalho quanto suas implicações para futuras pesquisas devem ser esclarecidas. Incluir somente hipóteses e generalizações baseadas nos dados do trabalho. As conclusões devem finalizar esta parte, retomando o objetivo do trabalho.

Referências

Listagem: As referências devem ser normalizadas de acordo com o estilo **Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals: Writing and Editing for Biomedical Publication**, ordenadas alfabeticamente e numeradas. Os títulos de periódicos devem ser referidos de forma abreviada, de acordo com o Medline, e grafados no formato itálico. No caso de publicações com até seis autores, citam-se todos; acima de seis, citam-se os seis primeiros, seguidos da expressão latina "et al". Referências de um mesmo autor devem ser organizadas em ordem cronológica crescente. Sempre que possível incluir o DOI do documentado citado, de acordo com os exemplos abaixo.

Artigos de periódicos

Narvai PC. Cárie dentária e flúor: uma relação do século XX. *Cienc Saude Coletiva*. 2000;5(2):381-92. DOI:10.1590/S1413-81232000000200011

Zinn-Souza LC, Nagai R, Teixeira LR, Latorre MRDO, Roberts R, Cooper SP, et al. Fatores associados a sintomas depressivos em estudantes do ensino médio de São Paulo, Brasil. *Rev Saude Publica*. 2008;42(1):34-40. DOI:10.1590/S0034-89102008000100005.

Hennington EA. Acolhimento como prática interdisciplinar num programa de extensão. *Cad Saude Coletiva* [Internet]. 2005;21(1):256-65. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v21n1/28.pdf> DOI:10.1590/S0102-311X2005000100028

Livros

Nunes ED. Sobre a sociologia em saúde. São Paulo; Hucitec; 1999.

Wunsch Filho V, Koifman S. Tumores malignos relacionados com o trabalho. In: Mendes R, coordenador. Patologia do trabalho. 2. ed. São Paulo: Atheneu; 2003. v.2, p. 990-1040.

Foley KM, Gelband H, editors. Improving palliative care for cancer Washington: National Academy Press; 2001[citado 2003 jul 13] Disponível em: http://www.nap.edu/catalog.php?record_id=10149

Para outros exemplos recomendamos consultar as normas ("Citing Medicine") da National Library of Medicine (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/bookshelf/br.fcgi?book=citmed>).

Referências a documentos não indexados na literatura científica mundial, em geral de divulgação circunscrita a uma instituição ou a um evento (teses, relatórios de pesquisa, comunicações em eventos, dentre outros) e informações extraídas de documentos eletrônicos, não mantidas permanentemente em sites, se relevantes, devem figurar no rodapé das páginas do texto onde foram citadas.

Citação no texto: A referência deve ser indicada pelo seu número na listagem, na forma de **expoente** após a pontuação no texto, sem uso de parênteses, colchetes e similares. Nos casos em que a citação do nome do autor e ano for relevante, o número da referência deve ser colocado a seguir do nome do autor. Trabalhos com dois autores devem fazer referência aos dois autores ligados por &. Nos outros casos apresentar apenas o primeiro autor (seguido de et al. em caso de autoria múltipla).

Exemplos:

A promoção da saúde da população tem como referência o artigo de Evans & Stoddart,⁹ que considera a distribuição de renda, desenvolvimento social e reação individual na determinação dos processos de saúde-doença.

Segundo Lima et al⁹ (2006), a prevalência de transtornos mentais em estudantes de medicina é maior do que na população em geral.

Parece evidente o fracasso do movimento de saúde comunitária, artificial e distanciado do sistema de saúde predominante.^{12,15}

Tabelas

Devem ser apresentadas depois do texto, numeradas consecutivamente com algarismos arábicos, na ordem em que foram citadas no texto. A cada uma deve-se atribuir um título breve, não se utilizando traços internos horizontais ou verticais. As notas explicativas devem ser colocadas no rodapé das tabelas e não no cabeçalho ou título. Se houver tabela extraída de outro trabalho, previamente publicado, os autores devem solicitar formalmente autorização da revista que a publicou, para sua reprodução.

Para composição de uma tabela legível, o número máximo é de 12 colunas, dependendo da quantidade do conteúdo de cada casela. Tabelas que não se enquadram no nosso limite de espaço gráfico podem ser publicadas na versão eletrônica. Notas em tabelas devem ser indicadas por letras, em sobrescrito e negrito.

Se houver tabela extraída de outro trabalho, previamente publicado, os autores devem solicitar autorização para sua reprodução, por escrito.

Figuras

As ilustrações (fotografias, desenhos, gráficos, etc.) devem ser citadas como Figuras e numeradas consecutivamente com algarismos arábicos, na ordem em que foram citadas no texto e apresentadas após as tabelas. Devem conter título e legenda apresentados na parte inferior da figura. Só serão admitidas para publicação figuras suficientemente claras e com qualidade digital que permitam sua impressão, preferentemente no formato vetorial. No formato JPEG, a resolução mínima deve ser de 300 dpi. Não se aceitam gráficos apresentados com as linhas de grade, e os elementos (barras, círculos) não podem apresentar volume (3-D). Figuras em cores são publicadas quando for necessária à clareza da informação. Se houver figura extraída de outro trabalho, previamente publicado, os autores devem solicitar autorização, por escrito, para sua reprodução.

Informações complementares:

- Devem ter até 3.500 palavras, excluindo resumos, tabelas, figuras e referências.
- As tabelas e figuras, limitadas a 5 no conjunto, devem incluir apenas os dados imprescindíveis, evitando-se tabelas muito longas. As figuras não devem repetir dados já descritos em tabelas.
- As referências bibliográficas, limitadas a cerca de 25, devem incluir apenas aquelas estritamente pertinentes e relevantes à problemática abordada. Deve-se evitar a inclusão de número excessivo de referências numa mesma citação. Citações de documentos não publicados e não indexados na literatura científica (teses, relatórios e outros) devem ser evitadas. Caso não possam ser substituídas por outras, não farão parte da lista de referências bibliográficas, devendo ser indicadas nos rodapés das páginas onde estão citadas.

Os resumos devem ser apresentados no *formato estruturado*, com até 300 palavras, contendo os itens: Objetivo, Métodos, Resultados e Conclusões. Excetuam-se os ensaios teóricos e os artigos sobre metodologia e técnicas usadas em pesquisas, cujos resumos são no formato narrativo, que, neste caso, terão limite de 150 palavras.

A estrutura dos artigos originais de pesquisa é a convencional: Introdução, Métodos, Resultados e Discussão, embora outros formatos possam ser aceitos. A Introdução deve ser curta, definindo o

problema estudado, sintetizando sua importância e destacando as lacunas do conhecimento que serão abordadas no artigo. As fontes de dados, a população estudada, amostragem, critérios de seleção, procedimentos analíticos, dentre outros, devem ser descritos de forma compreensiva e completa, mas sem prolixidade. A seção de Resultados deve se limitar a descrever os resultados encontrados sem incluir interpretações/comparações. O texto deve complementar e não repetir o que está descrito em tabelas e figuras. A Discussão deve incluir a apreciação dos autores sobre as limitações do estudo, a comparação dos achados com a literatura, a interpretação dos autores sobre os resultados obtidos e sobre suas principais implicações e a eventual indicação de caminhos para novas pesquisas. Trabalhos de pesquisa qualitativa podem juntar as partes Resultados e Discussão, ou mesmo ter diferenças na nomeação das partes, mas respeitando a lógica da estrutura de artigos científicos.