



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

**UTILIZAÇÃO DO PROGRAMA FARMÁCIA POPULAR
ENTRE IDOSOS DA ZONA URBANA DE PELOTAS/RS**

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

VANESSA IRIBARREM AVENA MIRANDA

Orientadora: Prof^{fa}. Dr^a. Anaclaudia Gastal Fassa

Coorientador: Dr. Rodrigo Dalke Meucci

Pelotas, RS.
Novembro de 2014.



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

UTILIZAÇÃO DO PROGRAMA FARMÁCIA POPULAR ENTRE IDOSOS DA ZONA URBANA DE PELOTAS/RS

Mestranda: Vanessa Iribarrem Avena Miranda

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Anaclaudia Gastal Fassa

Coorientador: Dr. Rodrigo Dalke Meucci

A apresentação desta dissertação é exigência do Programa de Pós Graduação em Epidemiologia, da Universidade Federal de Pelotas para obtenção do título de Mestre em Epidemiologia.

Pelotas, RS.
Novembro de 2014.

Universidade Federal de Pelotas / Sistema de Bibliotecas
Catalogação na Publicação

M672u Miranda, Vanessa Iribarrem Avena

Utilização do programa Farmácia Popular do Brasil: :
estudo de base populacional em idosos do município de
Pelotas, RS / Vanessa Iribarrem Avena Miranda ;
Anacláudia Gastal Fassa, orientadora ; Rodrigo Dalke
Meucci, coorientador. — Pelotas, 2014.

116 f.

Dissertação (Mestrado) — Programa de Pós-Graduação
em Epidemiologia, Faculdade de Medicina, Universidade
Federal de Pelotas, 2014.

1. Epidemiologia. 2. Farmacoepidemiologia. 3. Idosos. I.
Fassa, Anacláudia Gastal, orient. II. Meucci, Rodrigo Dalke,
coorient. III. Título.

CDD : 614.4

Elaborada por Elionara Giovana Rech CRB: 10/1693

Banca examinadora

Prof^a. Dra. Anacláudia Gastal Fassa

Universidade Federal de Pelotas

Prof^a. Dra. Andréa Homsí Dâmaso

Universidade Federal de Pelotas

Prof^a. Vera Maria Vieira Paniz

Universidade do Vale do Rio dos Sinos

SUMÁRIO

1. PROJETO DE PESQUISA	6
2. RELATÓRIO DO TRABALHO DE CAMPO	69
3. RELATÓRIO PARA IMPRENSA	90
4. ARTIGO ORIGINAL	93
5. ANEXOS	117

1. PROJETO DE PESQUISA



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

**UTILIZAÇÃO DO PROGRAMA FARMÁCIA POPULAR ENTRE IDOSOS DA
ZONA URBANA DE PELOTAS/RS**

Projeto de Pesquisa

VANESSA IRIBARREM AVENA MIRANDA

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Anaclaudia Gastal Fassa

Coorientador: Dr. Rodrigo Dalke Meucci

Pelotas, 02 de outubro de 2013.

LISTA DE ABREVIATURAS

ABEP - Associação Brasileira de Estudos Populacionais

AF – Assistência Farmacêutica

BSM – Brasil Sem Miséria

DCNT - Doenças crônicas não transmissíveis

DM - Diabetes

HAS – Hipertensão

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

MS – Ministério da Saúde

PFPB – Programa Farmácia Popular do Brasil

PFPB-E – Programa Farmácia Popular do Brasil – Expansão (rede privada)

PNAF – Política Nacional de Assistência Farmacêutica

PNM – Política Nacional de Medicamentos

RENAME – Relação Nacional de Medicamentos Essenciais

SUS – Sistema Único de Saúde

UFPEl – Universidade Federal de Pelotas

VR – Valor de referência

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	11
2 REVISÃO DA LITERATURA.....	14
2.1 ESTRATÉGIAS DE BUSCA.....	14
2.2 EVOLUÇÃO DO PROGRAMA FARMÁCIA POPULAR.....	15
2.3 DESEMPENHO DO PROGRAMA FARMÁCIA POPULAR	19
2.4 DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS EM IDOSOS E A POLÍTICA NACIONAL DE MEDICAMENTOS	21
2.5 PERFIL DE UTILIZAÇÃO DE MEDICAMENTOS ENTRE IDOSOS	22
3 MARCO TEÓRICO	29
3.1 MODELO TEÓRICO	31
3.2 MODELO DE ANÁLISE	31
4 JUSTIFICATIVA.....	32
5 OBJETIVOS.....	33
6 HIPÓTESES	34
7 METODOLOGIA	35
7.1 CARACTERIZAÇÃO DO MUNICÍPIO EM ESTUDO	35
7.2 DELINEAMENTO	37
7.3 JUSTIFICATIVA PARA O DELINEAMENTO	37
7.4 DEFINIÇÃO DO DESFECHO E DAS EXPOSIÇÕES.....	37
7.4.1 Definição do desfecho	37
7.4.2 Definição das exposições	38
7.5 CRITÉRIOS DE ELEGIBILIDADE.....	40
7.5.1 Critérios de inclusão	40
7.5.2 Critérios de exclusão	40
7.6 POPULAÇÃO ALVO DO ESTUDO	41
7.7 CÁLCULO DO TAMANHO AMOSTRAL	41

7.7.1 Estimativas do tamanho de amostral para prevalências	41
7.7.2 Estimativas do tamanho de amostra para associações	42
7.8 PROCESSO DE AMOSTRAGEM	43
7.9 LOGÍSTICA DO TRABALHO DE CAMPO	44
7.10 INSTRUMENTO DE PESQUISA.....	45
7.11 ESTUDO PILOTO.....	45
7.12 SELEÇÃO E TREINAMENTO DOS ENTREVISTADORES	45
7.13 PROCESSAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS.....	46
8 ASPECTOS ÉTICOS	46
9 CONTROLE DE QUALIDADE	47
10 FINANCIAMENTO	47
11 DIVULGAÇÃO DOS DADOS E RESULTADOS	48
12 CRONOGRAMA DE ATIVIDADES	48
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	50
APÊNDICE 1 - Quadro de revisão com artigos que abordam o PFPB	56
APÊNDICE 2 - Quadro de revisão com trabalhos descritivos que abordam o PFPB	60
APÊNDICE 3 - Instrumento de Pesquisa.....	63
13 ALTERAÇÕES DO PROJETO.....	68

1 INTRODUÇÃO

No Brasil o direito a saúde está inscrito na Constituição de 1988 e na Lei Orgânica da Saúde (Lei n.º8.080/90) como direito fundamental de todos os cidadãos e dever do Estado, o qual deve formular e implementar ações que assegurem o acesso da população aos serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde^{9, 24}.

Dentre as diversas ações de responsabilidade do Estado, e como parte integrante da Política Nacional de Saúde, a Política Nacional de Medicamentos (PNM), baseada nos princípios e diretrizes do SUS, constitui um dos elementos fundamentais para o sucesso da implementação de ações capazes de promover a melhoria das condições de assistência à saúde, garantindo segurança, eficácia e qualidade dos medicamentos, além da promoção do uso racional e o acesso da população àqueles considerados essenciais¹⁶.

No contexto da Assistência Farmacêutica (AF) o acesso se concretiza com a utilização do medicamento, portanto, conceitua-se acesso como um fator mediador entre a capacidade de um sistema de saúde de oferecer o produto e o consumo real deste produto pela população^{1, 8, 16, 62}.

Uma contribuição importante da PNM em direção ao acesso dos medicamentos foi a adoção da relação de medicamentos essenciais (RENAME)²¹, os quais são considerados produtos básicos e indispensáveis para atender a maioria dos problemas de saúde da população¹⁶ e a consolidação da Lei dos Medicamentos Genéricos, que foi implementada pelo Governo Federal com objetivo de estimular a concorrência e a variedade de oferta no mercado de remédios, melhorar a qualidade de todos os medicamentos, reduzir os preços e facilitar o acesso da população aos tratamentos¹³.

Outro aporte da PNM foi a reorientação da AF e sua adequação ao modelo descentralizado de gestão em saúde. Nesse contexto, a lógica da AF seria a descentralização da aquisição e da distribuição de medicamentos essenciais para o nível municipal sem isentar as outras esferas

administrativas de suas responsabilidades⁶³. O gestor federal ficou responsável pela organização e desenvolvimento de ações de implementação da Política, cabendo a esta esfera a aquisição de medicamentos em condições especiais (problemas que representem agravos de saúde pública, doenças de caráter individual que, apesar de atingirem um pequeno grupo de indivíduos, requerem tratamento longo ou de custo elevado e tratamentos que envolvam medicamentos não disponíveis no mercado). O gestor estadual ficou com a responsabilidade de realizar as ações da PNM em nível estadual e de suporte aos municípios, além da aquisição e dispensação de medicamentos excepcionais, com posterior reembolso do governo federal. Por fim, a esfera municipal deve ser a executora das ações de AF, ficando sob sua competência a dispensação dos medicamentos da atenção básica e essenciais aos usuários do Sistema Único de Saúde¹⁶. Esta estratégia tem como objetivo tornar o processo de aquisição de medicamento mais adequado para as necessidades locais, diminuindo assim sobreposições de programas⁵⁸.

A Política Nacional de Assistência Farmacêutica (PNAF), criada em 2004, contribui para a garantia dos princípios da universalidade, integralidade e equidade, envolvendo ações voltadas à promoção, proteção e recuperação da saúde, tendo o medicamento como insumo essencial e visando o acesso e ao seu uso racional, avaliando sua utilização, na perspectiva da melhoria da qualidade de vida da população. Essas ações levam em consideração a Atenção Farmacêutica, considerada como um modelo de prática farmacêutica, compreendendo atitudes, compromissos e co-responsabilidade na prevenção de doenças, promoção e recuperação da saúde, de forma integrada à equipe de saúde²².

Apesar da implementação da PNM, da PNAF e todos os outros esforços para ampliação do acesso aos medicamentos, esse ainda é o principal componente que leva o paciente ao não cumprimento do tratamento prescrito, visto que, entre os principais motivos apontados pelos usuários para a subutilização de medicamentos prescritos, destaca-se o fator financeiro^{47, 57}. O não acesso a medicamentos pode levar a agravos e

complicações de saúde, assim como aumento dos gastos com a atenção secundária e terciária^{1, 33}.

Diante deste cenário, o Governo Federal, objetivando ampliar o acesso da população a medicamentos básicos e essenciais, lançou em 2004 o Programa Farmácia Popular do Brasil (PFPB), o qual está inserido na PNAF, integrando uma nova política de assistência dentro do SUS^{10, 19, 20}(Figura 1).

Essa nova estratégia se destina ao atendimento igualitário de toda a população com o intuito de evitar o abandono de tratamento, principalmente dos indivíduos de baixa renda que utilizam serviços privados de saúde, e que têm dificuldades em adquirir medicamentos de que necessitam em farmácias comerciais^{19, 72}. Espera-se que o aumento do acesso aos medicamentos gerado pelo Programa, reduza o impacto do custo dos remédios no orçamento familiar^{4, 19}, e os gastos do SUS com internações decorrentes do agravamento e complicações de doenças crônicas, relacionadas à subutilização de medicamentos^{19, 40, 51}. Diante da importância da universalização do acesso a medicamentos para a saúde da população e do papel do PFPB para a ampliação do acesso a medicamentos faz-se necessário examinar o cumprimento dos objetivos propostos pelo programa.

Figura 1 - Inserção do PFPB nas Políticas de Medicamentos no Brasil.



2 REVISÃO DA LITERATURA

2.1 ESTRATÉGIAS DE BUSCA

A revisão de literatura utilizou os seguintes descritores, combinados ou individualmente: popular pharmacy, aged or elderly, drug utilization, essential medication, access, government programs, policy health, drugs essential, drugs continuous use, benefit management, Brazil. A busca foi realizada nas bases de dados Medline/PubMed, Lilacs e Scielo indentificando-se 06, 05 e 07 artigos nas respectivas bases, porém, após a leitura dos artigos, alguns foram excluídos, juntamente com os repetidos, totalizando 7 artigos. Diante da escassez de artigos indexados ampliou-se a busca online através do google indentificando-se 03 artigos, 01 relatório do Tribunal de Contas da União, 01 relatório com resultados preliminares de um projeto e 02 dissertações, totalizando 14 referências, as quais são apresentadas nos quadros de revisão (apêndice 1 e apêndice 2). O quadro do apêndice 1 apresenta artigos que objetivaram avaliar o PFPB e o apêndice 2 inclui estudos com diferentes objetivos, que abordam de alguma forma o PFPB. Além disso, foram incluídos 11 artigos sobre utilização de medicamentos entre idosos quadro1) e 9 sobre gastos e disponibilidade de medicamentos, os quais permitiram traçar o perfil de utilização de medicamentos nessa população e os principais motivos que os levam a subutilização ou abandono do tratamento.

Levando em consideração que o Programa Farmácia Popular é um tema novo e, portanto, pouco avaliado, também serviram de embasamento para a elaboração deste projeto documentos oficiais da Organização Mundial de Saúde e principalmente do MS, tais como portarias, manuais e leis específicas sobre a PNM.

2.2 EVOLUÇÃO DO PROGRAMA FARMÁCIA POPULAR

O PFPB atua sobre dois eixos de ação (Figura 2), as de “Rede Própria” e o sistema de copagamento. A primeira, em funcionamento desde 2004, é composta por farmácias populares, ou seja, unidades próprias implantadas pelo Ministério da Saúde (MS) que são geridas pela Fiocruz e que possuem parceria com estados e municípios. Nessas unidades, o usuário recebe atendimento personalizado de farmacêuticos e profissionais qualificados para orientá-lo sobre os cuidados com a saúde e o uso correto dos medicamentos. A estrutura das farmácias é diferenciada e permite a adequada atenção farmacêutica e a realização de ações educativas. As Unidades Próprias contam atualmente, com um elenco de 112 medicamentos, baseados na RENAME, que combatem as doenças de maior prevalência na população brasileira, tais como hipertensão, diabetes, úlcera gástrica, infecções, verminoses, depressão e outros. Os medicamentos são produzidos e disponibilizados pela Fiocruz mediante ressarcimento⁴⁰.

Para adesão a essa modalidade do Programa, a localidade candidata deve, prioritariamente, possuir mais de 100 mil habitantes, no estado de São Paulo, e mais de 70.000 para os demais estados do país. O perfil socioeconômico da população deve ser compatível com os objetivos do Programa (população que utiliza o setor privado e sobre a qual os custos dos tratamentos causem maior impacto). Uma vez atendidas as regiões estratégicas, é dada a alternativa para os municípios que não atinjam os critérios populacionais. Estes podem possuir unidades que atendam a uma microrregião, levando em consideração a importância regional, a área abrangida e a acessibilidade¹⁹.

O segundo eixo de ação, que faz parte da expansão do PFPB, é o sistema de copagamento, o qual foi criado pela Portaria nº 491/06 em 2006, com a finalidade de oferecer alternativas de acesso à AF, com vistas à promoção da integralidade do atendimento à saúde. Este sistema expandiu o programa para as farmácias e drogarias privadas, ofertando medicamentos

pagos em parte pelo Governo Federal e em parte pelo cidadão, o qual obtinha até 90% de desconto⁶¹, em 2009 essa expansão do programa recebeu a denominação “Aqui Tem Farmácia Popular” (PFPB-E)¹⁸.

O co-pagamento é uma alternativa adotada por diversos sistemas de saúde e caracterizada pela participação do usuário no custeio (cost-sharing) dos bens e serviços, no momento de seu uso. É diferenciado dos impostos gerais pagos pelos cidadãos, porque é vinculado apenas à idéia do benefício, se não há utilização, não há pagamento⁷⁵.

Nesse contexto, o Governo Federal subsidia para o estabelecimento credenciado até 90% do valor de referência (VR) estabelecido para cada medicamento e o usuário paga a diferença para completar o preço de venda. O VR foi fixado pelo Ministério da Saúde para cada princípio ativo do programa²⁰, por isso o cidadão pode pagar menos para alguns medicamentos do que para outros, de acordo com a marca e o preço praticado pela farmácia^{19, 20}.

Inicialmente, o Sistema de copagamento ofertava medicamentos com desconto para hipertensão, diabetes e anticoncepcionais^{53, 61}, hoje, além dos medicamentos gratuitos para asma, diabetes e hipertensão, o MS subsidia 90% do valor de referência para doenças, como dislipidemia, Parkinson, glaucoma, osteoporose e rinite, além de anticoncepcionais e fraldas geriátricas, totalizando 22 princípios ativos diferentes (Gráfico 1)⁵².

Em 2011, o governo lançou dois planos de ação: “**Saúde Não Tem Preço**” e “**Brasil Sem Miséria**” (BSM). O primeiro garante acesso gratuito aos medicamentos para hipertensão e diabetes na rede “Aqui Tem Farmácia Popular” e é resultado de um acordo entre o MS e sete entidades da indústria e do comércio de fármacos. Com este plano de ação o governo federal pretendia beneficiar 33 milhões de hipertensos e 7,5 milhões de diabéticos, além de minimizar o impacto no orçamento das famílias de menor renda, que comprometem 12% de seu orçamento com medicamentos²³.

O BSM, lançado por meio do Decreto nº 7.492, foi criado com o objetivo de elevar a renda e as condições de bem-estar da população brasileira. Cerca de 16,2 milhões de famílias extremamente pobres (até R\$ 70,00 *per capita*) foram mapeadas pelo Instituto Brasileiro de Geografia e

Estatística (IBGE) para serem incluídas de forma integrada nos mais diversos programas do governo de acordo com as suas necessidades. A partir deste mapeamento, dentre outras medidas, 2.365 municípios que representam 42% dos municípios brasileiros, tiveram prioridade no credenciamento de farmácias e drogarias no PFPB-E²³.

Outro avanço importante do PFPB foi à ampliação do “Saúde Não Tem Preço”, estabelecendo a gratuidade de três medicamentos para asma¹⁷.

Cabe ressaltar, que o fato dos medicamentos anti-hipertensivos, antidiabéticos e antiasmáticos estarem disponíveis gratuitamente no Programa Farmácia Popular não isenta a responsabilidade dos gestores estaduais e municipais de continuarem fornecendo esses medicamentos. Eles devem estar disponíveis nas farmácias da atenção primária à saúde, facilitando o acesso para os usuários do SUS⁵².

De todos os medicamentos comercializados no PFPB, 10% são de referência e 90% são genéricos ou similares. No grupo de medicamentos gratuitos (para asma, diabetes e hipertensão), a participação de genéricos e similares chega a 94%⁵⁵.

Para obter os benefícios do Programa, o usuário precisa apresentar um documento de identidade com foto, CPF e receita médica dentro do prazo de validade. As receitas têm validade de quatro meses, exceto para anticoncepcionais e deverão conter os itens obrigatórios constantes na Portaria nº 971, de 17 de maio de 2012, tais como: dados legíveis do médico (nome, CRM e assinatura), endereço do consultório, data de emissão e nome e endereço residencial do paciente²⁰.

Caso o usuário tenha dificuldades de locomoção ou tenha mais de 60 anos, pode solicitar a retirada do medicamento por um representante legal – amigo, cuidador ou parente. Para isso, o representante deve apresentar para a farmácia a receita médica atualizada, documentos de identificação do paciente beneficiário e do próprio representante, além de uma procuração simples (com firma reconhecida) que autorize a retirada²⁰.

Atualmente, o PFPB possui cerca de 20 mil farmácias credenciadas, além das 556 unidades próprias⁵².

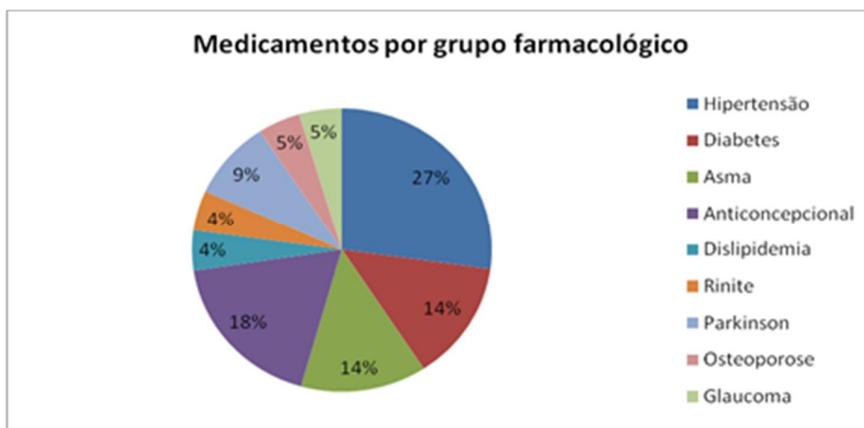
O PFPB registrou crescimento de 300% no número de beneficiados, saltando de 1,2 milhão em janeiro de 2011 para 5 milhões em agosto de 2012. O programa já beneficiou mais de 18 milhões de brasileiros desde a sua criação em 2004. Pelo programa, são disponibilizados 113 princípios ativos nas 556 unidades da rede própria (farmácias administradas pelo governo federal) e 22 nas mais de 20 mil farmácias privadas, conveniadas ao programa⁵⁴. A quantidade de hipertensos beneficiados saltou 285%, de 658 mil em janeiro para 2,5 milhões em outubro de 2012. Já o número de diabéticos beneficiados aumentou 202%, passando de 306 mil para 925 mil no mesmo período. Entre os asmáticos o crescimento foi de 94%⁵⁵.

O número de municípios cobertos pelo programa com farmácias credenciadas também cresceu entre 2011 e 2012, passando de 2.467 para 3.353. Desses, 1.060 são municípios considerados em extrema pobreza. A meta do governo é contemplar mais 1.305 municípios de extrema pobreza até 2014⁵⁵.

Figura 2. Evolução do Programa Farmácia Popular do Brasil



Gráfico 1 - Medicamentos disponíveis no PFPB-E conforme grupo farmacológico



Fonte: Manual de orientações às farmácias e drogarias credenciadas no "aqui tem farmácia popular", Ministério da Saúde, 2012.

2.3 DESEMPENHO DO PROGRAMA FARMÁCIA POPULAR

O Programa Farmácia Popular é relativamente novo no Brasil, portanto estudos especificamente sobre ele são escassos, e os existentes dão maior ênfase para a rede própria, a qual foi consolidada primeiramente, se detendo na descrição do programa PFPB, em termos de disponibilidade de medicamentos comparados ao setor público e privado e o perfil da população que acessa o programa.

Pode-se observar crescimento do Programa em todos os estados do país, com grande concentração em municípios das regiões Nordeste e Sudeste. No entanto, a população abrangida pelo programa foi maior nas regiões Norte e Nordeste, regiões de mais baixo poder aquisitivo do país⁵⁹.

O perfil de consumo de medicamentos foi muito semelhante, em todas as regiões, com maior prevalência de medicamentos relacionados a condições cardiovasculares^{39, 43, 51, 59, 65}, seguido daqueles relacionados ao aparelho digestivo e metabolismo (diabetes)⁵¹.

Constatou-se que o objetivo de priorizar às classes C e D, não usuárias do SUS, não vem sendo alcançado integralmente e que muitos usuários estão utilizando o Programa como alternativa de acesso⁶⁰, indicando possíveis falhas na provisão gratuita^{2, 60}. Além disso, a procedência da população global atendida revelou que há maior número de atendimentos a usuários do setor privado, embora o número de atendimentos a usuários da rede pública seja muito elevado, representando 46% dos atendimentos realizados pelo Programa⁵⁹.

Um estudo que comparou o perfil dos usuários de duas farmácias, uma comercial e outra da rede própria do PFPB, observou que usuários da rede própria tinham idade mais avançada, em sua grande maioria aposentados, com um nível de instrução muito baixo e que utilizavam majoritariamente medicamentos para distúrbios crônicos⁴³.

Quanto à disponibilidade de medicamentos, comparada com estudos que analisaram os setores públicos e privados, foi encontrada elevada disponibilidade nas redes próprias, maior de 90% em cidades da região Sul do país⁵. Quando analisada por grupo farmacológico, o PFPB-E apresentou 100% de disponibilidade para hipertensão e diabetes (100%), enquanto o setor público obteve a menor disponibilidade (86,6% para hipertensão e 23,3% para diabetes). Tanto no setor público quanto na rede própria o percentual de disponibilidade de similares foi maior que o dos genéricos⁶⁰.

Um estudo sobre aquisição de medicamentos em diversos setores obteve resultado positivo em relação ao PFPB, apontando uma economia dos usuários do programa em relação ao setor privado superior a 90%, constatando que um trabalhador pode adquirir tratamento para hipertensão e diabetes por valores menores que o referente a um dia de trabalho pelo PFPB, enquanto que pela rede privada teria que trabalhar até quatro dias para comprar o mesmo tratamento⁶⁰. Assim, o PFPB amplia o acesso e diminui os gastos das famílias com os tratamentos farmacológicos^{25, 51, 60}.

2.4 DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS EM IDOSOS E A POLÍTICA NACIONAL DE MEDICAMENTOS

Um grupo populacional de grande relevância dentro da PNM é o dos idosos, visto que, o maior tempo de vida, traz consigo elevada carga global de doenças e possíveis complicações de saúde^{11, 38, 77}, o que leva a uma maior utilização de serviços de saúde, maior número de hospitalizações e um elevado consumo de medicamentos^{46, 74}.

O Brasil é um dos países com ritmo mais acentuado de envelhecimento populacional^{37, 73}. Em 2000, 8,6% da população brasileira era idosa, chegando a 12,0% em 2012. A estimativa para 2025 é que essa proporção chegue a 13%, somando 32 milhões de idosos (Gráfico 2)^{34, 36, 37}. Esses números evidenciam o crescimento acelerado dessa faixa etária e apontam para a continuidade desse processo¹¹.

O envelhecimento populacional é acompanhado do aumento da carga de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT)⁶⁷. De acordo com a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD 2008), 75,5% dos idosos possui pelo menos uma doença crônica, sendo que 64,4% desses, declararam mais de uma enfermidade^{15, 38}.

No Brasil, cerca de 72% das mortes são atribuídas às DCNT. Entre os idosos, as principais causas de óbitos são as doenças cardiovasculares (36,0%), neoplasias (14,7%) e as doenças do aparelho respiratório (12,6%)⁶⁶, as quais correspondem a mais de 60% dos óbitos^{31, 49}.

Cabe salientar que a hipertensão (HAS) e o diabetes (DM) estão entre os principais fatores de risco para as doenças cardiovasculares^{12, 31}. A HAS chega a acometer mais de 50% dos idosos^{12, 66} e o DM atinge 20% deles¹⁵. Essas prevalências tendem a aumentar com avanço da idade^{3, 12, 66}. Além disso, a possibilidade dessas duas doenças estarem associadas é de 50%¹².

As doenças crônicas também constituem uma das principais causas de internações hospitalares¹⁵, salientando a necessidade do diagnóstico precoce, da assistência médica⁵⁶ e do acesso ao tratamento prescrito. A insuficiência cardíaca é a causa mais frequente de internação entre os

idosos, 12,1% para mulheres e 14,7% para os homens. Diabetes e hipertensão estão entre as seis principais causas somente entre as mulheres, e pneumonia, bronquite e acidente vascular cerebral entre as seis causas mais importante para ambos os sexos³⁸.

Diante desse cenário, o MS criou o Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das DCNT, 2011- 2022, o qual objetiva preparar o Brasil para enfrentar, controlar e prevenir essas doenças. O Plano inclui as doenças circulatórias e respiratórias crônicas, o câncer, e o diabetes, bem como seus fatores de risco em comum modificáveis (tabagismo, álcool, inatividade física, alimentação saudável e obesidade). Além disso, define ações preventivas e de promoção da saúde, visando a redução da morbidade, incapacidade e mortalidade causadas por essas doenças¹⁵.

Uma das estratégias desse plano refere-se à expansão da atenção farmacêutica e à distribuição gratuita de medicamentos para hipertensão e diabetes, bem como a ampliação do PFPB, ampliando e assegurando o acesso ao tratamento dessas doenças^{15, 50}.

2.5 PERFIL DE UTILIZAÇÃO DE MEDICAMENTOS ENTRE IDOSOS

Os medicamentos representam um dos itens mais importantes da atenção à saúde do idoso, que em função da maior ocorrência de doenças crônicas nesta faixa etária, fazem parte do grupo etário mais medicalizado³².

No Brasil, estudos populacionais sobre o consumo de medicamentos evidenciam o uso crescente com a idade. A alta prevalência de uso de medicamentos entre idosos pode ser explicada pelas doenças próprias da terceira idade, que produzem um padrão de prescrição e de uso dos medicamentos diferente daquele encontrado em outras faixas etárias⁶⁴.

A prevalência de utilização de medicamentos entre idosos varia de 72,3% a 96,5%^{6, 29, 32, 33, 44, 64}, sem considerar o uso ou não de prescrição. Quando se analisa a utilização de medicamentos prescritos e não prescritos,

a prevalência diminui, embora continue elevada, variando de 60,7% a 80,3% entre os prescritos e de 6,4% a 37,4% entre os não prescritos^{27, 45}.

O número médio de medicamentos usados por essa faixa etária também é alto, variando de 2,1 a 4,6 medicamentos por idosos^{29, 44, 64, 69}. O número máximo de medicamentos utilizados variou de 13 a 24^{29, 33, 64}, evidenciando a presença da polifarmácia, que é definida como o uso de múltiplos medicamentos (geralmente 5 ou mais)^{26, 29}, um conceito basicamente quantitativo, que não leva em conta o motivo da sua utilização⁴⁴.

A prevalência de polifarmácia ficou entre 11% e 46,6%, sendo o sexo feminino, idade mais avançada, doenças crônicas e maior utilização dos serviços de saúde características associadas a esta prática^{29, 44, 64, 68}.

Os medicamentos mais utilizados nas diferentes faixas etárias pertencem aos sistemas cardiovascular, nervoso e do trato alimentar/metabolismo^{29, 68}. Sendo os cardiovasculares os mais representativos, alcançado uma prevalência de até 80,7%⁴⁴.

É importante destacar que, a maior prevalência de utilização de medicamentos foi encontrada entre diabéticos hipertensos, os quais apresentaram 97,8% de uso de pelo menos um medicamento de qualquer classe farmacológica. Quando se analisou por morbidades, a prevalência de uso de antihipertensivo foi de 88,7%, de antidiabéticos foi de 64,7% e entre diabéticos hipertensos, o uso de antihipertensivo foi de 89,9% e de antidiabéticos de 57,3%. O consumo médio de medicamento nessa população chegou a 6,2, e o número máximo de medicamentos utilizados foi 23³³.

Sabe-se que os medicamentos podem contribuir para a manutenção da capacidade funcional e da qualidade de vida dos idosos, mas também podem comprometê-la, visto que, as alterações farmacocinéticas e farmacodinâmicas inerentes ao processo de envelhecimento sujeito a um maior número de tratamentos aumentam a vulnerabilidade desse grupo etário aos eventos adversos dos medicamentos, seja por efeitos colaterais, ou por interações medicamentosas²⁶.

Os artigos relevantes utilizados nessa seção estão descritos a seguir no quadro 1,

Quadro 1 – Artigos relevantes sobre Utilização de Medicamentos por idosos.

Autor	Ano	Local	Título	Delineamento	Tamanho da amostra/ Faixa etária	Recordatório	Principais resultados
Bertoldi et al. ⁶	2004	Pelotas/RS	Utilização de medicamentos em adultos: prevalência e determinantes individuais	Transversal, base populacional	N: 3182 (583 idosos) Adultos com 20 anos de idade ou mais.	15 dias	Mulheres, idosos e indivíduos de nível econômico mais elevado tiveram maiores prevalências de uso de medicamentos. 60 – 69 anos: 76,4% 70 ou +: 87,2%
Coelho Filho et al. ²⁷	2004	Fortaleza/CE	Perfil de utilização de medicamentos por idosos em área urbana do Nordeste do Brasil.	Transversal, base populacional	N: 668 Idosos: 60 anos ou mais	7 dias	Prevalência de uso de pelo menos um medicamento prescrito: 80,3% na área central; 67,5% na área intermediária; e 60,7% na área periférica. Prevalência de uso de pelo menos um medicamento não-prescrito: 21,5% na área central; 25,6% na área intermediária e 37,4% na área periférica. A classe de medicamentos mais utilizada foi do sistema cardiovascular: 29,3%.
Loyola Filho et al. ⁴⁵	2005	Bambuí/MG	Estudo de base populacional sobre o consumo de medicamentos entre idosos: Projeto Bambui.	Transversal, de base populacional	N: 1603 Idosos de 60 anos ou mais	90 dias	Prevalência de uso de medicamentos: 69,1% prescritos, 6,4% não prescritos e 10,7% haviam consumido simultaneamente medicamentos prescritos e não prescritos. A classe de medicamentos mais utilizada foi do sistema cardiovascular: 36,2%

Autor	Ano	Local	Título	Delineamento	Tamanho da amostra/ Faixa etária	Recordatório	Principais resultados
Flores et al. ³²	2008	Santa Rosa/RS	Perfil de utilização de medicamentos em idosos da zona urbana de Santa Rosa, Rio Grande do Sul, Brasil.	Transversal	N: 294 Idosos: 60 anos ou mais	7 dias	Prevalência de uso de medicamentos: 82% Número máximo de medicamentos utilizados: 13, sendo que 92,2% tomavam até seis medicamentos. 96% dos medicamentos foram utilizados com prescrição médica. A classe de medicamento mais utilizada foi do sistema cardiovascular: 54,6%.
Rozenfeld et al. ⁶⁴	2008	Rio de Janeiro	Drug utilization and polypharmacy among the elderly: a survey in Rio de Janeiro City, Brazil.	Transversal, de base populacional	N: 800 Idosos de 60 anos ou mais	15 dias	Prevalência de uso de medicamentos: 85%. Média de 3,7 medicamentos por idoso. Uso máximo de 24 medicamentos. A classe de medicamentos mais utilizada foi do sistema cardiovascular: 34,4%. Polifarmácia: 11%
Loyola Filho et al. ⁴⁴	2011	BambuÍ/MG	Birth cohort differences in the use of medications in a Brazilian population of older elderly: the Bambuí Cohort Study of Aging (1997 and 2008).	Coorte	Coorte de 1997: 492 Coorte de 2008: 620	atual	A prevalência da utilização de pelo menos um medicamento nas coorte 1997 e de 2008 foi: 88,8% e 93,6%, respectivamente. Número de medicamentos utilizados 3.4 e 4.6, respectivamente. Prevalência da polifarmácia 29,1% e 46,6%, respectivamente. Foi observado um maior consumo de medicamentos na faixa etária de 76 – 81 anos, em ambos os sexos. A classe de medicamentos mais utilizada foi do sistema cardiovascular: 80,7%.

Autor	Ano	Local	Título	Delineamento	Tamanho da amostra/ Faixa etária	Recordatório	Principais resultados
Carvalho et al. ²⁶	2012	São Paulo	Polifarmácia entre idosos do Município de São Paulo - Estudo SABE.	Transversal, base populacional	N: 1115 Idosos de 65 anos ou mais	atual	Polifarmácia: 36% (5 ou mais medicamentos) Média de 3,6 medicamentos por idoso. Uso máximo de 16 medicamentos. A classe de medicamentos mais utilizada foi do sistema cardiovascular: 50%
Dal Pizzol et al. ²⁹	2012	Carlos Barbosa/RS	Uso de medicamentos entre idosos residentes em áreas urbanas e rurais de município no Sul do Brasil: um estudo de base populacional.	Transversal, base populacional	N: 872 Idosos: 60 anos ou mais	atual	Prevalência de medicamentos de uso contínuo: 72,3%. Média de 2,1 e máximo de 13. Polifarmácia: 13,9% Classe de medicamento mais utilizada foi do sistema cardiovascular.

Autor	Ano	Local	Título	Delineamento	Tamanho da amostra/ Faixa etária	Recordatório	Principais resultados
Gontijo et al. ³³	2012	Belo Horizonte/MG	Uso de anti-hipertensivos e antidiabéticos por idosos: inquérito em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil.	Transversal, de base populacional	N: 667 Idosos: 60 anos ou mais	15 dias	As prevalências de uso de pelo menos um medicamento de qualquer classe farmacológica: 96,5% entre os hipertensos, 88,2% entre os diabéticos e 97,8% entre os diabéticos hipertensos. Prevalência de uso de anti-hipertensivo foi 88,7%, de antidiabéticos foi 64,7% e entre diabéticos hipertensos, o uso de anti-hipertensivos foi de 89,9% e de antidiabéticos de 57,3%. O consumo médio: 5,7 medicamentos entre os hipertensos, 4,8 entre os diabéticos e 6,2 entre os diabéticos hipertensos. Número máximo de medicamentos: 23 A classe de medicamentos mais utilizada foi a do sistema cardiovascular.
Silva et al. ⁶⁸	2012	Belo Horizonte/MG e Rio de Janeiro/RJ	Utilização de medicamentos por idosos brasileiros, de acordo com a faixa etária: um inquérito postal.	Transversal, de base populacional	N: 985 Idosos de 60 anos ou mais	15 dias	Prevalência de uso de medicamentos: 83,0 Polifarmácia: 35,4% (5 ou mais medicamentos) Condições crônicas: 95,3% possuía ao menos 1 doença, sendo que 36,5% dos idosos relataram quatro ou mais doenças. A classe de medicamentos mais utilizada foi do sistema cardiovascular: 30,4%

Autor	Ano	Local	Título	Delineamento	Tamanho da amostra/ Faixa etária	Recordatório	Principais resultados
Silva Gde et al. ⁶⁹	2012	Quixadá/CE	Uso de medicamentos continuos e fatores associados em idosos de Quixada, Ceara.	Transversal	N: 384 Idosos de 60 anos ou mais	atual	Prevalência de polifarmácia: 70,6% Polifarmácia: utilização de dois ou mais medicamentos (prescritos ou não). Condição crônica: 60% possuía mais de 2 condições crônicas Uso médio de 2,4 medicamentos, uso máximo de 10 medicamentos.

3 MARCO TEÓRICO

No Brasil, várias políticas voltadas para o acesso a medicamentos têm sido discutidas e implantadas nos últimos anos, dentre elas a PNM, a PNAF e a criação do Programa Farmácia Popular, que visam assegurar o acesso aos medicamentos essenciais, assim como garantir seu uso racional^{16, 19, 22}.

O acesso a medicamentos é conceituado como um fator mediador entre a capacidade de um sistema de saúde de oferecer o insumo e o consumo real deste produto pela população^{8, 62}. O PFPB interfere na questão de acesso na medida em que viabiliza medicamentos a baixo custo ou gratuitamente, mediante apresentação da receita médica, sendo ela do setor público ou privado^{22, 30, 19}. Portanto, o acesso a medicamentos através do PFPB requer a utilização dos serviços de saúde, que é o resultado de um processo no qual há efetiva obtenção de atendimento decorrente de uma busca do indivíduo⁷¹.

Um dos principais objetivos do PFPB é favorecer uma parcela da população que tem renda de até quatro salários mínimos, e que embora utilize o sistema privado de saúde, não têm condições de manter seus tratamentos em função dos altos custos. O Programa não tem como objetivo atender os usuários do SUS já que estes deveriam receber AF municipal. Entretanto, o Programa também tem proporcionado uma alternativa de acesso para essa população⁵⁹ que muitas vezes sofre com a falta de medicamentos na rede pública.

O modelo teórico deste estudo (Figura 3) propõe explicar as características relacionadas à utilização do PFPB por idosos, considerando idosos os indivíduos com mais de 65 anos de idade em países desenvolvidos e com mais de 60 anos nos países em desenvolvimento⁷⁶.

As características demográficas (sexo, idade, cor da pele e situação conjugal) assim como as socioeconômicas (escolaridade, nível econômico, ocupação) são determinantes distais da utilização do PFPB.

A associação entre nível econômico e grau de instrução com utilização da farmácia popular é controversa. Por um lado idosos com maior grau de instrução, têm maior ciência sobre a importância do acompanhamento de sua saúde, maior

acesso aos serviços de saúde e conseqüentemente maior chance de obter receita médica, o que viabilizaria o acesso ao PFPB. Por outro lado, um estudo mostra que os indivíduos de nível econômico mais baixo tem maior utilização do PFPB⁵⁹, isto pode ocorrer por este grupo populacional apresentar maiores necessidades em saúde e não ter realmente alternativa de aquisição privada do medicamento.^{6, 7, 38, 45.}

Com o aumento da idade os idosos tendem a apresentar maiores necessidades de saúde, o que deveria resultar em maior utilização de serviços de saúde, e de medicamentos ^{11, 27, 38, 70, 77.} Porém, o aumento da idade, juntamente com as DCNT, pode trazer algumas limitações¹¹, como dificuldade de deslocamento e perda da autonomia.

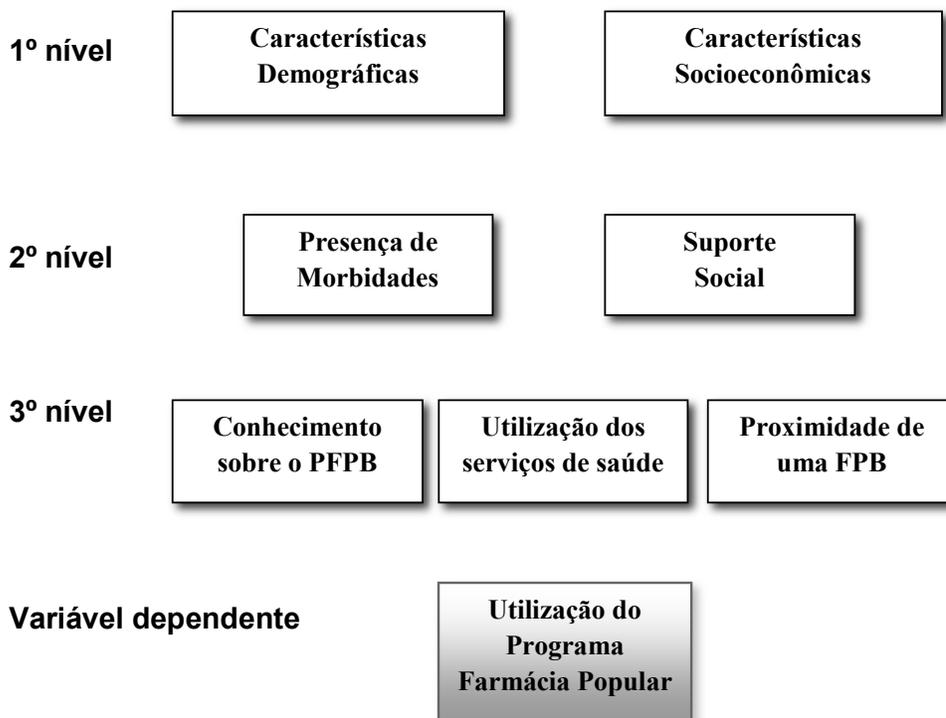
Em relação ao sexo, as mulheres referem mais doenças crônicas do que os homens, utilizam mais os serviços de saúde, estando mais sujeitas a medicalização^{6, 45, 70.} Estudos apontam também que ter companheiro (a) é um facilitador da utilização do serviço de saúde²⁸. Assim, estes indivíduos têm maior probabilidade de diagnosticar doenças, ter acesso a receita médica e receber informações a respeito do PFPB.

No segundo nível de análise, a presença de morbidades representa um indicador de necessidade em saúde, determinando a utilização de serviços de saúde, o uso de medicamentos^{6, 45}e a necessidade de utilizar ou não o PFPB. O suporte social é considerado um importante facilitador de acesso ao programa, uma vez que o idoso com algum nível de limitação necessita de uma rede de apoio social, que pode ser um familiar, amigo, vizinho ou um profissional.

Cabe salientar que há outros fatores que podem impedir ou dificultar o acesso ao Programa, como a distância geográfica até a farmácia e a necessidade de uma procuração no caso de uma terceira pessoa precisar retirar o medicamento. O conhecimento é também um forte determinante da utilização do PFPB e é influenciado pelo acesso à informação, disponibilizado principalmente por governantes, através de políticas públicas de saúde, e pelos serviços de saúde. Este aspecto é de especial relevância por se tratar de um Programa relativamente novo e que ainda não está totalmente difundido.

3.1 MODELO TEÓRICO

Figura 3 - Modelo Teórico



3.2 MODELO DE ANÁLISE

O modelo de análise do presente estudo abrange três níveis hierárquicos. Situados no nível distal, encontram-se os fatores demográficos (sexo, idade, cor da pele e situação conjugal) e socioeconômicos (escolaridade, nível econômico, ocupação). As variáveis acima se inter-relacionam e determinam a situação de saúde dos indivíduos (morbidades), situadas no segundo nível.

O nível econômico, idade e saúde do idoso são as principais variáveis que determinam a utilização dos serviços de saúde, que por sua vez, juntamente com o conhecimento sobre o Programa e a proximidade de uma farmácia cadastrada no Programa (terceiro nível), são determinantes proximais da utilização do PFPB.

4 JUSTIFICATIVA

Uma prioridade nas políticas de saúde atuais, como a Política Nacional de Medicamentos é garantir o acesso a medicamentos essenciais a todos os indivíduos^{16, 48}. Nesse contexto, o Governo Federal criou o Programa Farmácia Popular, o qual garante o acesso a medicamentos a baixo custo ou gratuitamente, contribuindo na redução das despesas familiares⁴.

Os medicamentos são responsáveis por 48,7% dos orçamentos familiares destinados a assistência à saúde. Esses gastos são ainda mais significantes nas famílias de menor renda, que destinam 74,2% de seus orçamentos de saúde com remédios, enquanto para aqueles de maior renda, os remédios representam apenas 33,6% dos gastos totais em saúde^{19, 35}.

Estima-se que idosos brasileiros, aposentados e pensionistas, comprometem de 23% a 51% do salário mínimo com medicamentos^{41, 42}, levando em consideração que 50% da população estudada têm renda menor ou igual a um salário mínimo, o gasto médio mensal com medicamentos compromete em média 25% da renda de metade da população idosa brasileira⁴¹.

Cabe ressaltar, que um quarto dos idosos deixam de utilizar medicamentos em razão do alto custo ^{1, 33,35, 58}, esse fato demonstra que grande parte da população tem o sistema público de saúde como única alternativa para obtenção do tratamento medicamentoso⁴, evidenciando a importância da ampliação do acesso aos medicamentos, em especial para essa faixa etária, que possui um maior número de doenças e conseqüentemente, utilizam um maior número de medicamentos ^{11, 14}.

O PFPB é um programa relativamente novo, que necessita de estudos capazes de gerar evidências a respeito da sua utilização e os motivos da não utilização.

Embora este estudo aborde o PFPB apenas na rede privada, visto que não há unidades próprias do Programa na cidade de Pelotas, este será o primeiro estudo de base populacional sobre utilização do PFPB.

O resultado desse trabalho permitirá avaliar o desempenho do Programa em relação aos seus objetivos, analisando se ele está sendo resolutivo para a questão de acesso aos medicamentos, identificando o perfil da população que utiliza o Programa e avaliando as dificuldades e limitações para a utilização do PFPB. Este estudo fornecerá subsídios para adequar o PFPB de forma a qualificar o atendimento à população no que concerne ao acesso a medicamentos essenciais.

5 OBJETIVOS

5.1 OBJETIVO GERAL

Caracterizar a utilização do Programa Farmácia Popular entre idosos no município de Pelotas.

5.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- a) Determinar a prevalência de utilização do PFPB-E nos últimos 15 dias;
- b) Descrever os idosos que utilizam o PFPB-E conforme:
 - morbidades;
 - medicamentos utilizados conforme grupo farmacológico;
 - gratuidade dos medicamentos.

- c) Descrever o motivo da não utilização do PFPB-E entre os que utilizam medicamentos que constam na lista do programa;
- d) Determinar a proporção de idosos que conhecem o PFPB;
- e) Descrever a utilização do PFPB-E de acordo com:
 - Características socioeconômicas (escolaridade, nível socioeconômico e ocupação);
 - Características demográficas (idade, sexo, cor da pele e situação conjugal);
- f) Avaliar possíveis fatores associados: socioeconômicos, demográficos;
- g) Identificar a origem da prescrição utilizada pelos idosos para obter o medicamento pelo PFPB-E (SUS, particular ou convênios);

6 HIPÓTESES

- a) A prevalência de utilização do PFPB-E será de 60%;
- b) A utilização do PFPB-E será maior entre hipertensos, diabéticos e asmáticos;
- c) A prevalência de utilização de medicamentos gratuitos do PFPB-E entre idosos para será de 80% entre diabéticos, 80% entre hipertensos e 60% entre asmáticos;
- d) Os principais motivos da não utilização serão: desconhecimento sobre o PFPB, dificuldade na obtenção de receita médica; não aceitação dos medicamentos genéricos e/ou similares; dificuldade de deslocamento até a farmácia;
- e) 80% dos idosos conhecem o PFPB;
- f) A utilização do PFPB-E associa-se positivamente com:
 - Idade acima de 70 anos;
 - Sexo feminino e cor da pele branca;
 - Maior escolaridade;
 - Melhor nível socioeconômico;
 - Ter companheiro;

- Ser aposentado;
- g) 60% das prescrições médicas serão oriundas da rede pública e 40% da rede privada.

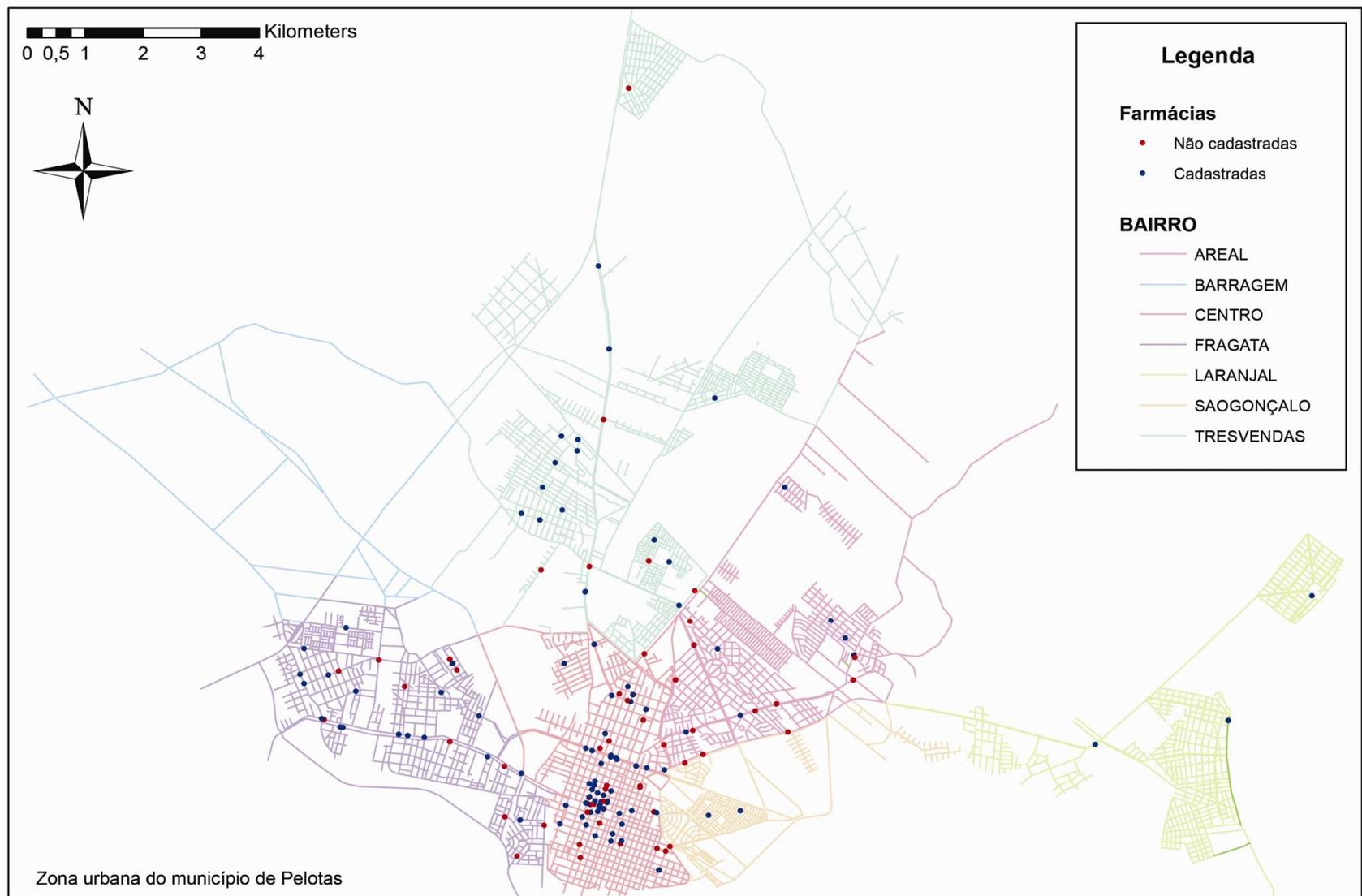
7 METODOLOGIA

7.1 CARACTERIZAÇÃO DO MUNICÍPIO EM ESTUDO

Em 2010, segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), havia 305.696 habitantes na zona urbana de Pelotas, dos quais 46.099 possuíam 60 anos ou mais de idade.

Conforme o cadastro da Vigilância Sanitária de Pelotas há 165 farmácias e drogarias na zona urbana, dessas, 103 (62,4%) são cadastradas no PFPB e estão distribuídas em 7 bairros da cidade, conforme mapa (figura 4) abaixo.

Figura 4. Mapeamento das farmácias da zona urbana de Pelotas, cadastradas e não no PFPB.



7.2 DELINEAMENTO

Estudo transversal de base populacional. Será entrevistada uma amostra representativa dos idosos da cidade de Pelotas-RS. As informações serão obtidas através de questionário padronizado, aplicado em inquérito domiciliar.

7.3 JUSTIFICATIVA PARA O DELINEAMENTO

O delineamento escolhido para avaliar a Utilização do Programa Farmácia Popular tem sido amplamente utilizado na avaliação da efetividade de políticas e programas de saúde, sendo útil para o planejamento em saúde por possuir alto poder descritivo.

Essa metodologia é ideal para este estudo, visto que, é um estudo simples, rápido e de baixo custo, sendo a coleta dos dados de fácil obtenção em tempo relativamente curto quando comparados com outros delineamentos.

7.4 DEFINIÇÃO DO DESFECHO E DAS EXPOSIÇÕES

7.4.1 Definição do desfecho

Utilização do Programa Farmácia Popular: Ter utilizado o PFPB-E para obtenção de pelo menos um medicamento, com recordatório de quinze dias.

Serão questionados todos os medicamentos utilizados pelo idoso, e para cada remédio será feita a pergunta “**Como obteve**”, independentemente do medicamento fazer parte ou não do PFPB-E.

Utilização do Programa Farmácia Popular entre asmáticos: Ter diagnóstico médico referido pelo entrevistado de asma e ter utilizado o PFPB-E para obtenção de pelo menos um medicamento para asma, com recordatório de quinze dias.

Utilização do Programa Farmácia Popular entre diabéticos: Ter diagnóstico médico referido pelo entrevistado de diabetes e ter utilizado o PFPB-E para obtenção de pelo menos um medicamento para diabetes, com recordatório de quinze dias.

Utilização do Programa Farmácia Popular entre hipertensos: Ter diagnóstico médico referido pelo entrevistado de hipertensão e ter utilizado o PFPB-E para obtenção de pelo menos um medicamento para hipertensão, com recordatório de quinze dias.

7.4.2 Definição das exposições

Quadro 2 - Características das variáveis de exposição

Variáveis	Tipo de Variável	Definição operacional
Variáveis Demográficas		
Sexo	Categórica dicotômica	Masculino/Feminino
Idade	Numérica discreta	Anos completos
Situação Conjugal	Categórica nominal	Com companheiro/Sem companheiro
Cor da pele	Categórica nominal	Branca/preta/amarela/indígena/ parda
Variáveis Socioeconômicas		
Escolaridade	Numérica discreta	Anos completos de estudo
Status Ocupacional	Categórica nominal	Aposentado/pensionista/outras
Nível econômico (ABEP)	Categórica ordinal	A/B/C/D/E

PFPB e Uso de Medicamentos		
Conhecimento do PFPB	Categórica dicotômica	Sim/Não
Uso de medicamentos nos últimos 15 dias	Categórica dicotômica	Sim/Não
Uso de medicamentos de uso contínuo	Categórica dicotômica	Sim/Não
Nome(s) do(s) remédio(s)	Categórica nominal	Pergunta em aberto
Serviço de saúde utilizado/origem da receita	Categórica nominal	SUS/Particular ou Convênio/Outra pessoa
Onde obteve os medicamentos	Categórica nominal	Farmácia Popular/Unidade Básica/Farmácia Municipal/Amostra grátis/Farmácia, sem ser PFPB-E/Farmácia de manipulação/Outros
Tentou conseguir este ou alguns destes remédios no PFPB-E	Categórica dicotômica	Sim/Não
Da vez em que tentou conseguir algum remédio pelo PFPB-E e não conseguiu, qual foi o principal motivo	Categórica nominal	Não tinha o medicamento/não tinha a marca do medicamento que costuma utilizar/não conseguiu receita/não tinha como ir até a farmácia/não faz parte da lista de medicamentos cadastrados no PFPB
Motivo de não buscar a utilização do PFPB-E	Categórica nominal	Não conhece o PFPB/Tem dificuldade em conseguir receita médica/Não confia nos medicamentos distribuídos pelo governo/ Médico aconselhou que não utilizasse/Não tinha próxima da sua casa/Não podia pagar/Não faz parte da lista de medicamentos da FP/Outros

Variáveis de condições de saúde		
Diabetes*	Categórica dicotômica	Sim/Não
Hipertensão*	Categórica dicotômica	Sim/Não
Asma/bronquite/DPOC*	Categórica dicotômica	Sim/Não
Rinite*	Categórica dicotômica	Sim/Não
Glaucoma*	Categórica dicotômica	Sim/Não
Doença de Parkinson*	Categórica dicotômica	Sim/Não
Dislipidemia*	Categórica dicotômica	Sim/Não
Osteoporose*	Categórica dicotômica	Sim/Não

*diagnóstico médico referido pelo entrevistado

7.5 CRITÉRIOS DE ELEGIBILIDADE

7.5.1 Critérios de inclusão

- a) Idosos com 60 anos ou mais de idade, de ambos os sexos;
- b) Residentes na zona urbana do município de Pelotas-RS.

7.5.2 Critérios de exclusão

- a) Idosos institucionalizados (casas geriátricas, hospitais, presídio);
- b) Idosos impossibilitados de responder ao questionário devido a problemas mentais ou físicos (seqüelas AVC, catarata, audição) e que não possuem acompanhante/cuidador.

7.6 POPULAÇÃO ALVO DO ESTUDO

A população alvo desse estudo será de indivíduos com 60 anos ou mais, não institucionalizados, de ambos os sexos, residentes na área urbana do município de Pelotas-RS.

7.7 CÁLCULO DO TAMANHO AMOSTRAL

A amostra para este estudo foi calculada no programa EpiInfo versão 7, baseada no maior número de sujeitos necessários para estudar os desfechos em questão.

7.7.1 Estimativas do tamanho de amostral para prevalências

Considerando uma população de 46.099 idosos, o quadro 3 apresenta a estimativa de tamanho da amostra para estudar a prevalência dos desfechos em estudo levando em conta os seguintes parâmetros:

- a) 60% dos idosos utilizam o PFPB;
- b) 20% dos idosos são diabéticos e desses, 80% utilizam o PFPB (9.220 idosos diabéticos, 7.375 usam: 16%);
- c) 50% dos idosos são hipertensos e desses, 80% utilizam o PFPB (23.049 idosos hipertensos, 18.439 usam: 40%);
- d) 6% dos idosos são asmáticos e desses, 60% utilizam o PFPB (2.766 idosos asmáticos, 1.660 usam: 3,6%).

Quadro 3 - Cálculo do tamanho de amostra para os desfechos.

Exposições	Prevalência estimada	Limites de confiança	EDFF	Amostra parcial	Amostra total*
Ter utilizado o PFPB	60%	4pp	1,5	854	940
Utilização do PFPB entre Hipertensos	40%	4pp	1,5	854	940
Utilização do PFPB entre Diabéticos	16%	3pp	1,5	850	935
Utilização do PFPB entre Asmáticos	3,6%	2pp	1,5	500	550

*Considerando os acréscimos de 10% para perdas e recusas.

O maior tamanho de amostra necessário para estudo dos objetivos propostos é de **940** idosos, considerando um efeito de delineamento de 1,5.

7.7.2 Estimativas do tamanho de amostra para associações

O quadro 4 apresenta os resultados dos cálculos para o estudo de associação entre Utilização do Programa Farmácia Popular e diferentes exposições.

Para estimar a prevalência no grupo exposto e não exposto utilizou-se como referência, as estimativas das variáveis socioeconômicas e demográficas do banco de dados de idosos do Consórcio de Pesquisa do Programa de Pós-graduação em Epidemiologia do ano de 2011/2012. As estimativas de prevalência dos desfechos basearam-se em estudos de utilização de medicamentos, por que não foram encontradas estimativas de razão de prevalência (RP) para as exposições em estudo. Foram calculadas as RP mínimas de 1,3 e 1,5 detectadas com poder de 80% e nível de significância de 95% considerando uma amostra em torno de 1.300 idosos. A amostra total inclui 10% para perdas e recusas, 15% para fator de confusão e 1,5 de efeito de delineamento.

Quadro 4 - Cálculo de tamanho de amostra para fatores associados à Utilização do Programa Farmácia Popular.

Variável	Grupo não exposto	% desfecho no grupo não exposto	RP	Razão não exposto/ exposto	Amostra sem acréscimos	Amostra total*
Sexo	Masculino	50,3	1,3	0,56	393	737
		45,4	1,5	0,56	181	339
Idade	60 até 69 anos	53,2	1,3	1,38	331	620
		49,5	1,5	1,38	143	268
Cor da pele	Não branca	48,1	1,3	0,22	665	1246
		42,5	1,5	0,22	324	607
Situação conjugal	Sem companheiro	52,6	1,3	1,13	333	624
		48,5	1,5	1,13	153	287
Nível socioeconômico	D e E	42,1	1,5	0,18	369	692
Escolaridade	Até 4 anos	51,3	1,3	0,78	354	664
		46,8	1,5	0,78	155	291

*Considerando os acréscimos de 10% para perdas e recusas, 15% para fator de confusão e 1,5 de efeito de delineamento.

O maior tamanho da amostra acrescido de 10% para perdas, 15% para fatores de confusão e multiplicado pelo efeito de delineamento de 1,3 foi de **1246** indivíduos.

7.8 PROCESSO DE AMOSTRAGEM

O programa de pós-graduação em Epidemiologia utiliza um regime de trabalho chamado de consórcio, onde todos os mestrandos trabalham conjuntamente na elaboração do instrumento de coleta de dados, que será único e contemplará questões individuais.

Cada mestrando definiu em comum acordo com seus orientadores, seu tema de pesquisa e fez os respectivos cálculos de tamanho amostral necessário para as estimativas de prevalência e de associações, em conformidade com seus objetivos gerais e específicos.

Será utilizado um processo amostral em múltiplos estágios por conglomerados a partir da grade de setores censitários do Censo Demográfico de 2000 do IBGE.

A partir disso, será verificado o número de domicílios que atenderá aos objetivos de todos os mestrandos, considerando os acréscimos de 10% para perdas e recusas e 15% para controle dos fatores de confusão. Com o intuito de reduzir os efeitos de delineamento, serão amostrados cerca de 10 domicílios em cada um dos setores que serão selecionados.

Os 404 setores censitários da zona urbana de Pelotas serão listados conforme a ordem crescente da renda média do chefe da família e será calculado o número cumulativo de domicílios do primeiro ao último setor.

7.9 LOGÍSTICA DO TRABALHO DE CAMPO

Inicialmente será feita a seleção dos setores censitários e identificação dos domicílios que serão visitados. Cada mestrando será responsável pela supervisão de um número de setores censitários a ser definido e de no mínimo duas entrevistadoras. Após, os mestrandos visitarão os domicílios, informando aos moradores o plano de realização da pesquisa, coleta de informações a respeito do número de moradores, telefone para contato e melhor horário para visita. Os idosos que não aceitarem participar da pesquisa ou que não forem encontrados serão procurados novamente. Só será considerada perda se após três tentativas, feitas em diferentes dias e horários, a recusa persistir. A coleta de dados será feita por entrevistadoras previamente treinadas, que serão supervisionadas pelos alunos da turma de mestrado. A turma será dividida em “comissões”, cada qual com deveres e

responsabilidades. Maiores detalhes em relação quanto à logística do trabalho de campo serão definidos posteriormente.

7.10 INSTRUMENTO DE PESQUISA

O instrumento utilizado será composto por 11 questões (apêndice 3). Foi realizado um estudo pré-piloto com quarenta idosos com o intuito de verificar a clareza das perguntas que compõe o instrumento. Observou-se que os idosos entrevistados não tiveram dificuldades no entendimento das questões, respondendo as mesmas sem solicitarem maiores esclarecimentos.

7.11 ESTUDO PILOTO

O estudo piloto será conduzido, em um setor censitário que não tenha sido sorteado e ocorrerá após seleção das entrevistadoras, assim que o questionário geral e os específicos de cada mestrando estiverem completamente elaborados.

Esse estudo permitirá testar a clareza e consistência do questionário, bem como estimar o tempo médio da entrevista e avaliar a logística proposta.

7.12 SELEÇÃO E TREINAMENTO DOS ENTREVISTADORES

Serão selecionadas entrevistadoras do sexo feminino, com pelo menos 18 anos, com ensino médio completo e disponibilidade de tempo integral para a realização do trabalho.

Constituirá o processo de seleção: avaliação do trabalho de contagem de domicílios, desempenho no treinamento, avaliação curricular, experiência prévia em

pesquisa, entrevistas e prova teórica. O estudo piloto irá corresponder à última fase do treinamento das entrevistadoras, que ocorrerá sob a supervisão dos mestrandos.

7.13 PROCESSAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS

A análise dos dados será realizada através do programa estatístico Stata – versão 12.0. Inicialmente será feita uma descrição da amostra apresentando as proporções das variáveis independentes. Em seguida será calculada a prevalência dos desfechos de acordo com as variáveis independentes, apresentando os respectivos intervalos de confiança (IC95%), utilizando o teste X^2 de heterogeneidade para diferenças de proporções.

Como o processo de amostragem utilizará conglomerados (setor censitário), será calculado o efeito de delineamento sobre o desfecho, de forma que a análise de fatores associados irá incorporar o comando svy do programa STATA.

Para cálculos das razões de prevalência será utilizada a regressão de Poisson. . As variáveis que na análise bruta apresentarem significância estatística (valor p) menor que 0,2 nos testes de Wald, tendência linear ou heterogeneidade serão levadas para análise multivariável com seleção para trás, de acordo com modelo hierárquico proposto no item 3.2 (modelo de análise). Serão mantidas no modelo as variáveis com $p < 0,2$ e consideradas associadas aquelas com $p < 0,05$.

8 ASPECTOS ÉTICOS

Todos os participantes serão esclarecidos previamente sobre o estudo e apenas responderão ao questionário após a assinatura de um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Será garantido aos participantes o sigilo das informações prestadas.

O projeto final incluirá os projetos de todos os mestrados e será encaminhado e submetido à aprovação pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Pelotas.

Após o término do trabalho de campo, serão distribuídos em todos os domicílios visitados, panfletos com informações a respeito do PFPB.

9 CONTROLE DE QUALIDADE

Será realizado pelos alunos do mestrado 2013/2014 para verificação de possíveis erros ou respostas falsas. O controle de qualidade irá ocorrer através da revisita a uma amostra de 10% dos idosos, sorteada aleatoriamente. Nestes domicílios será aplicado um questionário reduzido com questões-chave. O questionário será composto por uma pergunta de cada tema de pesquisa dos mestrados, além daquelas correspondentes a identificação dos indivíduos. A consistência das informações entre as variáveis será avaliada através da estatística Kappa.

10 FINANCIAMENTO

O consórcio de pesquisa será financiado pelos recursos do Programa de Excelência Acadêmica - PROEX da Coordenação de Aperfeiçoamento e Pessoal de Nível Superior (Capes) e, se necessário, pelos alunos de mestrado da turma 2013-14.

11 DIVULGAÇÃO DOS DADOS E RESULTADOS

Os resultados encontrados no estudo serão publicados através de um artigo científico a ser publicado em periódico de saúde coletiva. Também será redigida uma nota para a imprensa local e para a Secretaria de Saúde do Município.

12 CRONOGRAMA DE ATIVIDADES

O início da coleta de dados está previsto para dezembro de 2013 e terá duração aproximada de quatro meses. A redação do volume final da dissertação terá duração média de seis meses, estando à defesa prevista para novembro ou dezembro de 2014.

Período	Ano 2013												Ano 2014											
Etapas	J	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	J	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D
Revisão de Literatura																								
Elaboração do Projeto																								
Defesa do Projeto																								
Planejamento Logístico																								
Seleção e treinamento de entrevistadores																								
Estudo piloto																								
Coleta dos dados																								
Revisão questionários																								
Controle de qualidade																								
Limpeza dos dados																								
Análise dos dados																								
Redação do artigo																								
Defesa Dissertação																								

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Aziz Marina Meneses, Calvo Maria Cristina, Schneider Ione Jayce Ceola, Xavier André Junqueira, D'orsi Eleonora. Prevalência e fatores associados ao acesso a medicamentos pela população idosa em uma capital do sul do Brasil: um estudo de base populacional. *Cadernos de saúde pública*. 2011;27:1939-50.
2. Barros Aluísio Jd, Bertoldi Andréa D. Out-of-pocket health expenditure in a population covered by the Family Health Program in Brazil. *International Journal of Epidemiology*. 2008;37(4):758-65.
3. Barros Marilisa Berti De Azevedo, Francisco Priscila Maria Stolses Bergamo, Zanchetta Luane Margarete, César Chester Luiz Galvão. Tendências das desigualdades sociais e demográficas na prevalência de doenças crônicas no Brasil, PNAD: 2003- 2008. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2011;16:3755-68.
4. Bertoldi A. D., Barros A. J., Camargo A. L., Hallal P. C., VANDOROS S., WAGNER A., et al. Household expenditures for medicines and the role of free medicines in the Brazilian public health system. *Am J Public Health*. 2011;101(5):916-21. Epub 2010/08/21.
5. Bertoldi A. D., Helfer A. P., Camargo A. L., TAVARES N. U., KANAVOS P. Is the Brazilian pharmaceutical policy ensuring population access to essential medicines? *Globalization and health*. 2012;8:6. Epub 2012/03/23.
6. Bertoldi Andréa D, Barros Aluísio J D, Hallal Pedro C, Lima Rosângela C. Utilização de medicamentos em adultos: prevalência e determinantes individuais. *Revista de Saúde Pública*. 2004;38:228-38.
7. Boing Alexandra Crispim, Bertoldi Andréa Dâmaso, Peres Karen Glazer. Desigualdades socioeconômicas nos gastos e comprometimento da renda com medicamentos no Sul do Brasil. *Revista de Saúde Pública*. 2011;45:897-905.
8. Brasil. Avaliação da assistência farmacêutica no Brasil: estrutura, processo e resultados. Brasília: Ministério da Saúde; 2005.
9. Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília: Senado Federal; 1988.
10. Brasil. Decreto Nº 5.090, de 20 de maio de 2004. Regulamenta a Lei nº 10.858, de 13 de abril de 2004, e institui o programa "Farmácia Popular do Brasil" e dá outras providências. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.
11. Brasil. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa. Brasília: Ministério da Saúde; 2006. (Caderno de Atenção Básica, 19)
12. Brasil. Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus Brasília: Ministério da Saúde; 2001. (Caderno de Atenção Básica, 7)
13. Brasil. Lei nº 9.787, de 10 de fevereiro de 1999. Lei dos Medicamentos Genéricos. 1999.
14. Brasil. Manual de orientações às farmácias e drogarias credenciadas no "aqui tem farmácia popular". Brasília: Ministério da Saúde; 2012.
15. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022. Brasília: Ministério da Saúde; 2011.

16. Brasil. Secretaria de Políticas de Saúde. Política Nacional de Medicamentos: informe técnico institucional. Brasília: Ministério da Saúde; 2000.
17. Brasil. Portaria nº 1.146, de 1º de junho de 2012. Altera e acresce dispositivos à Portaria nº. 971/GM/MS, de 17 de maio de 2012, para ampliar a cobertura da gratuidade no âmbito do Programa Farmácia Popular do Brasil. 2012.
18. Brasil. Portaria nº 749, de 15 de abril de 2009. Dispõe sobre a expansão do Programa Farmácia Popular do Brasil - Aqui Tem Farmácia Popular. Brasília: 2009.
19. Brasil. Ministério da Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. Programa Farmácia Popular do Brasil: manual básico. Brasília: Ministério da Saúde; 2005.
20. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. Programa farmácia popular do Brasil: manual de informações às unidades credenciadas: sistema de co-pagamento. Brasília: Ministério da Saúde; 2008.
21. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Relação nacional de medicamentos essenciais: Rename. Brasília: Ministério da Saúde; 2009.
22. Brasil. Resolução n. 338, de 6 de maio de 2004. Aprova a Política Nacional de Assistência Farmacêutica. Brasília: Conselho Nacional de Saúde; 2004.
23. Brasil. Saúde Não Tem Preço. Brasília.2011 [cited 2013 28/05/13]; Available from: <http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/texto/4435/777/Conheca-o-%27Saude-Nao-Tem-Preco%27.html>.
24. Brasil, República Presidência Da. Lei Orgânica da Saúde 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., Lei nº. 8.080. 1990.
25. Bueno C. S., Moreira A. C., Oliveira K. R. Cost of drugs used to treat cardiovascular disease in Brazil. Revista panamericana de salud publica = Pan American journal of public health. 2012;31(1):62-7. Epub 2012/03/20. Preço dos medicamentos utilizados nas doenças cardiovasculares no Brasil.
26. Carvalho Maristela Ferreira Catão, Romano-Lieber Nicolina Silvana, Bergsten-Mendes Gun, Secoli Silvia Regina, Ribeiro Eliane, Lebrão Maria Lúcia, et al. Polifarmácia entre idosos do Município de São Paulo - Estudo SABE. Revista Brasileira de Epidemiologia. 2012;15:817-27.
27. Coelho Filho João Macêdo, Marcopito Luiz Francisco, Castelo Aduato. Perfil de utilização de medicamentos por idosos em área urbana do Nordeste do Brasil. Rev Saude Publica. 2004;38(4):557-64.
28. Costa Juvenal Soares Dias Da, Reis Mauri Caldeira, Silveira Filho Claudio Viana, Linhares Rogério Da Silva, Piccinini Fábio. Prevalência de consultas médicas e fatores associados, Pelotas (RS), 1999-2000. Rev saúde pública. 2008;42(6):1074-84.
29. Dal Pizzol Tatiane Da Silva, Pons Emilia Da Silva, Hugo Fernando Neves, Bozzetti Mary Clarisse, Sousa Maria Da Luz Rosário De, Hilgert Juliana Balbinot. Uso de medicamentos entre idosos residentes em áreas urbanas e rurais de município no Sul do Brasil: um estudo de base populacional. Cadernos de saude publica. 2012;28:104-14.
30. Ferraes. Amb. Política de medicamentos na atenção básica e a assistência farmacêutica no Paraná. Londrina2002.

31. Firmo J. O., Uchoa E., Lima-Costa M. F. [The Bambui Health and Aging Study (BHAS): factors associated with awareness of hypertension among older adults]. *Cadernos de saude publica*. 2004;20(2):512-21. Epub 2004/04/10.
32. Flores Vanessa Boeira, Benvegnú Luís Antônio. Perfil de utilização de medicamentos em idosos da zona urbana de Santa Rosa, Rio Grande do Sul, Brasil. *Cadernos de saude publica*. 2008;24:1439-46.
33. Gontijo Mde F., Ribeiro A. Q., Klein C. H., Rozenfeld S., Acurcio Fde A. [Use of anti-hypertensive and anti-diabetic drugs by the elderly: a survey in Belo Horizonte, Minas Gerais State, Brazil]. *Cadernos de saude publica*. 2012;28(7):1337-46. Epub 2012/06/26.
34. Instituto Brasileiro De Geografia E Estatística. Departamento de População e Indicadores Sociais. Perfil dos idosos responsáveis pelos domicílios no Brasil Rio de Janeiro: IBGE; 2002.
35. Instituto Brasileiro De Geografia E Estatística. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF) - 2008-2009. Rio de Janeiro: IBGE; 2010.
36. Instituto Brasileiro De Geografia E Estatística. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. Rio de Janeiro: IBGE; 2012.
37. Instituto Brasileiro De Geografia E Estatística. Projeção da população do Brasil por sexo e idade 1980-2050: Revisão 2008. Rio de Janeiro: IBGE; 2008. (Estudos & Pesquisas, 24)
38. Instituto Brasileiro De Geografia E Estatística. Sobre as condições de saúde dos idosos: indicadores selecionados. Rio de Janeiro: IBGE; 2009. (Estudos & Pesquisas)
39. Junges Fernanda. Avaliação do programa farmácia popular do Brasil : aspectos referentes a estrutura e a processos: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2009.
40. Lei Nº 10.858 De 13 De Abril De 2004, Brasília, Ministério Da Saúde. Autoriza a Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ) a disponibilizar medicamentos, mediante ressarcimento, e dá outras providências. 2004.
41. Lima-Costa M. F., Barreto S. M., Giatti L. Condições de saúde, capacidade funcional, uso de serviços de saúde e gastos com medicamentos da população idosa brasileira: um estudo descritivo baseado na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. *Cadernos de saude publica*. 2003;19(3):735-43. Epub 2003/06/14.
42. Lima Marina Guimarães, Ribeiro Andréia Queiroz, Acurcio Francisco De Assis, Rozenfeld Suely, Klein Carlos Henrique. Composição dos gastos privados com medicamentos utilizados por aposentados e pensionistas com idade igual ou superior a 60 anos em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. *Cadernos de saude publica*. 2007;23:1423-30.
43. Lísias R. Ruppenthal Pedro R. Petrovick. Comparação do Perfil dos Usuários e dos Medicamentos Dispensados na Farmácia Popular do Brasil e em Drogeria Privada em Porto Alegre, Brasil. *Latin American Journal of Pharmacy*. 2010;29.
44. Loyola Filho A. I., Firmo J. O., Uchoa E., Lima-Costa M. F. Birth cohort differences in the use of medications in a Brazilian population of older elderly: the Bambui Cohort Study of Aging (1997 and 2008). *Cadernos de saude publica*. 2011;27 Suppl 3:S435-43. Epub 2011/10/14.

45. Loyola Filho A. I., Uchoa E., Firmo Jde O., Lima-Costa M. F. Estudo de base populacional sobre o consumo de medicamentos entre idosos: Projeto Bambuí. *Cadernos de saude publica*. 2005;21(2):545-53. Epub 2005/05/21.
46. Loyola Filho Antônio I. De, Uchoa Elizabeth, Firmo Josélia De Oliveira Araújo, Lima-Costa Maria Fernanda. Estudo de base populacional sobre o consumo de medicamentos entre idosos: Projeto Bambuí. *Cad Saude Publica*. 2005;21(2):545-53.
47. Luz Tatiana Chama Borges, Loyola Filho Antônio Ignácio De, Lima-Costa Maria Fernanda. Estudo de base populacional da subutilização de medicamentos por motivos financeiros entre idosos na Região Metropolitana de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. *Cadernos de saude publica*. 2009;25:1578-86.
48. Machado C. V., Baptista T. W., Nogueira Cde O. Health policies in Brazil in the 2000s: the national priority agenda. *Cadernos de saude publica*. 2011;27(3):521-32. Epub 2011/04/27. Políticas de saude no Brasil nos anos 2000: a agenda federal de prioridades.
49. Maia Flávia De Oliveira Motta, Duarte Yeda Aparecida De Oliveira, Lebrão Maria Lúcia. Análise dos óbitos em idosos no Estudo SABE. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*. 2006;40:540-7.
50. Malta Deborah Carvalho, Silva Jr Jarbas Barbosa Da. O Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil e a definição das metas globais para o enfrentamento dessas doenças até 2025: uma revisão. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*. 2013;22:151-64.
51. Marcos Inocencio Bruna De Vivo. Acesso a medicamentos: análise das estratégias do estado para o desenvolvimento do Programa Farmácia Popular. *Cadernos Gestão Pública e Cidadania*. 2011;16, No 59
52. Ministério Da Saúde. Crescimento do Programa Farmácia Popular. Brasília.2013 [cited 2013 02/05/13]; Available from: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional>.
53. Ministério Da Saúde. Farmácia Popular do Brasil. Brasília.2012 [cited 2013 15/07/2013]; Available from: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=30298&janela=1.
54. Ministério Da Saúde. Oferta de medicamentos cresce 270%. Brasília: 03/09/2012; 2012 [cited 2013 15/07/13]; Available from: <http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/noticia/6953/162/oferta-de-medicamentos-cresce-270-desde-2011.html>.
55. Ministério Da Saúde. Programa Farmácia Popular do Brasil contabiliza mais de 20 mil pontos de distribuição de medicamentos no país. Brasília: 22/08/2012; 2012 [cited 2013 02/05]; Available from: <http://www.blog.saude.gov.br/programa-farmacia-popular-do-brasil-contabiliza-mais-de-20-mil-pontos-de-distribuicao-de-medicamentos-no-pais/>.
56. Organização Pan Americana Da Saúde. REDE Interagencial de Informação para a Saúde. Indicadores básicos para a saúde no Brasil: conceitos e aplicações. OPA; 2008. (2ª edição).
57. Paniz Vera Maria Vieira, Fassa Anaclaudia Gastal, Facchini Luiz Augusto, Bertoldi Andréa Dâmaso, Piccini Roberto Xavier, Tomasi Elaine, et al. Acesso a medicamentos de uso contínuo em adultos e idosos nas regiões Sul e Nordeste do Brasil. *Cad saúde pública*. 2008;24(2):267-80.

58. Paniz Vera Maria Vieira, Fassa Anaclaudia Gastal, Facchini Luiz Augusto, Piccini Roberto Xavier, Tomasi Elaine, Thumé Elaine, et al. Free access to hypertension and diabetes medicines among the elderly: a reality yet to be constructed. *Cad saúde pública*. 2010;26(6):1163-74.
59. Pinto Cdu B., Costa Ndo R., Osorio-De-Castro C. G. The "Farmacia Popular do Brasil" Program and aspects of public provision of medicines in Brazil. *Cien Saude Colet*. 2011;16(6):2963-73. Epub 2011/06/29. Quem acessa o Programa Farmacia Popular do Brasil? Aspectos do fornecimento publico de medicamentos.
60. Pinto Cdu B., Miranda E. S., Emmerick I. C., Costa Ndo R., Castro C. G. Medicine prices and availability in the Brazilian Popular Pharmacy Program. *Revista de saude publica*. 2010;44(4):611-9. Epub 2010/06/30.
61. Portaria Nº 491 De 9 De Março De 2006. Dispõe sobre a expansão do Programa "Farmácia Popular do Brasil". 2006.
62. Portela A. S., Leal A. A. F., Werner R. P. B., Simões M. O. S., Medeiros A. C. D. Políticas públicas de medicamentos: trajetória e desafios. *Rev ciênc farm básica apl*. 2010;31(1).
63. Portela A. S., Leal A. A. F., Werner R. P. B., Simões M. O. S., Medeiros A. C. D. Políticas públicas de medicamentos: trajetória e desafios^{ipt}. *Rev ciênc farm básica apl*. 2010;31(1).
64. Rozenfeld S., Fonseca M. J., Acurcio F. A. Drug utilization and polypharmacy among the elderly: a survey in Rio de Janeiro City, Brazil. *Revista panamericana de salud publica = Pan American journal of public health*. 2008;23(1):34-43. Epub 2008/02/23.
65. S. Costa H., C. Borba, M. Vilanova C., M. Costa, F. Coutinho D. Programa Farmácia Popular do Brasil: evolução do programa na cidade de São Luís - MA. *Revista de Pesquisa em Saúde*. 2010;11(3).
66. Schmidt Mi Duncan Bb, Azevedo E Silva, Menezes Am, Monteiro Ca, Barreto Sm, Et Al. Chronic non-communicable diseases in Brazil: burden and current challenges. ; . *Lancet* 2011;377(9781):1949-61.
67. Schramm Joyce Mendes De Andrade, Oliveira Andreia Ferreira De, Leite lúri Da Costa, Valente Joaquim Gonçalves, Gadelha Ângela Maria Jourdan, Portela Margareth Crisóstomo, et al. Transição epidemiológica e o estudo de carga de doença no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2004;9:897-908.
68. Silva Anderson Lourenço Da, Ribeiro Andréia Queiroz, Klein Carlos Henrique, Acurcio Francisco De Assis. Utilização de medicamentos por idosos brasileiros, de acordo com a faixa etária: um inquérito postal. *Cadernos de saude publica*. 2012;28:1033-45.
69. Silva Gde O., Gondim A. P., Monteiro M. P., Frota M. A., De Meneses A. L. [Continuous-use medication and associated factors in the elderly living in Quixada, Ceara, Brazil]. *Revista brasileira de epidemiologia = Brazilian journal of epidemiology*. 2012;15(2):386-95. Epub 2012/07/12. Uso de medicamentos continuos e fatores associados em idosos de Quixada, Ceara.
70. Travassos C., Viacava F., Pinheiro R., Brito A. [Utilization of health care services in Brazil: gender, family characteristics, and social status]. *Revista panamericana de salud publica = Pan American journal of public health*. 2002;11(5-6):365-73. Epub 2002/08/07. Utilizacao dos servicos de saude no Brasil: genero, caracteristicas familiares e condicao social.

71. Travassos Claudia, Martins Mônica. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. Cadernos de saude publica. 2004;20:S190-S8.
72. Trevisan Leonardo, Junqueira Luciano A. Prates. Gestão em rede do SUS e a nova política de produção de medicamentos. Saúde e Sociedade. 2010;19:638-52.
73. Vasconcelos Ana Maria Nogales, Gomes Marília Miranda Forte. Transição demográfica: a experiência brasileira. Epidemiologia e Serviços de Saúde. 2012;21:539-48.
74. Veras R. Population aging today: demands, challenges and innovations. Rev Saude Publica. 2009;43(3):548-54. Epub 2009/04/21.
75. Vianna Sm Piola Sf, Reis Co. Gratuidade no SUS: controvérsias em torno do co-pagamento. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea)1998.
76. World Health Organization. Ageing. WHO; 2012 [cited 2013 24/05/2013]; Available from: : <http://www.who.int/topics/ageing/en/index.html>.
77. World Health Organization. Envelhecimento ativo: uma política de saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2005.

APÊNDICE 1 - Quadro de revisão com artigos que abordam o PFPB

Autor	Local	Título	Delineamento	Origem dos dados	Fase estudada	Principais resultados
Ferreira Rogério Luiz*	Distrito Federal e Rio de Janeiro	Análise de Implantação do Programa Farmácia Popular do Brasil no Rio de Janeiro e no Distrito Federal: um estudo de casos.	Estudo de casos duplo	Os dados referentes à estrutura e processo foram obtidos por meio de observação direta e coleta de dados disponíveis nos sistemas de informação do programa. Os dados referentes aos resultados foram obtidos por meio da aplicação de entrevistas diretamente à população usuária do programa.	Farmácia Popular do Brasil – rede própria	<p>Perfil do usuário: 59% do sexo feminino</p> <p>A faixa etária que mais utilizou o programa foi de 45 a 55 anos (44,4%) no DF e a partir dos 65 anos no RJ (45,9%).</p> <p>As classes econômicas C, D e E foram as principais usuárias do programa, embora as classes A e B também foram expressivas.</p> <p>A maior parte das receitas foram oriunda do SUS (60%) tanto no RJ quanto no DF. Dentre os que tentaram obter o medicamento pelo SUS, a maior parte relatou a falta do medicamento.</p> <p>As principais fontes divulgadoras do programa foram as pessoas próximas ao usuário (Amigo, Familiar ou Vizinho), médico e televisão.</p>

*Dissertação de mestrado

Autor/ ano	Local	Título	Delineamento	Origem dos dados	Fase estudada	Principais resultados
Junges Fernanda* (2010)	Todos estados do Brasil	Avaliação do programa farmácia popular do Brasil: aspectos referentes a estrutura e a processos.	Análise de intervenção com delineamento transversal	Análise de 60 relatórios técnicos de visitas realizadas a unidades do Programa de diferentes municípios brasileiros e foram realizadas 99 entrevistas telefônicas com os farmacêuticos das unidades.	Farmácia Popular do Brasil – rede própria	Grande expansão do número de unidades e dos atendimentos realizados. Nenhuma unidade atendeu a todos os requisitos avaliados na estrutura física. Somente 30% das unidades analisadas apresentam o quadro de recursos humanos completo, porém todas as unidades avaliadas apresentam pelo menos um farmacêutico e 90% delas apresentam 2 farmacêuticos. Todos entrevistados dizem prestar orientações aos usuários.
Pinto Cdu et al., 2010.	Todos estados do Brasil	Medicine prices and availability in the Brazilian Popular Pharmacy Program.	Estudo de caso	Documentos (leis, portarias), entrevistas com pessoas envolvidas na criação do programa e dados coletados de fontes secundárias, relativas a origem da população e o consumo de medicamentos pelo programa.	Programa Farmácia Popular – rede própria e rede privada	O PFPB-E apresentou maior disponibilidade de medicamentos, e o setor público a menor. Tanto no setor público quanto na rede própria o percentual de disponibilidade de similares foi maior que o de genéricos. A comparação de preços entre os setores mostrou menor preço de aquisição no PFPB-E, seguido pela rede própria. O PFPB-E apresentou economia superior a 90% em relação ao setor privado.

*Dissertação de mestrado

Autor	Local	Título	Delineamento	Origem dos dados	Fase estudada	Principais resultados
Costa et al., 2010.	São Luís - MA	Programa Farmácia Popular do Brasil: evolução do programa na cidade de São Luís - MA	Transversal retrospectivo	Levantamento das informações provenientes do banco de dados do programa	Programa Farmácia Popular – rede própria	Os dados mostraram crescimento de mais de 100 mil atendimentos no período de 2006-2009, representando uma evolução de 170%. Constatou-se que 49% dos medicamentos mais dispensados pelo Programa Farmácia Popular do Brasil na cidade de São Luis – MA são para o tratamento de doenças cardiovasculares.
Lísias et al., 2010.	Porto Alegre, RS	Comparação do Perfil dos Usuários e dos Medicamentos Dispensados na Farmácia Popular do Brasil e em Drograria Privada em Porto Alegre, Brasil	Transversal exploratório descritivo	Levantamento de dados na unidade do programa e entrevistas a usuários atendido pela Farmácia Popular do Brasil durante o seu primeiro mês de funcionamento.	Programa Farmácia Popular – rede própria	Os usuários da rede própria tinham idade mais avançada, em sua grande maioria aposentados, com um nível de instrução muito baixo e utilizam majoritariamente medicamentos para distúrbios crônicos, principalmente para as condições cardiovasculares.
Inocencio et al., 2011.		Acesso a medicamentos: análise das estratégias do estado para o desenvolvimento do PFPB.	Estudo de caso	Levantamento realizado junto a farmácias e drogarias credenciadas pelo PFPB e análise do banco de dados de uma empresa gestora de AF.	Programa Farmácia Popular – expansão	Medicamentos mais dispensados através do PFPB-E foram para o sistema cardiovascular, que abrange 67,0% das dispensações; já para as dispensações da classe terapêutica para tratamentos do aparelho digestivo e metabolismo (diabetes), a participação foi de 23,7% do total.

Autor	Local	Título	Delineamento	Origem dos dados	Fase estudada	Principais resultados
Pinto Cdu et al., 2011.	Todos estados do Brasil	Quem acessa o Programa Farmacia Popular do Brasil? Aspectos do fornecimento publico de medicamentos.	Estudo de caso	Documentos (leis, portarias), entrevistas com pessoas envolvidas na criação do programa e dados coletados de fontes secundárias, relativas a origem da população e o consumo de medicamentos	Programa Farmácia Popular – rede própria	Os resultados demonstraram grande expansão da rede e do número de atendimentos. Observou-se grande demanda por parte dos usuários do SUS, representando 46% dos atendimentos realizados, sendo que alguns lugares esses usuários representaram 70%. Dentre os medicamentos mais dispensados, 64% atuam sobre o sistema cardiovascular.
Bertoldi et al., 2012.	Seis cidades do Rio Grande do Sul.	Is the Brazilian pharmaceutical policy ensuring population access to essential medicines? Globalization and health.	Transversal	Foram coletados dados sobre preços e disponibilidade de 50 medicamentos em 56 farmácias	Programa Farmácia Popular – rede própria	Nas farmácias da rede própria a disponibilidade média de medicamentos foi superior a 90% em todas as cidades.
Bueno et al., 2012.	Ijuí, RS	Cost of drugs used to treat cardiovascular disease in Brazil	Estudo Transversal	Dados secundários	Programa Farmácia Popular – rede própria	Identificados 15 medicamentos disponíveis na FPB indicados para controlar fatores de risco e prevenir doenças que refletem de forma significativa nos gastos com hospitalizações e na mortalidade da população. No PFPB encontraram-se os produtos de menor custo.

APÊNDICE 2 - Quadro de revisão com trabalhos descritivos que abordam o PFPB

Autor	Título	Objetivo do estudo	Conclusões
Trevisan et al., 2010	Gestão em rede do SUS e a nova política de produção de medicamentos	Avaliar se o perfil desses novos “eixos integradores” funciona como faces interativas de um “pacto de gestão” que inclua oferta de medicamentos.	O alvo maior de toda a política é conter o déficit comercial do setor farmacêutico brasileiro a partir do incentivo de vínculos entre produção e gestão em rede do SUS integrando a demanda do sistema com novos perfis de oferta da produção nacionalizada (em parte estatal) de medicamentos. Há, por outro lado, forte investimento oficial na complementaridade da oferta de medicamentos para os usuários do SUS por meio do Programa <i>Aqui tem Farmácia Popular</i> . Esse programa obteve um crescimento explosivo desde a sua implantação em dezembro de 2006. O impacto do Programa <i>Aqui tem Farmácia Popular</i> implicou avanço no consumo de medicamentos entre as classes C e D. (autor utilizou como referência dados do MS)
Portela et al., 2010	Políticas públicas de medicamentos: trajetória e desafios	Efetuar um resgate histórico sobre a preocupação da gestão pública com o acesso e a utilização dos medicamentos e com a qualidade dos serviços de AF, apontando as formas de atuação de cada política, os resultados alcançados e as dificuldades encontradas.	O direito constitucional à saúde assegurado à população brasileira só se materializa em sua plenitude mediante o acesso ao medicamento pelo paciente. Entretanto, ao contrário do que se pensa, a Assistência Farmacêutica não está limitada à aquisição e distribuição de medicamentos, como se mostraram as Políticas Públicas de Medicamentos apresentadas nos últimos anos, faz-se necessário oferecer uma Assistência Farmacêutica integral, de modo que a população tenha acesso a medicamentos de qualidade, eficazes e seguros.

Autor	Título	Objetivo do estudo	Principais resultados
Machado et al., 2011.	Health policies in Brazil in the 2000s: the national priority agenda	Analisar as políticas de saúde no período recente, com foco nas prioridades da agenda federal durante o Governo Lula.	Foram identificadas algumas Políticas priorizadas na agenda do Governo Lula, assumidas como prioridade pelo Ministério da Saúde: ESF, Brasil Sorridente, SAMU e Farmácia Popular. O PFPB induz a expansão da oferta privada e introduz o copagamento no sistema de saúde.
Tribunal de Contas da União, 2011.	Relatório de auditoria operacional - Farmácia Popular	Análise da cobertura do programa e questionamentos de aspectos econômicos e jurídicos em relação à sua concepção e normatização e Analisar os controles internos voltados para a detecção de erros e fraudes e cruzamento de dados para identificação de situações sugestivas de irregularidades.	Foram identificadas algumas falhas e irregularidades em relação ao programa: - cobertura restrita - não comprovação do custo-efetividade - autorização para CPF's de pessoas falecidas - desconhecimento das regras do programa pelos atendentes das farmácias

Autor	Título	Objetivo do estudo	Principais resultados
Mengue et al., 2013.	Mensuração dos custos totais do fornecimento de medicamentos pela rede básica no Brasil	Mensurar os custos totais incorridos no processo de fornecimento de medicamentos pelo sistema da rede básica de saúde no Brasil. Através da utilização de método de custeio adequado às características do estudo para fins de elaborar uma comparação entre os valores de aquisição dos medicamentos da rede básica com os valores repassados para as entidades que realizam o fornecimento de medicamentos através do Sistema de Copagamento, do PFPB.	O MS financia a Farmácia Privada em cerca de 291% a mais do que o valor que a Farmácia Básica gasta quando faz a dispensação deste medicamento. Outra forma de interpretação deste resultado é que o custo privado é 3,9 vezes maior que o custo da rede básica. Destaca-se que o percentual apresentado no relatório do TCU para este mesmo medicamento, é de 2.507%, que leva em conta apenas os valores de compra da Farmácia Básica e o valor bruto do gasto do governo quando financia o Programa para a Farmácia Privada, não considerando a variação percentual, apenas o quociente entre preço máximo pago pelo MS e custo direto.

APÊNDICE 3 - Instrumento de Pesquisa

AGORA VAMOS FALAR SOBRE O USO DE REMÉDIOS E O PROGRAMA FARMÁCIA POPULAR

ALERTA: As questões A203 a A205 serão aplicadas para cada um dos remédios referidos.

A199) O(A) SR.(A) CONHECE O PROGRAMA FARMÁCIA POPULAR?

(0) Não (1) Sim

A200) O(A) SR.(A) PRECISA TOMAR ALGUM REMÉDIO DE USO CONTÍNUO? CONSIDERE REMÉDIO DE USO CONTÍNUO AQUELE QUE O(A) SR.(A) USA REGULARMENTE SEM DATA PARA PARAR.

(0) Não (1) Sim (9) IGN

A201) O(A) SR.(A) USOU ALGUM REMÉDIO NOS ÚLTIMOS 15 DIAS?

(0) Não Se "Sim" na **A200** *Pular a questão A205*

Se "Não" na **A200** *Pule para a questão A209*

(1) Sim Se "Não" na **A200** *Pular as questões A205 até a A208*

(9) IGN Se "Sim" na **A200** *Pular a questão A205*

Se "Não" na **A200** *Pule para a questão A209*

<p>A202) QUAL OU QUAIS O(S) NOME(S) DO(S) REMÉDIO(S) UTILIZADO(S)? <i>Se não usou remédio nos últimos 15 dias: Qual/Quais o(s)remédio(s) de uso contínuo que precisa tomar?</i></p>	<p>A203) O(A) SR.(A) PODE ME MOSTRAR A(S) CAIXA(S) E/OU RECEITA(S) DESSE(S) REMÉDIO(S)? Sobre o remédio <número>o que foi apresentado? Marcar para cada remédio.</p> <p>(1) Só receita (2) Só caixa/ Embalagem (3) Ambas (0) Nem caixa, nem receita (8) NSA (9) IGN</p>	<p>A204) QUEM INDICOU ESSE REMÉDIO PARA O(A) SR.(A)?</p> <p>(1) Médico/ dentista SUS (2) Médico/ dentista particular/ convênio (3) Outra pessoa (8) NSA (9) IGN</p>	<p>A205) COMO O(A) SR.(A) CONSEGUIU ESSE REMÉDIO?</p> <p>(1) Farmácia Popular (2) Unidade Básica (3) Farmácia Municipal (4) Amostra grátis (5) Farmácia de manipulação (6) Farmácia, sem ser Programa Farmácia Popular (7) Outros (8) NSA (9) IGN</p> <p>Se marcou 1, 2 ou 3 para todos os remédios <input type="checkbox"/><input type="checkbox"/></p> <p><i>Pule para a questão A209</i></p>
--	---	--	--

A206) O(A) SR.(A) TENTOU CONSEGUIR ALGUM DESSES REMÉDIOS NO PROGRAMA FARMÁCIA POPULAR?

- (0) Não *Pule para a questão A208*
- (1) Sim
- (8) NSA
- (9) IGN

A207) QUANDO O(A) SR.(A) TENTOU CONSEGUIR ALGUM REMÉDIO PELO PROGRAMA FARMÁCIA POPULAR E NÃO CONSEGUIU, QUAIS FORAM OS MOTIVOS? RESPONDER SIM OU NÃO PARA CADA PERGUNTA. Se responder a questão A207 *Pule para a questão A209*

A207.1) FALTA DO MEDICAMENTO?

- (1) Sim
- (0) Não
- (8) NSA
- (9) IGN

A207.2) FALTA DA MARCA DO MEDICAMENTO QUE O(A) SR.(A) COSTUMA UTILIZAR?

- (1) Sim
- (0) Não
- (8) NSA
- (9) IGN

A207.3) DIFICULDADE DE CONSEGUIR RECEITA?

- (1) Sim
- (0) Não
- (8) NSA
- (9) IGN

A207.4) DIFICULDADE DE IR ATÉ A FARMÁCIA?

- (1) Sim
- (0) Não
- (8) NSA
- (9) IGN

A207.5) O MEDICAMENTO ESTÁ FORA DA LISTA DO PROGRAMA FARMÁCIA POPULAR?

- (1) Sim
- (0) Não
- (8) NSA

(9) IGN

A207.6) ALGUM OUTRO MOTIVO?

(1) Sim

(0) Não

(8) NSA

(9) IGN

A208) SE O(A) SR.(A) UTILIZA ALGUM REMÉDIO DE USO CONTÍNUO, POR QUAIS MOTIVOS O(A) SR(A) NÃO TENTOU ADQUIRIR PELO PROGRAMA FARMÁCIA POPULAR? RESPONDER SIM OU NÃO PARA CADA ALTERNATIVA.

A208.1) FALTA DE CONHECIMENTO DO PROGRAMA FARMÁCIA POPULAR?

(1) Sim

(0) Não

(8) NSA

(9) IGN

A208.2) TEM DIFICULDADE EM CONSEGUIR RECEITA MÉDICA?

(1) Sim

(0) Não

(8) NSA

(9) IGN

A208.3) DESCONFIA DOS MEDICAMENTOS DA FARMÁCIA POPULAR?

(1) Sim

(0) Não

(8) NSA

(9) IGN

A208.4) O MÉDICO ACONSELHOU QUE NÃO UTILIZASSE OS MEDICAMENTOS DA FARMÁCIA POPULAR?

(1) Sim

(0) Não

(8) NSA

(9) IGN

A208.5) DIFICULDADE DE DESLOCAMENTO ATÉ A FARMÁCIA OU A FARMÁCIA POPULAR É DISTANTE DA CASA DO(A) SR(A)?

(1) Sim

(0) Não

(8) NSA

(9) IGN

A208.6) O MEDICAMENTO ESTÁ FORA DA LISTA DO PROGRAMA FARMÁCIA POPULAR?

- (1) Sim
- (0) Não
- (8) NSA
- (9) IGN

A208.7) FALTA DE CONHECIMENTO DOS MEDICAMENTOS DISPONÍVEIS NA FARMÁCIA POPULAR?

- (1) Sim
- (0) Não
- (8) NSA
- (9) IGN

A208.8) ALGUM OUTRO MOTIVO?

- (1) Sim
- (0) Não
- (8) NSA
- (9) IGN

Qual? _____

—

13 ALTERAÇÕES DO PROJETO

O projeto apresentado neste volume foi apresentado e revisado pela professora Dr^a. Andréa Dâmaso no dia 02 de 2013. Nesta versão estão incorporadas as sugestões da banca, entretanto algumas modificações do projeto original realizadas no decorrer do período merecem destaque.

- No modelo estava previsto o uso da variável “proximidade de uma farmácia”, mas a questão não foi incluída no instrumento de pesquisa, portanto sendo retirada das análises.
- A variável “ número de medicamentos” e “ renda familiar em salários mínimos” foi incluída no modelo de análise, por considerarmos de extrema importância na determinação do desfecho.

2 RELATÓRIO DO TRABALHO DE CAMPO

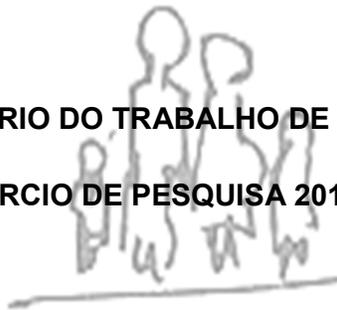


UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS

FACULDADE DE MEDICINA

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EPIDEMIOLOGIA

**RELATÓRIO DO TRABALHO DE CAMPO
CONSÓRCIO DE PESQUISA 2013/2014**



Pelotas - RS

2014

INTRODUÇÃO

O Programa de Pós-graduação em Epidemiologia da Universidade Federal de Pelotas (UFPel), foi criado em 1991 e foi o primeiro da área de Saúde Coletiva a receber nota “7”, conceito máximo da avaliação da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), sendo considerado de excelência no padrão internacional.

Desde 1999 o PPGE realiza, bianualmente, o “Consórcio de Pesquisa”, que consiste em um estudo transversal, de base populacional realizado na zona urbana do município de Pelotas, no sul do Rio Grande do Sul¹. Essa pesquisa, contribui com a redução do tempo de trabalho de campo e otimiza os recursos financeiros e humanos. Além disso, visa compartilhar entre os alunos a experiência em todas as etapas de um estudo epidemiológico resultando nas dissertações dos mestrados e ainda, retratando a situação de saúde da população da cidade.

Ao longo de quatro bimestres, através das disciplinas de Prática de Pesquisa I a IV, ofertadas pelo PPGE, ocorre o planejamento do estudo populacional, desde a escolha dos temas até a planificação e execução do trabalho de campo. Em 2013/14, a pesquisa contou com a supervisão de 18 mestrados do PPGE, sob a coordenação de três docentes do Programa: Dra. Maria Cecília Assunção, Dra. Helen Gonçalves e Dra. Elaine Tomasi. Neste ano o estudo de base populacional teve um diferencial, pois foi realizado apenas com a população idosa da cidade, indivíduos com 60 anos ou mais, no qual foram investigadas informações demográficas, socioeconômicas e comportamentais, juntamente com temas específicos de cada mestrado (Tabela 1). Além da aplicação do questionário, foram realizados testes, medidas antropométricas e medida de atividade física através de um aparelho (acelerômetro) com os idosos, sendo essas medidas parte dos estudos de alguns mestrados. O peso e altura do joelho possibilitaram a medida de Índice de Massa Corporal (IMC), através de uma fórmula específica, que foi a única comum a todos os mestrados.

TABELA 1. Descrição dos alunos, áreas de graduação e temas do Consórcio de Pesquisa do PPGE. Pelotas, 2013/2014.

Mestrando	Graduação	Tema de Pesquisa
Ana Paula Gomes dos Santos	Nutrição	Comportamento alimentar
Andrea WendtBöhm	Educação Física	Suporte social para atividade física
Bárbara Heather Lutz	Medicina	Uso de medicamentos inadequados
Camila Garcez Ribeiro	Odontologia	Perda dentária e uso de prótese
Caroline Dos Santos Costa	Nutrição	Obesidade geral e abdominal
Fernanda Ewerling	Economia	Avaliação temporal da posse de bens
Fernando Pires Hartwig	Biotechnology	Consumo de leite e intolerância à lactose
Giordano Santana Sória	Odontologia	Falta de acesso e utilização de serviço odontológico
Isabel Oliveira Bierhals	Nutrição	Dependência para comer, comprar e fazer as refeições
Luna Strieder Vieira	Nutrição	Risco nutricional
Maurício Feijó da Cruz	Educação	Simultaneidade de fatores de risco

	Física	para doenças crônicas
Natália Limões Hellwig	Psicologia	Sintomas depressivos
Natália Peixoto Lima	Nutrição	Ambiente domiciliar e fatores de risco para queda
Rosália Garcia Neves	Enfermagem	Vacinação contra <i>influenza</i>
Simone FaríasAntúnes Reis	Nutrição	Fragilidade em idosos
Thaynã Ramos Flores	Nutrição	Orientações sobre hábitos saudáveis
Thiago Gonzalez Barbosa	Medicina	Prevalência de Sarcopenia
Vanessa Iribarrem Miranda	Farmácia	Utilização do Programa Farmácia Popular

Através dos projetos individuais de cada mestrando, foi elaborado um projeto geral intitulado “Avaliação da saúde de idosos da cidade de Pelotas, RS, 2013”. Este projeto geral, também chamado de “projetão”, contemplou o delineamento do estudo, os objetivos e as justificativas de todos os temas de pesquisa, além da metodologia, processo de amostragem e outras características da execução do estudo. O projeto foi enviado ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Faculdade de Medicina (FAMED) da UFPel através da Plataforma Brasil no dia 19 de novembro, com a obtenção do número de protocolo:201324538513.1.0000.5317. No dia posterior ao envio, o projeto foi aprovado pelo CEP.

COMISSÕES DO TRABALHO DE CAMPO

O Consórcio de Pesquisa busca integrar todos os mestrandos para o trabalho em grupo, para isso foram estabelecidas comissões e responsáveis por cada uma a fim de garantir melhor preparação da pesquisa e bom andamento do trabalho de campo. Essas comissões eram compostas por todos os mestrandos, podendo os mesmos estar inseridos em mais de uma delas. Ainda, os alunos pertencentes à *Wellcome Trust* ficaram envolvidos com o trabalho do Consórcio de 2013/14, embora suas dissertações não tenham sido feitas com os dados coletados nesta pesquisa. As comissões, os responsáveis e as suas atribuições estão listadas abaixo:

Elaboração do questionário: Bárbara Lutz; Thaynã Flores.

Essa comissão foi responsável pela elaboração do questionário comum à todos os mestrandos, pela organização dos instrumentos de cada mestrando e pela elaboração do controle de qualidade.

Logística e trabalho de campo: Gary Joseph; Giordano Sória; Isabel Bierhals; Natália Hellwig.

Foi responsável pela contratação de uma secretária, pela aquisição e controle do material utilizado em campo. Ainda, organizou seleção das candidatas para executarem a contagem dos domicílios (“bateção”) e para a função de entrevistadoras e, também, auxiliou na organização dos treinamentos.

Elaboração do “Projeto”: Ana Paula Gomes; Camila Garcez.

Foi responsável pela elaboração do projeto geral enviado ao Comitê de Ética em Pesquisa, com base em itens dos projetos de cada mestrando.

Financeiro: Fernanda Ewerling; Fernando Hartwig; Isabel Bierhals.

Responsável pelo orçamento e controle das finanças do Consórcio de Pesquisa.

Amostragem e banco de dados: Andrea Böhm; Caroline Costa; Leidy Ocampo; Luna Vieira; Maurício da Cruz; Simone Farías.

Essa comissão foi responsável por organizar os dados para a realização do processo de amostragem da pesquisa, sendo esses dados os mapas e setores censitários. Além disso, organizaram todo o questionário na versão digital utilizando o *software* Pendragom®Forms VI e sua inserção em todos os *netbooks* utilizados no trabalho de campo. Após o início da pesquisa, semanalmente, os integrantes da comissão se organizaram em escalas de plantão para realizar a transferência das entrevistas para o servidor e gerenciamento do banco de dados, executando todas as alterações necessárias e corrigindo as inconsistências disponibilizadas pela comissão das planilhas. Por fim, essa comissão foi responsável, também, pela versão final do banco de dados que foi utilizado por todos os mestrandos em suas análises.

Divulgação do trabalho de campo: Giordano Sória; Rosália Neves; Thiago Silva.

Responsável pela divulgação da pesquisa para a população através dos meios de comunicação existentes, juntamente com o setor de imprensa do Centro de Pesquisas Epidemiológicas (CPE). Ainda, essa comissão auxiliou na elaboração do material com os resultados finais da pesquisa a serem devolvidos aos participantes.

Elaboração do relatório de trabalho de campo: Rosália Neves; Thaynã Flores.

Foi responsável pelo registro de todas as informações relevantes das reuniões e pela elaboração do relatório do trabalho de campo do Consórcio de Pesquisa do PPGE.

Elaboração do manual de instruções: Thiago Silva; Vanessa Miranda.

Responsável pela elaboração de um manual de instruções contendo todas as informações sobre o instrumento geral, procedimentos genéricos durante a entrevista e instruções para cada pergunta dos questionários dos mestrandos.

Controle de planilhas: Fernanda Ewerling; Natália Lima.

Essa comissão foi responsável pelo controle de entrevistas de cada setor, sendo que as informações eram obtidas de cada mestrando, semanalmente, para que a planilha ficasse atualizada. Essa planilha possuía informações sobre número de domicílios visitados, número de idosos, número de domicílios

sem idosos, número de entrevistas realizadas, controles de qualidades feitos e pendências de entrevistas ou de setores. Ainda, foi responsável pelo controle de inconsistências das entrevistas que eram enviadas para o mestrando responsável pela entrevistadora, solucionado e devolvido para a comissão do banco de dados para a correção.

QUESTIONÁRIOS

As questões referentes aos aspectos socioeconômicos foram incluídas no instrumento “Bloco B”, sendo referente ao bloco domiciliar. As questões demográficas, comportamentais e específicas do instrumento de cada mestrando foram incluídas no questionário geral, denominado “Bloco A” ou bloco individual.

O Bloco A era respondido por indivíduos com 60 anos ou mais, pertencentes à pesquisa. Esta parte foi composta por 220 questões, incluindo aspectos demográficos e questões específicas do instrumento de cada mestrando, como: atividade física, estilo de vida, presença de doenças, alimentação e nutrição, utilização dos serviços de saúde, vacinação contra a gripe, consultas com o dentista, utilização de prótese dentária, acesso e utilização de medicamentos, ajuda para alguma atividade de vida diária e depressão. Além disso, continha os testes e medidas que foram realizados durante a entrevista (teste de marcha, levante e ande e da força manual; medidas de peso, altura do joelho e circunferência da cintura). Também foi coletada saliva apenas em idosas nascidas nos meses de janeiro, março, maio, junho, agosto, setembro, outubro e dezembro.

O Bloco B foi respondido apenas por uma pessoa, preferencialmente o chefe da família, podendo ser ou não o(a) idoso(a). Esse bloco continha 31 perguntas referentes aos aspectos socioeconômicos da família e posse de bens.

MANUAL DE INSTRUÇÕES

A elaboração do manual de instruções auxiliou no treinamento e eventualmente nas entrevistas durante o trabalho de campo. Cada entrevistadora possuía uma versão impressa do manual e para agilizar no momento da entrevista ainda tinha nos *netbooks* uma versão digital do documento.

O manual continha informações necessárias para cada questionário, incluindo orientações sobre o que se pretendia coletar de dados, tendo a explicação da pergunta e opções de resposta além de instruções nos casos em que as opções deveriam ser lidas ou não. Ainda, continha as definições de termos utilizados no questionário, a escala de plantão com o telefone de todos os supervisores e cuidados com a manipulação do *netbook*.

AMOSTRA E PROCESSO DE AMOSTRAGEM

Nos projetos individuais, cada mestrando calculou o tamanho de amostra necessário para o tema de interesse, tanto para estimar número necessário para prevalência quanto para as possíveis associações. Em todos os cálculos foram considerados 10% para perdas e recusas com acréscimo de 15% para cálculo de associações, tendo em vista o controle de possíveis fatores de confusão, e ainda, o efeito de delineamento amostral dependendo de cada tema. Na oficina de amostragem realizada nos dias 16 e 17 de outubro de 2013 coordenada pelos professores Aluísio Jardim Dornellas de Barros e Maria Cecília Formoso Assunção, foi definido o maior tamanho de amostra necessário ($n=1.649$) para que todos os mestrandos tivessem a possibilidade de estudar os seus desfechos, levando em consideração as questões logísticas e financeiras envolvidas.

O processo de amostragem foi realizado em dois estágios. Inicialmente, foram selecionados os conglomerados através dos dados do Censo de 2010². No total tinham 488 setores, porém em razão de haver setores com número muito pequeno de indivíduos com 60 anos ou mais, em comparação aos outros, alguns foram agrupados, restando 469 setores que

foram ordenados, de acordo com a renda média dos setores, para a realização do sorteio. Esta estratégia garantiu a inclusão de diversos bairros da cidade e com situações econômicas distintas. Cada setor continha informação do número total de domicílios, organizados através do número inicial e número final, totalizando 107.152 domicílios do município. Sendo assim, com base no Censo de 2010, para encontrar os 1.649 indivíduos foi necessário incluir 3.745 domicílios da zona urbana do município de Pelotas. Definiu-se que seriam selecionados sistematicamente 31 domicílios por setor para possibilitar a identificação de, no mínimo, 12 idosos nos mesmos, o que implicou na inclusão de 133 setores censitários. Os domicílios, dos setores selecionados, foram listados e sorteados sistematicamente.

A comissão de amostragem e banco de dados providenciou os mapas de todos os setores sorteados e estes foram divididos entre os 18 mestrandos, ficando cada um responsável por, em média, sete setores censitários.

SELEÇÃO E TREINAMENTO DAS ENTREVISTADORAS

Para o reconhecimento dos setores e contagem dos domicílios, realizou-se uma seleção de pessoal para compor a equipe do trabalho de campo. Foi realizada uma pré-divulgação da abertura das inscrições para a função de “batedora” na rede social *Facebook* e site do Centro de Pesquisas Epidemiológicas (CPE) a partir do dia 14 de outubro de 2013. A divulgação do edital iniciou no dia 21 de outubro de 2013 e foi realizada por diversos meios, como: *web site* da Universidade Federal de Pelotas e do CPE, no jornal Diário da Manhã, cartazes nas faculdades e via *Facebook* do PPGE e dos mestrandos. As inscrições foram encerradas no dia 1º de novembro de 2013.

Como critérios de seleção para as candidatas às vagas de “batedora” e posteriormente entrevistadora, foram utilizados os seguintes critérios: ser do sexo feminino, ter o ensino médio completo e disponibilidade de tempo para realização do trabalho. Outras características, também, foram consideradas, como: experiência prévia em pesquisa, desempenho no trabalho no

reconhecimento dos setores, aparência, carisma, relacionamento interpessoal e indicação por pesquisadores do programa. Nesse edital, inscreveram-se 157 pessoas. A seleção das entrevistadoras foi realizada com base em experiências prévias em pesquisa, disponibilidade de tempo e apresentação das candidatas, resultando em 77 pré-selecionadas.

O treinamento para o reconhecimento dos setores censitários foi realizado em novembro de 2013, tendo 4 horas de duração e ao final a aplicação de uma prova teórica, a qual serviu como critério de seleção para a realização do reconhecimento dos setores censitários que fizeram parte do consórcio de pesquisa do PPGE 2013/14. Das 77 selecionadas, 67 compareceram no dia do treinamento. Sendo que após a realização da prova teórica permaneceram 36. Cada mestrando contou com 2 mulheres para realizar o reconhecimento de cada setor. Este processo, chamado de “bateção”, iniciou em novembro de 2013 e foi até o início de dezembro do mesmo ano, identificando todos os domicílios pertencentes aos setores correspondentes. Além do endereço completo foi, também, registrada a situação do domicílio, ou seja, se era residencial, comercial ou desocupado. Cada mestrando realizou o controle de qualidade (CQ) nos setores sob sua responsabilidade logo quando o reconhecimento foi feito, sendo uma revisão aleatória de alguns domicílios, a observação do ponto inicial e final do setor e recontagem dos domicílios. Cada batedora recebeu R\$ 60,00 por setor adequadamente reconhecido, sendo pago somente após o CQ feito pelo supervisor.

As 29 batedoras que permaneceram até o final do reconhecimento dos setores, foram chamadas para o treinamento do questionário e padronização das medidas que iniciou em janeiro de 2014. De acordo com a logística do trabalho de campo, seria necessário no mínimo de 30 entrevistadoras. Além destas, foram chamadas outras previamente indicadas por pesquisadores e vindas de outras pesquisas que estavam sendo realizadas concomitante.

O treinamento para as entrevistas iniciou no dia 08/01/2014 pela manhã, sendo que 23 entrevistadoras foram convocadas. O mesmo foi realizado pelos mestrandos do programa, onde cada um apresentou suas

questões a fim de garantir melhor desempenho das entrevistas. Após a realização da prova teórica, 11 entrevistadoras foram selecionadas para a padronização de medidas de altura do joelho, circunferência da cintura, peso e circunferência da panturrilha. Durante a padronização uma entrevistadora desistiu, restando 10 para serem divididas, onde optou-se por uma organização em duplas de mestrandos.

O trabalho de campo iniciou no dia 28/01/2014 e após o terceiro dia três entrevistadoras desistiram. Diante do número reduzido de entrevistadoras em campo, os mestrandos e responsáveis pelo consórcio de pesquisas do PPGE optaram por realizar uma nova seleção de entrevistadoras. O edital para inscrições foi realizado da mesma maneira que o primeiro e ficou disponível para inscrição do dia 31/01 até 07/02 de 2014. Sendo assim, 65 entrevistadoras se inscreveram e optou-se por chamar todas para este segundo treinamento. No dia 11/02/2014 iniciou o novo treinamento, com as 65 inscritas. Após o primeiro dia 20 destas permaneceram e restaram 14 para a padronização de medidas, tendo uma desistência totalizando em 13 entrevistadoras ao final. O treinamento e padronização de medidas tiveram duração de 2 semanas, utilizando os turnos da manhã e tarde.

ESTUDO PILOTO

O estudo piloto com as entrevistadoras selecionadas na primeira etapa foi realizado no dia 24/01/2014 em um setor não sorteado para a pesquisa, sendo realizado em um dos condomínios da Cohabpel durante manhã e tarde deste dia. Um mestrando de cada dupla responsável pela entrevistadora acompanhou a entrevista e realizou uma avaliação padrão, que também foi considerada mais uma etapa da seleção das mesmas. Após o estudo piloto, foi realizada uma reunião com os mestrandos para a discussão de situações encontradas em campo e possíveis erros nos questionários. As modificações necessárias foram realizadas pela comissão do questionário, manual e banco de dados antes do início do trabalho de campo.

No dia 24/02/2014, exatamente um mês após o primeiro, foi realizado outro estudo piloto, também no condomínio Cohabpel no período da tarde como forma de seleção das entrevistadoras que participaram do treinamento de questões e padronização de medidas da segunda etapa. Foi discutido entre a turma, após ambos estudos pilotos, sobre o desempenho das candidatas e questões que precisavam ser reforçadas antes do início do trabalho.

LOGÍSTICA E TRABALHO DE CAMPO

O início do trabalho de campo deu-se no dia 28/01/2014, inicialmente as entrevistadoras recebiam os vales-transportes e visitavam por conta os domicílios referentes aos setores dos seus mestrados responsáveis. Porém, devido ao reduzido número de entrevistadoras e algumas desistências que ocorreram entre as primeiras selecionadas e, também, para agilizar o trabalho de campo a logística foi reorganizada contando com o auxílio de uma van da UFPel que levava as entrevistadoras nos setores selecionados para a pesquisa. Para isso, o trabalho de campo foi realizado por bairros e respectivos setores, com todas as entrevistadoras juntas permanecendo cada mestrado como responsável pelos setores previamente sorteados e pelas entrevistadoras. Os critérios foram os mesmos em ambos os treinamentos. Esta van da UFPel iniciou ao final do mês de fevereiro (27/02/2014) e permaneceu até o final do campo, agosto (02/08/2014), foram 114 dias trabalhados para o Consórcio de Pesquisas do PPGE.

Em todos os domicílios sorteados foi aplicado um questionário de composição familiar (CF), no qual eram registrados: nome e idade de todos os moradores e contato telefônico (fixo e/ou celular). Onde havia algum morador com 60 anos ou mais, essa pessoa era convidada a participar da pesquisa no momento, através de uma carta de apresentação, e se no momento, não fosse possível era agendado o melhor horário.

Nos domicílios em que não tinham moradores com 60 anos ou mais, era aplicado um questionário sobre a posse de bens a cada dois domicílios, ou

seja, no primeiro que fosse aplicado o questionário de composição familiar e não houvesse idosos aplicava-se o questionário de composição familiar e posse de bens. No segundo que não tivesse idosos, não se aplicava o questionário de posse de bens (apenas o de composição familiar). No terceiro, aplicavam-se ambos, e assim por diante. Esta parte, em domicílios sem idosos, foi realizada por ser o tema de pesquisa de uma mestranda (Figura 1).

Inicialmente, as CF eram aplicadas pelas entrevistadoras juntamente com o questionário de posse de bens, realizado a cada dois domicílios sem idosos. Essa parte da pesquisa foi obtida remuneração extra às entrevistas. Após o término das CF de todos os setores de um bairro iniciou-se a etapa de entrevistas, as quais foram agendadas por telefone, ou pessoalmente, e distribuídas para as entrevistadoras de forma homogênea.

Tendo em vista a nova logística, durante o trabalho de campo a escala de plantões teve que ser reorganizada tendo dois mestrados por dia, um que ia na van, organizando a rota e auxiliando as entrevistadoras, e outro que agendava as entrevistas e organizava a demanda recebida na sala do consórcio.

Diante das necessidades em identificar idosos em outros setores, de outros bairros, os mestrados assumiram as CF, indo nos domicílios para fazer a identificação dos moradores e entregada carta de apresentação em casos de presença de idoso além da aplicação das questões de posse de bens. Essa mudança foi um consentimento geral entre a turma a fim de otimizar o tempo do trabalho de campo. Sendo assim, outros setores foram abertos e as entrevistadoras ficaram responsáveis somente pelas entrevistas com idosos que, na maioria das vezes, eram previamente agendadas.

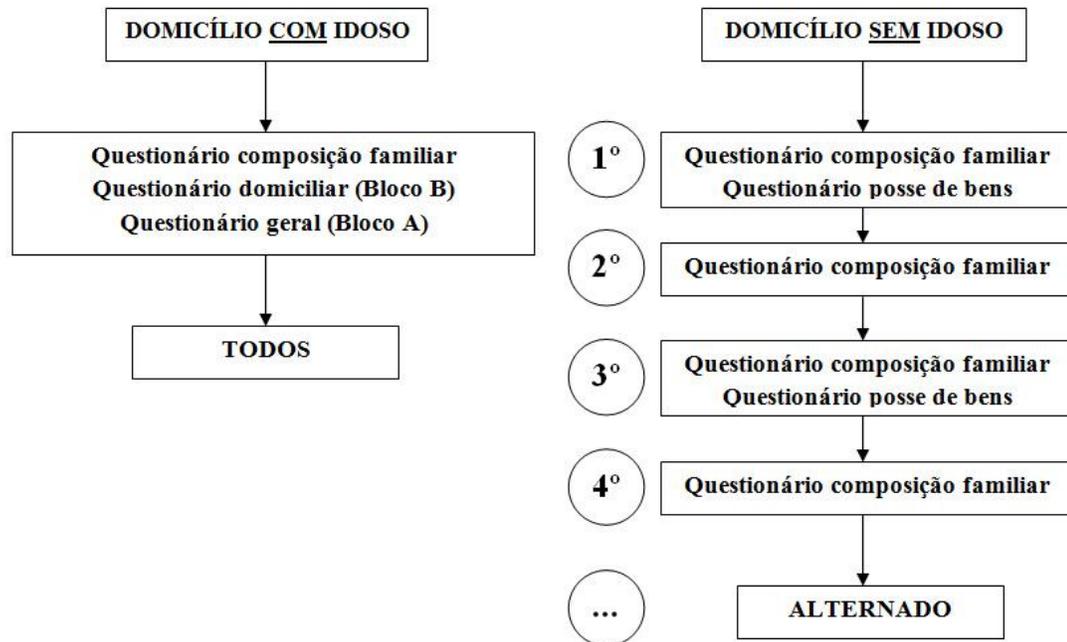


Figura 1. Fluxograma do funcionamento das composições familiares em domicílios com e sem idosos (60 anos ou mais). Consórcio de Pesquisa do PPGE, 2014. Pelotas, RS.

LOGÍSTICA DOS ACELERÔMETROS

Durante o trabalho de campo, todos os idosos entrevistados eram contatados para a entrega de um aparelho que mede a atividade física, o acelerômetro, sendo de interesse de dois mestrandos da área. O modelo utilizado na coleta de dados foi o GENEActive®, o qual deveria ser utilizado durante sete dias. O dispositivo deveria ser colocado no pulso do membro superior não dominante, durante as 24 horas do dia, incluindo o banho e as horas de sono, após esse período o dispositivo era recolhido para o download e análise dos dados.

Quanto à marcação e entrega para a colocação, o agendamento era feito diariamente. O responsável por esta tarefa marcava as colocações de segunda-feira a sábado e repassava para o entregador o qual levava o aparelho até o domicílio dos idosos. No momento da entrega o aparelho era

ativado. O recolhimento se dava sete dias após a colocação, o responsável pelos agendamentos marcava com o indivíduo e o entregador buscava o dispositivo nos domicílios dos idosos.

Para os agendamentos e recolhimentos, todos entrevistados foram contatados via telefone após a entrevista. O recolhimento e a entrega dos dispositivos eram realizados de forma simultânea, o entregador saía do Centro de Pesquisas com duas listas, uma lista de idosos que completaram os sete dias de coleta e, portanto, deveriam entregar o acelerômetro, e uma lista de idosos marcados para a colocação do dispositivo.

CONTROLE DE QUALIDADE

Para garantir a qualidade dos dados coletados foi feito treinamento das entrevistadoras, elaboração de manual de instruções, verificação semanal de inconsistências no banco de dados e reforço das questões que frequentemente apresentavam erros. Além disso, os mestrandos participaram ativamente do trabalho de campo fazendo o controle direto de diversas etapas.

Já na primeira etapa onde foi feito o reconhecimento dos setores pelas “batedoras” os mestrandos realizaram um controle de qualidade checando a ordem e o número dos domicílios anotados na planilha além de selecionar aleatoriamente algumas residências para verificar se as mesmas foram visitadas.

Após a realização das entrevistas, através do banco de dados recebido semanalmente, eram sorteados 10% dos indivíduos para aplicação de um questionário reduzido, elaborado pela comissão do questionário, contendo 19 questões. Este controle era feito pelos mestrandos por meio de visita aos domicílios sorteados, afim de identificar possíveis problemas no preenchimento dos questionários e calcular a concordância, através da estatística Kappa, entre as respostas.

RESULTADOS GERAIS

A coleta dos dados terminou no dia 02 de agosto de 2014 com oito entrevistadoras em campo. O banco de dados trabalhou durante duas semanas, após o final do trabalho de campo, para a entrega do banco final contendo todas as informações coletadas e necessárias para as dissertações dos mestrandos. Durante todo o trabalho de campo foram realizadas, periodicamente, reuniões entre os mestrandos, professoras supervisoras e entrevistadoras visando o repasse de informações, tomada de decisões, resolução de dificuldades e avaliação da situação do trabalho. No dia 19 de agosto foi realizada a última reunião do Consórcio de Pesquisas do ano de 2013/2014, entre mestrandos e coordenadoras da pesquisa, para entrega dos resultados finais e atribuições de cada comissão.

Ao final do trabalho de campo foram contabilizadas 1.451 entrevistas com idosos, sendo 63% (n= 914) do sexo feminino e 37% (n= 537) do masculino. O número de idosos encontrados foi de 1.844, totalizando 21,3% (n= 393) de perdas e recusas, sendo a maioria do sexo feminino (59,3%) e com faixa etária entre 60-69 anos (59,5%), conforme descrito na tabela 2. O percentual atingido, ao final do trabalho de campo, foi de 78,7% com o número de idosos encontrados (1.844) e de 88% considerando o número de idosos que se pretendia encontrar inicialmente (1.649).

Fizeram parte da pesquisa 4.123 domicílios dos 133 setores sorteados, sendo 3.799 visitados tendo 1.379 domicílios com indivíduos de 60 anos ou mais. Em relação ao estudo de uma mestranda sobre índice de bens, foram realizadas 886 listas de bens nos domicílios sem idosos, conforme a logística apresentada anteriormente. O percentual de CQ (10%) foi atingido, ao final, sendo realizados 145 controles.

TABELA 2. Descrição das perdas e recusas segundo sexo e idade. N=393. Pelotas, RS.

Variáveis	N(%)
Sexo	
Masculino	159 (40,5)
Feminino	233 (59,3)
Sem informação	1 (0,2)
Faixa etária	
60-69	234 (59,5)
70-79	90 (22,9)
80 ou mais	67 (17,1)
Sem informação	2 (0,5)

CRONOGRAMA

As atividades do Consórcio tiveram início em outubro de 2013 e terminaram em agosto de 2014.

Atividades	2013			2014							
	Out	Nov	Dez	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago
Oficina de amostragem	■										
Entrega do projeto ao CEP da FAMED, UFPEL		■									
Reconhecimento dos setores			■								
Elaboração do questionário e manual de instruções	■	■	■	■							
Treinamento das entrevistadoras				■	■						
Estudo Piloto				■	■						
Realização do trabalho de campo				■	■	■	■	■	■	■	■

ORÇAMENTO

O Consórcio de Pesquisa foi financiado por três diferentes fontes: recursos provenientes do Programa de Excelência Acadêmica (PROEX) da CAPES, repassados pelo PPGE, no valor de R\$ 82.500,00e recursos dos mestrandos no valor de R\$ 8.100,00. No total, foram disponibilizados R\$ 85.228,05gastos conforme demonstrado abaixo (Tabelas 3 e 4).

TABELA 3. Gastos finais da pesquisa com recursos disponibilizados pelo programa para a realização do consórcio de mestrado 2013/2014.

Item	Quantidade	Custo total (R\$)
Vale-transporte	7.072	20.430,50
Pagamento da secretária	11 meses	9.393,34
Pagamento das entrevistas	1.452	37.729,00
Pagamento da bateção	134	8.340,00
Camisetas/serigrafia	80	1.160,00
Cópias/impressões	50.000	4.000,00
Total	-	81.052,84

TABELA 4. Gastos finais da pesquisa com recursos disponibilizados pelos mestrandos do programa para a realização do consórcio de mestrado 2013/2014.

Itens	Quantidade	Custo total (R\$)
Seguro de vida entrevistadoras	21	1.485,78
Mochilas	20	960,00
Antropômetros	20	795,00
Material de escritório	-	606,43
Coquetel final de trabalho de campo	-	298,00
Divulgação	-	30,00
Total		4.175,21

REFERÊNCIAS

1. Barros AJD, Menezes AMB, Santos IS, Assunção MCF, Gigante D, Fassa AG, et al. O Mestrado do Programa de Pós-graduação em Epidemiologia da UFPel baseado em consórcio de pesquisa: uma experiência inovadora. *Revista Brasileira de Epidemiologia*. 2008;11:133-44.
2. IBGE. Censo Brasileiro 2010. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. 2011.

3 RELATÓRIO PARA IMPRENSA

Idosos com 80 anos ou mais enfrentam barreiras para utilizar o Programa Farmácia Popular

Como alternativa para aumentar o acesso a medicamentos, o Governo Federal criou o Programa Farmácia Popular do Brasil (PFPB), que se destina ao atendimento igualitário de toda a população com o intuito de evitar o abandono do tratamento, principalmente dos indivíduos de baixa renda que utilizam serviços privados de saúde, e que têm dificuldades financeiras para adquirir medicamentos de que necessitam em farmácias comerciais.

O programa oferta medicamentos para asma, diabetes e hipertensão de forma gratuita, e disponibiliza medicamentos para doenças como dislipidemia, Parkinson, glaucoma, osteoporose e rinite, além de anticoncepcionais e fraldas geriátricas com até 90% de desconto. Para retirada do medicamento em farmácia conveniada o indivíduo precisa apresentar a receita médica, seja ela da rede pública ou privada, ou no caso da retirada do medicamento pelo representante legal, precisa apresentar procuração.

Considerando a importância deste programa para a saúde da população, a farmacêutica Vanessa Iribarrem Avena Miranda, mestranda do Programa de Pós-graduação em Epidemiologia da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Pelotas, realizou sob orientação da Profa. Dra. Anaclaudia Gastal Fassa e co-orientação do Dr. Rodrigo Dalke Meucci, um estudo para avaliar a utilização do Programa Farmácia Popular do Brasil entre idosos, bem como os motivos para não utilizar o programa entre aqueles que utilizaram algum medicamento nos últimos 15 dias.

A investigação foi realizada entre janeiro e julho de 2014, com 1451 idosos de 60 anos ou mais, não institucionalizados, residentes na zona urbana do município de Pelotas.

Dos idosos que utilizaram medicamentos, mais de 80% conheciam e mais da metade utilizaram o PFPB, caracterizando ampla difusão do programa. Os principais motivos para não utilizar o programa foram dificuldade em conseguir receita, falta do medicamento, desconhecimento sobre os medicamentos ofertados e sobre o programa. O grupo de 80 anos e mais, embora necessite mais de medicamentos, utilizou menos o programa e nos motivos para não utilização, a dificuldade de conseguir a receita é bem maior que em outros grupos de idade e, além dos já

citados, aparece a dificuldade de deslocamento até a farmácia. Estas barreiras parecem estar relacionadas a dificuldades de locomoção características do grupo mais velho.

Embora o programa priorize usuários da rede privada de saúde, o estudo apontou que 46% das prescrições utilizadas pelos idosos para obtenção dos medicamentos pelo PFPB foram oriundas do SUS, sugerindo falhas na distribuição gratuita de medicamentos da rede pública municipal. Isto sobrecarrega a demanda do PFPB e pode implicar em custos para o usuário tanto com medicamentos não cobertos pelo programa como com deslocamento até a farmácia.

O estudo aponta a necessidade de ampliar a utilização do programa no grupo etário de 80 anos e mais, resolvendo as principais barreiras de acesso a medicamentos, o que pode ser feito, tanto pela ampliação da atenção domiciliar, de forma a facilitar a obtenção da receita médica, como com alternativas à procura exigida, nos casos em que o idoso não consegue se deslocar até a farmácia para retirada do medicamento.

A Assistência Farmacêutica dos usuários do SUS deve incluir um conjunto mais amplo de medicamentos gratuitos do que o PFPB. Assim, é importante que os municípios se responsabilizem pela oferta de medicamentos para estes usuários, especialmente para aqueles em áreas remotas, como as rurais, evitando gastos com medicamentos, deslocamento e até mesmo baixa aderência a tratamento na população de baixa renda.

Embora o programa esteja bem difundido na população, ainda existe grande desconhecimento, tanto da população quanto dos médicos, sobre a lista de medicamentos ofertados. A maior divulgação deste aspecto do programa pode contribuir para que os médicos, na medida do possível, direcionem a prescrição para medicamentos da lista e para ampliar a utilização do programa por parte dos idosos. Com isto, seria possível reduzir gastos com medicamentos de uso contínuo, que são especialmente importantes nessa população.

4 ARTIGO ORIGINAL

Este artigo será submetido ao Cadernos de Saúde Pública.

**UTILIZAÇÃO DO PROGRAMA FARMÁCIA POPULAR DO BRASIL:
ESTUDO DE BASE POPULACIONAL EM IDOSOS DO MUNICÍPIO DE
PELOTAS, RS.**

**USE THE PROGRAM PHARMACY PEOPLE OF BRAZIL: A STUDY IN
ELDERLY POPULATION-BASED STUDY PELOTAS, RS.**

**TÍTULO CORRIDO: UTILIZAÇÃO DO PROGRAMA FARMÁCIA POPULAR
DO BRASIL**

Vanessa Iribarrem Avena Miranda¹

Ana Claudia Gastal Fassa¹

Rodrigo Dalke Meucci²

Bárbara Heather Lutz²

¹Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia, Faculdade de
Medicina, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, Brasil

²Departamento de Medicina Social, Faculdade de Medicina,
Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, Brasil

Correspondência:

Centro de Pesquisas Epidemiológicas
Rua Marechal Deodoro, 1160. Pelotas, RS
CEP: 96020-220 - Caixa Postal 464
Tel/Fax: 0XX (53) 32841300
Email: vanessairi@gmail.com

**UTILIZAÇÃO DO PROGRAMA FARMÁCIA POPULAR DO BRASIL:
ESTUDO DE BASE POPULACIONAL EM IDOSOS DO MUNICÍPIO DE
PELOTAS, RS.**

**USE THE PROGRAM PHARMACY PEOPLE OF BRAZIL: A STUDY IN
ELDERLY POPULATION-BASED STUDY PELOTAS, RS.**

**TÍTULO CORRIDO: UTILIZAÇÃO DO PROGRAMA FARMÁCIA POPULAR
DO BRASIL**

Vanessa Iribarrem Avena Miranda¹

Ana Claudia Gastal Fassa¹

Rodrigo Dalke Meucci²

Bárbara Heather Lutz²

¹Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia, Faculdade de Medicina,
Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, Brasil

²Departamento de Medicina Social, Faculdade de Medicina, Universidade
Federal de Pelotas, Pelotas, Brasil

Correspondência:

Centro de Pesquisas Epidemiológicas
Rua Marechal Deodoro, 1160. Pelotas, RS
CEP: 96020-220 - Caixa Postal 464
Tel/Fax: 0XX (53) 32841300
Email: vanessairi@gmail.com

Resumo

Objetivo: Avaliar a prevalência e os fatores associados à utilização do Programa Farmácia Popular do Brasil - expansão (PFPPB-E) entre idosos e os motivos de não utilização. **Métodos:** Estudo transversal de base populacional com 1305 idosos com 60 anos ou mais, que utilizaram medicamentos nos últimos 15 dias, de Pelotas, RS. **Resultados:** A prevalência de utilização do PFPPB-E foi de 57% e a de conhecimento foi de 87%, entretanto nos indivíduos com 80 anos ou mais foi de 41%, 46% das prescrições utilizadas eram oriundas do SUS. Os principais motivos para não utilização foram: dificuldade em conseguir receita, falta do medicamento, desconhecimento sobre os medicamentos ofertados e sobre o programa. Idade, menor renda, ter doença crônica e uso de quatro ou mais medicamentos estiveram associados à utilização. **Conclusão:** É preciso ampliar o conhecimento e a utilização do Programa, especialmente entre os mais idosos; melhorar o conhecimento dos usuários e dos médicos sobre a lista de medicamentos do PFPPB-E; e garantir, através dos municípios, a assistência farmacêutica para usuários do SUS.

Descritores: Utilização de medicamentos, farmacoepidemiologia, idosos, estudos transversais

USE OF BRAZIL'S PEOPLE'S PHARMACY PROGRAMME: A POPULATION-BASED STUDY AMONG THE ELDERLY IN PELOTAS-RS.

Abstract

Aims: To assess prevalence and factors associated with use of the expanded Brazilian People's Pharmacy Programme (E-BPPP) among the elderly and reasons for not using it. **Methods:** This cross-sectional population-based study involved 1305 elderly aged 60 or over who used medication in the last 15 days. **Results:** Prevalence of E-BPPP use was 57% whilst prevalence of E-BPPP knowledge was 87%. Prevalence of E-BPPP use among those aged 80 or over was 41%. 46% of prescriptions originated from the SUS. The main reasons for not using E-BPPP were: difficulty in obtaining a prescription, medication not available, lack of knowledge about medication available and about the Programme. Age, lower income, having a chronic disease and taking four or more medications were associated with use. **Conclusion:** Knowledge and use of the Programme need to be scaled up, especially among the more elderly; health service users' and doctors' knowledge regarding which medication is available through E-BPPP needs to be improved; municipal level pharmaceutical care for SUS users needs to be ensured.

Keywords: Medication use, pharmacoepidemiology, elderly, cross-sectional studies

Utilización del programa farmacia popular de Brasil: Estudio de base poblacional en adultos mayores del municipio de Pelotas, RS.

Resumen

Objetivo: Evaluar la prevalencia e factores asociados a la utilización del programa farmacia popular de Brasil-expansión (PFPB-E) entre adultos mayores e los motivos de no utilización. Métodos: Estudio transversal de base poblacional con 1305 adultos mayores de 60 años, que utilizaron medicamentos en los últimos 15 días, de Pelotas, RS. Resultados: la prevalencia de utilización del PFPB-E fue de 57% y de conocimiento fue de 87%, mientras que en los individuos con 80 años o más fue de 41% y el 46% de las prescripciones dadas por el SUS. Los motivos descritos para no utilizar fueron: dificultad en conseguir la fórmula médica, falta de medicamento, desconocimiento sobre los medicamentos ofrecidos y sobre el programa. Edad, menores ingresos, sufrir enfermedades crónicas y usar cuatro o más medicamentos estuvieron asociados con la utilización. Conclusión: Es necesario ampliar y mejorar el conocimiento de los usuarios del programa, especialmente entre los mayores de 80 años y de médicos sobre la lista de medicamentos, además garantizar la asistencia farmacéutica para los usuarios del SUS.

Introdução

Uma prioridade nas políticas de saúde atuais, é garantir o acesso a medicamentos básicos e essenciais a todos os indivíduos^{1,2}. Nesse contexto, o Governo Federal, lançou em 2004 o Programa Farmácia Popular do Brasil (PFPPB), no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)³⁻⁵. Essa estratégia se destina ao atendimento equânime de toda a população com o intuito de evitar o abandono de tratamento, principalmente dos indivíduos de baixa renda que utilizam serviços privados de saúde, e que têm dificuldades em adquirir medicamentos de que necessitam em farmácias comerciais^{3,6}.

O PFPPB desenvolve dois eixos de ação, a rede própria de Farmácias Populares, em funcionamento desde 2004, que contam com um elenco de 112 medicamentos, os quais são dispensados pelo seu valor de custo, representando uma redução de até 90% do valor de mercado. O segundo eixo de ação, considerado uma expansão do PFPPB, em parceria com farmácias e drogarias da rede privada, chamada de "Aqui tem Farmácia Popular" (PFPPB-E), foi criado com o objetivo de ampliar a cobertura da assistência farmacêutica, com vistas à promoção da integralidade do atendimento à saúde^{7,8}. Nessa modalidade o Ministério da Saúde (MS) subsidia 90% do valor de referência para doenças, como dislipidemia, Parkinson, glaucoma, osteoporose e rinite, além de anticoncepcionais e fraldas geriátricas⁹. A partir de 2011, com a criação do Saúde não tem Preço, os dois eixos de ação passaram a contar com medicamentos gratuitos para asma, diabetes e hipertensão^{10,11}.

Embora o programa seja direcionado para todas as faixas etárias, salienta-se sua importância para os idosos, os quais tendem a apresentar maiores necessidades de saúde, resultando em maior utilização dos serviços de saúde, assim como maior utilização de medicamentos¹²⁻¹⁶. Nesse sentido, o PFPPB-E contribui no controle e prevenção de doenças crônicas, aumentando o acesso da população a terapia medicamentosa, reduzindo o impacto do custo dos remédios no orçamento familiar^{3,17}.

O PFPPB é relativamente novo, portanto estudos especificamente sobre ele são escassos, e os existentes dão maior ênfase a rede própria, a qual foi consolidada primeiramente, se detendo na descrição do programa, em termos de disponibilidade de medicamentos comparados ao setor público e privado e o perfil da população que acessa o programa¹⁸⁻²². Embora esse estudo aborde o PFPPB apenas na rede privada,

visto que não há unidades próprias do programa na cidade de Pelotas, este é o primeiro estudo de base populacional que obteve informações sobre a utilização do PFPB-E para cada medicamento referido.

Diante da importância da universalização do acesso a medicamentos para a saúde da população e do papel do PFPB para a ampliação do acesso a medicamentos, objetivou-se gerar evidências a respeito da sua utilização e os motivos da não utilização entre aqueles que utilizam medicamentos.

Metodologia

Realizou-se um estudo transversal de base populacional com idosos (60 anos ou mais) na zona urbana de Pelotas, RS. O município possui aproximadamente 46099 idosos em área urbana (Censo demográfico de 2010, IBGE), e conforme dados da Vigilância Sanitária local, conta com aproximadamente 165 farmácias e drogarias, das quais 62% estão vinculadas ao PFPB-E. Este estudo é parte de um consórcio de pesquisa de 18 mestrados do Programa de Pós-graduação em Epidemiologia da Universidade Federal de Pelotas, intitulado “Avaliação da saúde de idosos da cidade de Pelotas”, realizado no primeiro semestre de 2014.

O cálculo do tamanho amostral para o estudo da prevalência da utilização do PFPB-E considerou os seguintes parâmetros: nível de confiança de 95%, prevalência estimada de 60%, erro aceitável de 4 pontos percentuais e acréscimo de 10% para perdas e recusas. Para avaliar os fatores associados ao desfecho, os parâmetros utilizados foram um nível de confiança de 95%, poder estatístico mínimo de 80%, relação de 1:5 entre não expostos e expostos (cor da pele), prevalência estimada nos não expostos de 48%, razão de prevalência de 1,3 e acréscimo de 15% para fatores de confusão e efeito de delineamento de 1,5, totalizando um tamanho amostral estimado de 1246 idosos.

A seleção da amostra foi realizada em dois estágios. No primeiro estágio os 488 setores censitários de Pelotas foram listados e ordenados de acordo com a renda média realizando o sorteio sistemático de 133 setores. Esta estratégia garantiu a inclusão de diversos bairros da cidade e com situações econômicas distintas. No segundo estágio

realizou-se a contagem de domicílios ocupados nos setores selecionados, e estimando-se aproximadamente 1 idoso para cada três domicílios, realizou-se o sorteio de 31 domicílios por setor com um pulo fixo, totalizando 4123 domicílios. Todas as pessoas na faixa etária estudada em cada domicílio foram convidadas a participar do estudo. Foram excluídos aqueles institucionalizados e impossibilitados de responder ao questionário devido a problemas mentais ou físicos e que não possuísem acompanhante/cuidador.

O desfecho utilização do programa farmácia popular foi caracterizado da seguinte forma: “Obtenção de pelo menos um medicamento através do PFPB-E entre idosos que utilizaram algum medicamento nos últimos 15 dias”. O conhecimento sobre o PFPB foi verificado através da resposta afirmativa para a pergunta “*O(a) Sr.(a) conhece o Programa Farmácia Popular?*”

Quando o entrevistado referia não ter adquirido o medicamento no PFPB-E ou em farmácias do SUS (municipal e Unidade Básica), era questionado se havia tentado conseguir esse medicamento pelo PFPB-E. Em caso de resposta afirmativa, eram questionados os motivos pelos quais não conseguiu obter o medicamento e, em caso de resposta negativa, os motivos pelos quais não procurou o PFPB-E. Para todos os medicamentos utilizados pelos idosos, foram solicitadas as caixas e/ou receitas para verificação do nome correto e posterior classificação por grupos farmacológicos. Além disso, para mapear a origem das prescrições, foi feita a pergunta “quem indicou esse remédio para o Sr.(a)?” (Médico/dentista SUS, Médico/dentista particular/convênio).

Como variáveis independentes foram caracterizados fatores socioeconômicos, nível econômico, classificado de acordo com a Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (ABEP) (Classes A/B, C e D/E), renda familiar em salários mínimos (SM) categorizada (até 1SM, 2/3 SM, 4/5 SM, 6/9 SM e 10 ou mais), escolaridade em anos de estudo(nenhuma, até 3 anos, 4 a 7 anos, 8 a 10 anos e 11 ou mais) e status ocupacional (trabalhando, aposentado/encostado, aposentado e trabalhando e do lar/desempregado). As variáveis demográficas foram sexo (masculino/feminino), idade categorizada em 4 categorias (60/64, 65/69, 70/79 e 80 anos ou mais), situação conjugal (com companheiro/sem companheiro) e cor da pele autorreferida (branca/ não branca).

Para caracterizar os idosos frente a utilização do PFPB-E conforme as morbidades, caracterizou-se o diagnóstico médico referido pelo entrevistado de diabetes, hipertensão, doenças respiratórias (asma, bronquite, enfisema), rinite, glaucoma, doença de Parkinson, dislipidemia e osteoporose. Também investigou-se sobre a necessidade de utilizar remédio de uso contínuo e examinou-se o número de medicamentos utilizados pelo idoso nos últimos 15 dias (1, 2, 3 e 4 ou mais). O suporte social foi avaliado pela possibilidade do idoso contar com a ajuda de alguém para atender as suas necessidades.

Para realização das entrevistas, foram selecionadas 13 entrevistadoras com segundo grau completo após treinamento teórico-prático seguido de avaliação. Em seguida, as entrevistadoras visitaram os domicílios selecionados para entregar uma carta de apresentação do estudo, a qual dava esclarecimentos e convidava os moradores idosos a participar do estudo. A partir do aceite dos indivíduos elegíveis, as entrevistas eram agendadas de acordo com a disponibilidade dos entrevistados(as). Os questionários eletrônicos com questões pré-codificadas foram aplicados com netbooks.

Consideraram-se perdas e recusas as entrevistas não realizadas após três tentativas, sendo uma destas realizada por um supervisor do estudo. O controle de qualidade foi realizado pelo supervisor de campo a 10% dos entrevistados selecionados de forma aleatória. Utilizou-se uma versão reduzida do questionário composto por 19 questões. A análise de concordância foi obtida através do índice kappa.

As análises foram realizadas no software Stata 12.1. Realizou-se a descrição da amostra em relação às variáveis independentes e calculou-se a prevalência do desfecho utilização do PFPB-E com os respectivos intervalos de confiança para os indivíduos que utilizaram algum medicamento nos últimos 15 dias. Para o cálculo das prevalências dos motivos da não utilização do programa, utilizou-se uma análise estratificada por idade.

Para análise dos fatores associados a utilização do PFPB-E realizou-se a regressão de Poisson, utilizando o comando svy para considerar o efeito de delineamento do estudo, variáveis com valor $p > 0,2$ não foram levadas para análise ajustada. A regressão seguiu um modelo hierárquico de seleção para trás, o qual compreende 3 níveis. No nível distal, incluiu-se as variáveis demográficas e

socioeconômicas; no segundo nível, a presença de morbidades e no nível proximal avaliou-se o conhecimento sobre o PFPB e o número de medicamentos utilizados. Foram utilizados os testes de Wald, para heterogeneidade de proporções, e de tendência linear para as variáveis categóricas. Variáveis com valor $p < 0,2$ foram mantidas no modelo para controle de fatores de confusão e considerou-se significativas as associações com valor-p menor que 0,05.

Para a análise das prevalências de utilização do PFPB-E e fatores associados, utilizou-se como denominador o número total de idosos que utilizaram medicamentos nos últimos 15 dias. Para caracterizar os medicamentos (presente na lista do PFPB-E, classificação por grupos farmacológicos, gratuidade dos medicamentos do PFPB-E) utilizou-se como denominador o total de medicamentos utilizados.

O estudo foi submetido e aprovado sob parecer número 472.357 do Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Pelotas. As entrevistas só foram realizadas após assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, com garantia da confidencialidade das informações prestadas.

Resultados

Foram entrevistados 1451 idosos com 60 anos ou mais, totalizado 21,3% (n=393) de perdas e recusas, sendo a maioria mulheres e da faixa etária entre 60-69 anos. Das entrevistas, 4% foram respondidas por cuidador/acompanhante, 1305 entrevistados utilizaram pelo menos um medicamento nos últimos 15 dias, representando 90,5% (IC95%: 88,9; 92,0) dos idosos.

Entre os indivíduos que utilizaram medicamentos nos últimos 15 dias a média de idade foi de 70,9 anos (dp 8,2), 64,8% eram mulheres, 84,2% tinham cor da pele branca, 52,4% tinham companheiro e 30,2% tinha 4 a 7 anos de estudo. O status ocupacional predominante foi aposentado/encostado (72,0%), 42,7% apresentava renda familiar entre 2 e 3 salários mínimos e 51,8% estava no estrato econômico C da ABEP (Tabela 1).

Cerca de 93% dos idosos relataram poder contar com a ajuda de alguém para atender as suas necessidades. Sobre as condições de saúde referidas pelos entrevistados, 25,4% são diabéticos, 71,5% hipertensos e 17,3% possuem alguma doença respiratória (asma, bronquite, enfisema) (Tabela 1).

A prevalência de utilização do PFPB-E foi de 56,8% e a de conhecimento do programa foi de 87,4%. Cerca de 95% dos idosos precisam tomar remédio de uso contínuo, e 54% utilizam 4 ou mais medicamentos (Tabela 1). Dos indivíduos que fazem uso de medicação de uso contínuo e tomaram algum medicamento nos últimos 15 dias, 53,9% utilizaram o PFPB-E para obtenção de pelo menos um medicamento (dados não apresentados em tabela).

Entre os 1014 idosos que não adquiriram todos os seus medicamentos pelo programa, nem através do SUS, 54% tentaram conseguir pelo PFPB-E. Os principais motivos relatados pelos idosos para não terem conseguido algum medicamento pelo programa foram o medicamento não fazer parte da lista do PFPB-E (74%), dificuldade em conseguir a receita médica (17%) e falta do medicamento (13%). Entre aqueles que não tentaram conseguir o medicamento pelo PFPB-E, os principais motivos referidos foram o medicamento não fazer parte da lista do PFPB-E (46%), desconhecimento sobre quais medicamentos estavam disponíveis (39%) e o não conhecimento sobre o PFPB (29%) (tabela 2).

Dos idosos com 80 anos ou mais que não adquiriram todos os seus medicamentos pelo programa, nem através do SUS, 42% tentaram conseguir os medicamentos pelo PFPB-E. Este grupo etário teve mais dificuldade de conseguir a receita médica (21%) e de ir até a farmácia (12%) do que os de 60 a 79 anos, que referiram 16% e 4%, respectivamente. Além disso, aproximadamente 45% deles relataram a falta de conhecimento sobre o programa e sobre os medicamentos disponíveis como motivo para não tentarem conseguir o medicamento pelo PFPB-E e 16% dos idosos com 80 anos ou mais apresentaram como motivo a dificuldade de deslocamento até a farmácia (Tabela 2).

A tabela 3 descreve os fatores associados à utilização do PFPB-E. A análise bruta não mostrou associação com sexo, cor da pele, ocupação e suporte social. Idosos com 80 anos ou mais apresentaram utilização do PFPB-E 28% menor quando

comparados àqueles de 60 a 64 anos, enquanto aqueles com companheiro utilizaram 13% mais em relação aqueles sem companheiro. A utilização do programa apresentou uma diminuição linear com o aumento da renda, sendo que indivíduos com renda familiar igual ou maior que 10 salários mínimos utilizam 34% menos o programa quando comparados com aqueles de menor renda.

Indivíduos com doenças crônicas como diabetes, hipertensão e dislipidemia, utilizaram 19%, 52% e 31% mais o programa, respectivamente, do que os que não tinham estas morbidades. Idosos que conhecem o PFPB o utilizam 3 vezes mais do que os que não o conhecem, e indivíduos que utilizam quatro ou mais medicamentos, utilizam 40% mais o PFPB-E quando comparados àqueles que tomam apenas um medicamento (Tabela 3).

Dos 5700 medicamentos utilizados pelos idosos, 32,9% (n=1873) faziam parte do PFPB-E, e desses, 67,6% (n=1249) foram adquiridos pelo programa, dos quais 79,3% (n=991) foram obtidos de forma gratuita. Quanto a origem da prescrição utilizada para obtenção dos medicamentos da farmácia popular, 54,4% foi por convênio ou particular. Os medicamentos mais utilizados pelo PFPB-E conforme classificação farmacológica, foram os antihipertensivos (58,3%), antidiabéticos (18,7%) e os agentes modificadores de lipídios (17,5%) (Tabela 4).

Entre os medicamentos utilizados para condições crônicas como doenças respiratórias, diabetes e hipertensão, 41,9%, 85,2% e 58,9%, respectivamente, estavam presentes na lista do PFPB-E (Tabela 5).

O efeito de delineamento do presente estudo foi de 1,14, e o índice kappa da variável conhecimento do PFPB apresentou uma boa repetibilidade ($kappa \geq 0,7$).

Discussão

Dos idosos que utilizaram medicamentos, mais de 80% conheciam o PFPB e mais da metade utilizaram o PFPB-E, entretanto o grupo de 80 anos e mais utilizou significativamente menos, mostrando que o programa está bem difundido entre a população, exceto entre os mais idosos. Além disso, uma parcela expressiva de idosos

oriundos do SUS obtiveram medicamentos pelo PFPB-E, embora não sejam o grupo prioritário.

Em um estudo de base populacional com adultos de 20 anos ou mais, realizado em 2008, o conhecimento sobre o PFPB foi de 32,8%²². O maior conhecimento sobre PFPB neste estudo pode dever-se a já ter decorrido um tempo maior do início do programa ou do fato da população ser mais velha, utilizar mais serviços de saúde e mais medicamentos o que aumenta as oportunidades de receber orientações sobre o programa^{22, 23}.

As principais barreiras para utilização do programa são a falta da receita médica e a falta do medicamento, o que sugere dificuldade de acesso à consulta e programação insuficiente da distribuição dos medicamentos. Entretanto, nos idosos com 80 anos ou mais a dificuldade de ir até a farmácia destaca-se como um problema importante, visto que, na ausência do idoso, é necessário um representante legal para retirada de medicamento. Embora exista amplo conhecimento sobre a existência do programa, ainda há falta de informação especialmente entre os de 80 anos ou mais. A lista de medicamentos ofertados pelo programa é o aspecto sobre o qual a população, e provavelmente os próprios médicos, tem grande desconhecimento.

A utilização do PFPB-E foi maior nos idosos com menos de 80 anos. A redução da utilização do programa nos idosos com 80 anos ou mais provavelmente reflete iniquidade no acesso a medicamentos visto que a medida que a idade aumenta o idoso tende a ser mais medicalizado. Essa iniquidade pode estar relacionada a incapacidade e/ou dificuldade de locomoção que implica em maior dificuldade de acesso à consulta, impossibilitando a renovação da receita, e de deslocamento até o cartório, para obtenção da procuração exigida nos casos de retirada de medicamento por representante legal. O estudo foi consistente com os achados de Costa et al²², que não encontrou associação entre sexo dos entrevistados e utilização do programa. As mulheres vivem mais, procuram mais os serviços de saúde²⁴ e utilizam mais medicamentos²³⁻²⁵. Assim, a falta de associação ocorre pela concentração de mulheres no grupo de 80 anos e mais que enfrenta barreiras para acessar o programa.

Indivíduos com companheiro (a) utilizaram mais o PFPB-E. Este achado também é reforçado pelo fato de indivíduos com companheiro utilizarem mais o

serviço de saúde^{22,26}. Portanto, estes indivíduos têm maior probabilidade de diagnosticar doenças, ter acesso a receita médica e receber informações a respeito do PFPB.

Este estudo mostra, de forma consistente com a literatura, que o programa atende todos os estratos socioeconômicos da população^{21, 22}. Além disso, embora a maioria das prescrições utilizadas pelos idosos para obtenção dos medicamentos sejam provenientes do setor privado, o número de usuários da rede pública é muito elevado, representando 46%, assim como encontrado no estudo de Pinto et al^{20, 21, 27}.

Um estudo de caso, realizado em 2007, que inclui municípios das 5 regiões do Brasil, sugere que os usuários podem ter procurado o programa devido a pronta disponibilidade dos medicamentos e o menor tempo de espera do atendimento²¹. Sabe-se que a centralização da compra de medicamentos pode reduzir custos da assistência farmacêutica (AF), mas cabe ressaltar, que o fato dos medicamentos para asma, diabetes e hipertensão estarem disponíveis gratuitamente no PFPB não isenta a responsabilidade dos gestores estaduais e municipais de continuarem fornecendo esses medicamentos. Eles devem estar disponíveis nas farmácias da atenção primária à saúde, facilitando o acesso para os usuários do SUS⁹. Assim, se há falhas na provisão gratuita de medicamentos da rede pública municipal isto sobrecarrega a demanda do PFPB-E podendo implicar em custos para o usuário tanto com medicamentos não cobertos pelo programa como com deslocamento para acessar a farmácia.

Embora o número de medicamentos ofertados pelo programa seja amplo, um número importante dos medicamentos utilizados para hipertensão e asma não estão incluídos no PFPB-E, no entanto, diversas variações de um mesmo fármaco podem originar prescrições de medicamentos que não façam parte do programa. É preciso que os médicos conheçam os medicamentos ofertados pelo programa de forma a priorizar, na medida do possível, a prescrição dos medicamentos disponíveis, como forma de reduzir os gastos em saúde da população.

Concordando com estudos anteriores^{19, 21, 28-30}, os medicamentos do PFPB-E mais utilizados foram aqueles para condições cardiovasculares (hipertensão e dislipidemia), e os relacionados ao metabolismo (diabetes). O que pode ser explicado, em parte, pelo fato destes medicamentos estarem disponíveis de forma gratuita e principalmente pelo próprio padrão de consumo de medicamentos, que reflete o perfil

das doenças crônicas mais prevalentes entre os idosos, como é o caso das doenças cardiovasculares, que lideram as causas de morbimortalidade entre eles^{15, 31}.

A amostra estudada é representativa da população idosa residente em áreas urbanas. As perdas não foram substancialmente diferentes da população estudada, o que reforça a validade interna. Como esse estudo abordou somente as redes privadas do PFPB, os resultados são extrapoláveis para municípios com essas características. Uma vantagem em relação a qualificação da caracterização do desfecho, é que foram solicitadas as embalagens e/ou receitas de todos medicamentos referidos pelos entrevistados. A falta de outros inquéritos domiciliares relativos ao PFPB-E limitou a análise de consistência deste estudo.

Os resultados obtidos por este inquérito populacional ampliam o conhecimento a respeito da utilização do PFPB-E pela população idosa e dos motivos para a não utilização, desta maneira, contribuem para a definição de políticas para qualificar o programa. Os idosos de 80 anos ou mais apresentam grande necessidade de acesso a medicamentos e, além disso, segundo dados do IBGE, entre as faixas etárias dos idosos, a de 80 anos ou mais representou um crescimento de 70% entre 2000 e 2010³², salientando a importância de medidas que diminuam a iniquidade na AF deste grupo etário, além da ampliação da utilização do programa. Isto pode ser feito, em parte, pela ampliação da atenção domiciliar de forma a facilitar a obtenção da receita médica. Entretanto, considerando as dificuldades de deslocamento característica deste grupo populacional, é crítico estudar alternativas para a exigência de procuração para a retirada do medicamento na farmácia através de representante legal.

É preciso divulgar, tanto para a população quanto para os médicos a lista de medicamentos ofertados pelo programa. Este conhecimento pode contribuir para ampliar a utilização do programa pelos idosos e para que os médicos, na medida do possível, direcionem a prescrição para medicamentos da lista, reduzindo os gastos com medicamentos de uso contínuo, que são especialmente importantes nessa população.

Sabe-se que o PFPB agregou um enorme custo na AF com elenco atualmente disponível e a gratuidade dos medicamentos mais utilizados para asma, diabetes e hipertensão. Um medicamento do PFPB chega a custar até 290% a mais para o Ministério da Saúde do que para a Farmácia Básica quando dispensa o mesmo medicamento³³. É fundamental que os municípios se responsabilizem pela AF dos

usuários do SUS, buscando novas estratégias que garantam a eficiência de suas ações, consolidando vínculos entre os serviços e a população, promovendo o acesso ao medicamento e a inserção efetiva da AF como uma ação de saúde, especialmente para aqueles em áreas remotas, com oferta de medicamentos mais próximo do usuário. Esta estratégia é crucial para evitar gastos com medicamentos, deslocamento e até mesmo baixa aderência a tratamento na população de baixa renda.

Colaboradores

V.I.A Miranda participou da revisão de literatura, elaboração do projeto, todas as etapas do trabalho de campo, análise dos dados e redação do artigo. R.D. Meucci colaborou na elaboração do projeto, análise dos dados e redação do artigo. B. H. Lutz participou do trabalho de campo, preparação do banco de dados e análises dos dados. A.G. Fassa orientou todas as etapas da pesquisa e revisou o artigo final.

Agradecimentos

Ao apoio financeiro da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), a Doutoranda do Programa de Pós Graduação em Epidemiologia da UFPel (PPGE) Marília Guttier, pelo total apoio na construção do banco de medicamentos.

Financiamento

A pesquisa foi financiada por recursos provenientes do Programa de Excelência Acadêmica (PROEX) da CAPES.

Referências bibliográficas

1. Brasil. Política Nacional de Medicamentos: informe técnico institucional. Brasília: Ministério da Saúde; 2000.
2. Machado CV, Baptista TW, Nogueira Cde O. Health policies in Brazil in the 2000s: the national priority agenda. *Cadernos de saude publica*. 2011;27(3):521-32. Epub 2011/04/27. Políticas de saude no Brasil nos anos 2000: a agenda federal de prioridades.
3. Brasil. Programa Farmácia Popular do Brasil: manual básico. Brasília: Ministério da Saúde; 2005.
4. Brasil. Programa farmácia popular do Brasil: manual de informações às unidades credenciadas: sistema de co-pagamento. Brasília: Ministério da Saúde; 2008.

5. Brasil. Decreto Nº 5.090, de 20 de maio de 2004. Regulamenta a Lei nº 10.858, de 13 de abril de 2004, e institui o programa "Farmácia Popular do Brasil" e dá outras providências. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.
6. Trevisan L, Junqueira LAP. Gestão em rede do SUS e a nova política de produção de medicamentos. Saúde e Sociedade. 2010;19:638-52.
7. Brasil. Portaria nº 749, de 15 de abril de 2009. Dispõe sobre a expansão do Programa Farmácia Popular do Brasil - Aqui Tem Farmácia Popular. Brasília2009.
8. PORTARIA Nº 491 DDMD. Dispõe sobre a expansão do Programa "Farmácia Popular do Brasil". 2006.
9. Ministério da Saúde. Crescimento do Programa Farmácia Popular. Brasília.2013 [cited 2013 02/05/13]; Available from: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional>.
10. Brasil. Saúde Não Tem Preço. Brasília.2011 [cited 2013 28/05/13]; Available from: <http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/texto/4435/777/Conheca-o-%27Saude-Nao-Tem-Preco%27.html>.
11. Portaria nº 1.146, de 1º de junho de 2012. Altera e acresce dispositivos à Portaria nº. 971/GM/MS, de 17 de maio de 2012, para ampliar a cobertura da gratuidade no âmbito do Programa Farmácia Popular do Brasil, (2012).
12. World Health Organization. Envelhecimento ativo: uma política de saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2005.
13. Brasil. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
14. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Sobre as condições de saúde dos idosos: indicadores selecionados. Rio de Janeiro: IBGE; 2009.
15. Coelho Filho JM, Marcopito LF, Castelo A. Perfil de utilização de medicamentos por idosos em área urbana do Nordeste do Brasil

Medication use patterns among elderly people in urban area in Northeastern Brazil. Rev Saude Publica. 2004;38(4):557-64.

16. Travassos C, Viacava F, Pinheiro R, Brito A. [Utilization of health care services in Brazil: gender, family characteristics, and social status]. Revista panamericana de salud publica = Pan American journal of public health. 2002;11(5-6):365-73. Epub 2002/08/07. Utilizacao dos servicos de saude no Brasil: genero, caracteristicas familiares e condicao social.
17. Bertoldi AD, Barros AJ, Camargo AL, Hallal PC, Vandomos S, Wagner A, et al. Household expenditures for medicines and the role of free medicines in the Brazilian public health system. Am J Public Health. 2011;101(5):916-21. Epub 2010/08/21.
18. Ferreira RL. Análise de Implantação do Programa Farmácia Popular do Brasil no Rio de Janeiro e no Distrito Federal: um estudo de casos. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde pública Sergio Arouca. Fundação Oswaldo Cruz; 2006.
19. Junges F. Avaliação do programa farmácia popular do Brasil : aspectos referentes a estrutura e a processos: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2009.
20. Pinto Cdu B, Miranda ES, Emmerick IC, Costa Ndo R, Castro CG. Medicine prices and availability in the Brazilian Popular Pharmacy Program. Rev Saude Publica. 2010;44(4):611-9. Epub 2010/06/30.
21. Pinto Cdu B, Costa Ndo R, Osorio-de-Castro CG. The "Farmacia Popular do Brasil" Program and aspects of public provision of medicines in Brazil. Cien Saude Colet. 2011;16(6):2963-73. Epub 2011/06/29. Quem acessa o Programa Farmacia Popular do Brasil? Aspectos do fornecimento publico de medicamentos.
22. Costa KS, Francisco PMSB, Barros MBdA. Conhecimento e utilização do Programa Farmácia Popular do Brasil: estudo de base populacional no município de Campinas-SP. Epidemiologia e Serviços de Saúde. 2014;23(3):397-408.

23. Flores VB, Benvegnú LA. Perfil de utilização de medicamentos em idosos da zona urbana de Santa Rosa, Rio Grande do Sul, Brasil. *Cadernos de saude publica*. 2008;24:1439-46.
24. Bertoldi AD, Barros AJD, Hallal PC, Lima RC. Utilização de medicamentos em adultos: prevalência e determinantes individuais. *Revista de Saúde Pública*. 2004;38:228-38.
25. Silva Gde O, Gondim AP, Monteiro MP, Frota MA, de Meneses AL. [Continuous-use medication and associated factors in the elderly living in Quixada, Ceara, Brazil]. *Revista brasileira de epidemiologia = Brazilian journal of epidemiology*. 2012;15(2):386-95. Epub 2012/07/12. Uso de medicamentos continuos e fatores associados em idosos de Quixada, Ceara.
26. Costa JSDD, Reis MC, Silveira Filho CV, Linhares RdS, Piccinini F. Prevalência de consultas médicas e fatores associados, Pelotas (RS), 1999-2000. *Rev saúde pública*. 2008;42(6):1074-84.
27. Barros AJ, Bertoldi AD. Out-of-pocket health expenditure in a population covered by the Family Health Program in Brazil. *International Journal of Epidemiology*. 2008;37(4):758-65.
28. S. CH, C. B, M. VC, M. C, F. CD. Programa Farmácia Popular do Brasil: evolução do programa na cidade de São Luís - MA. *Revista de Pesquisa em Saúde*. 2010;11(3).
29. Lísias R. Ruppenthal PRP. Comparação do Perfil dos Usuários e dos Medicamentos Dispensados na Farmácia Popular do Brasil e em Drogeria Privada em Porto Alegre, Brasil. *Latin American Journal of Pharmacy*. 2010;29.
30. Marcos Inocencio BDV. Acesso a medicamentos: análise das estratégias do estado para o desenvolvimento do Programa Farmácia Popular. *Cadernos Gestão Pública e Cidadania*. 2011;16, No 59
31. Loyola Filho AI, Uchoa E, Firmo Jde O, Lima-Costa MF. Estudo de base populacional sobre o consumo de medicamentos entre idosos: Projeto Bambuí. *Cadernos de saude publica*. 2005;21(2):545-53. Epub 2005/05/21.
32. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo demográfico e contagem da população. 2014 [cited 2014 05/12/2014]; Available from: <http://www.sidra.ibge.gov.br/bda/tabela>.
33. Sotero Mengue WC. Mensuração dos custos totais do fornecimento de medicamentos pela rede básica no Brasil. 2013.

Tabela 1. Descrição da amostra de idosos que utilizaram medicamentos nos últimos 15 dias (n=1305) segundo variáveis demográficas e socioeconômicas, Pelotas, RS, Brasil, 2014.

Variáveis	N*	%	IC
Sexo			
Masculino	459	35,2	32,6 - 37,8
Feminino	846	64,8	62,2 - 67,4
Idade			
60 a 64	345	26,5	24,1 - 28,9
65 a 69	321	24,7	22,3 - 27,0
70 a 79	418	32,1	29,6 - 34,7
80 ou mais	217	16,7	14,6 - 18,7
Situação conjugal			
Sem companheiro	620	47,6	44,9 - 50,3
Com companheiro	682	52,4	49,7 - 55,1
Cor da pele			
Não branca	205	15,8	13,8 - 17,7
Branca	1097	84,2	82,3 - 86,2
Escolaridade (em anos de estudo)			
Nenhuma	176	13,6	11,7 - 15,5
até 3 anos	288	23,1	20,7 - 25,3
4 a 7 anos	391	30,2	27,7 - 32,7
8 a 10 anos	132	10,2	8,5 - 11,8
11 anos ou mais	296	22,9	20,6 - 25,2
Status ocupacional			
Trabalhando	89	7,4	5,9 - 8,8
Aposentado e encostado	871	72,0	69,5 - 74,6
Aposentado e trabalhando	125	10,3	8,6 - 12,1
Do lar e desempregado	124	10,3	8,5 - 11,9
Classificação econômica - ABEP			
A/B	449	36,4	33,7 - 39,1
C	639	51,8	49,0 - 54,6
D/E	145	11,8	9,9 - 13,5
Renda em salários mínimos			
até 1	125	10,3	8,6 - 12,0
2 a 3	519	42,7	39,8 - 45,4
4 a 5	257	21,1	18,8 - 23,4
6 a 9	177	14,5	12,6 - 16,5
10 ou mais	139	11,4	9,6 - 13,2
Suporte social			
Não	96	7,4	6,0 - 8,8
Sim	1205	92,6	91,2 - 94,0
Utilização do PFPB-E			
Não	534	43,2	40,4 - 45,9
Sim	703	56,8	54,1 - 59,6
Conhecimento sobre o PFPB			
Não	165	12,6	10,8 - 14,5
Sim	1139	87,4	85,5 - 89,1
Número de medicamentos utilizados			

Variáveis	N*	%	IC
Um	163	12,5	10,7 - 14,3
Dois	203	15,6	13,6 - 17,5
Três	234	17,9	15,8 - 20,0
Quatro ou mais	705	54,0	51,3 - 56,7
Precisa tomar remédio de uso contínuo			
Não	68	5,2	4,0 - 6,4
Sim	1237	94,8	93,6 - 96,0
Variáveis de condições de saúde			
Diabetes			
Não	973	74,6	72,3 - 76,9
Sim	331	25,4	23,0 - 27,7
Hipertensão			
Não	371	28,5	26,0 - 30,9
Sim	933	71,5	69,1 - 74,0
Doenças respiratórias crônicas (asma, bronquite, enfisema)			
Não	1077	82,7	80,7 - 84,8
Sim	225	17,3	15,2 - 19,3
Rinite			
Não	1037	79,7	77,5 - 81,9
Sim	264	20,3	18,1 - 22,5
Glaucoma			
Não	1201	92,3	90,9 - 93,8
Sim	100	7,7	6,2 - 9,1
Doença de Parkinson			
Não	1280	98,3	97,6 - 99,0
Sim	22	1,7	0,9 - 2,3
Dislipidemia			
Não	733	56,2	53,5 - 58,9
Sim	570	43,8	41,0 - 46,4
Osteoporose			
Não	954	73,3	70,9 - 75,7
Sim	347	26,7	24,3 - 29,1

* O número máximo de valores ignorados foi de 96 para status ocupacional.

** Suporte social: possibilidade do idoso contar com a ajuda de alguém para atender suas necessidades.

Tabela 2. Motivos da não utilização do Programa Farmácia Popular entre os idosos que não adquiriram todos os seus medicamentos pelo PFPB-E ou pelo SUS (n=1014), nos últimos 15 dias de acordo com a idade. Pelotas, RS, 2014.

Variável	Geral		Grupo etário			
			60 a 79		80 ou +	
	N	%	N	%	N	%
Tentou conseguir algum medicamento pelo PFPB-E						
Não	462	45,6	356	42,8	105	58,3
Sim	552	54,1	476	57,2	75	41,7
Motivos pelos quais tentaram e não conseguiram (n=552)						
Dificuldade de ir até a farmácia	31	5,7	20	4,2	9	12,3
Não tinha a marca do medicamento	49	8,9	41	8,7	8	10,8
Não tinha o medicamento	69	12,6	59	12,5	10	13,5
Dificuldade de conseguir receita	93	17,0	77	16,3	16	21,6
Medicamento não faz parte da lista do PFP	408	74,4	349	73,9	57	77,0
Outros	43	7,8	38	8,0	5	6,8
Motivos pelos quais não tentaram conseguir (n= 469)						
Não confia nos medicamento do PFP	15	3,4	13	3,8	2	2,0
Médico aconselhou que não utilizasse	16	3,6	13	3,8	3	3,0
Dificuldade de deslocamento até a farmácia	34	7,6	18	5,2	16	16,2
Tem dificuldade em conseguir receita	55	12,3	43	12,5	12	11,9
Não conhece o PFP	128	28,6	85	24,6	43	42,2
Não sabe quais medicamentos estão disponíveis no PFP	174	39,1	127	36,9	47	47,0
Medicamento não faz parte da lista do PFP	185	45,7	155	48,6	30	35,3
Outros motivos	84	18,9	67	19,5	17	16,8

*Essas questões foram aplicadas aos idosos que que não adquiriram todos os seus medicamentos pelo PFPB-E ou pelo SUS nos últimos 15 dias.

Tabela 3. Fatores associados à utilização do programa farmácia popular nos últimos 15 dias. Pelotas, RS, Brasil, 2014.

Nível ^a	Variável	P (IC95%)	RP (IC95%) bruta	valor p	RP (IC95%) ajustada	Valor p ^b
1	Idade					
	60 a 64	60,6 (34,0 - 44,7)	1	<0,001	1	0,004
	65 a 69	59,1 (53,5 - 64,7)	0,97 (86,3 - 1,10)		0,97 (0,85 - 1,11)	
	70 a 79	60,5 (55,7 - 65,3)	0,99 (87,7 - 1,14)		1,02 (0,89 - 1,16)	
	80 ou mais	41,1 (34,4 - 47,9)	0,67 (56,3 - 81,9)		0,72 (0,60 - 0,87)	
	Escolaridade					
	Nenhuma	48,0 (40,4 - 55,5)	1	0,007	1	0,131
	até 3 anos	60,8 (55,0 - 66,5)	1,26 (1,03 - 1,55)		1,22 (0,99 - 1,52)	
	4 a 7 anos	63,1 (58,2 - 68,0)	1,31 (1,06 - 1,62)		1,31 (1,06 - 1,62)	
	8 a 10 anos	56,8 (47,7 - 65,8)	1,18 (0,93 - 1,50)		1,20 (0,94 - 1,54)	
	11 anos ou mais	50,2 (44,3 - 56,1)	1,05 (0,84 - 1,30)		1,14 (0,90 - 1,46)	
	Renda em salários mínimos					
	até 1	56,9 (47,7 - 66,0)	1	0,001 ^c	1	0,005 ^c
	2 a 3	61,5 (57,2 - 65,8)	1,08 (0,90 - 1,30)		1,0 (0,83 - 1,20)	
	4 a 5	60,0 (53,8 - 66,2)	1,05 (0,86 - 1,30)		0,97 (0,77 - 1,22)	
	6 a 9	50,6 (43,0 - 58,1)	0,88 (68,7 - 1,15)		0,83 (0,63 - 1,10)	
	10 ou mais	40,9 (32,4 - 49,4)	0,72 (0,55 - 0,94)		0,66 (0,49 - 0,90)	
	Situação conjugal					
	Sem companheiro	52,6 (48,5 - 56,6)	1	0,013	1	0,036
Com companheiro	60,8 (57,0 - 64,6)	1,16 (1,03 - 1,30)	1,13 (1,0 - 1,28)			
2	Hipertensão					
	Não	38,0 (32,6 - 43,4)	1	<0,001	1	<0,001
	Sim	63,2 (60,0 - 66,3)	1,66 (1,41 - 1,96)		1,52 (1,29 - 1,77)	
	Diabetes					
	Não	52,7 (49,4 - 55,9)	1	<0,001	1	<0,001
	Sim	68,1 (63,0 - 73,1)	1,30 (1,19 - 1,40)		1,19 (1,09 - 1,30)	
	Dislipidemia					
	Não	48,1 (44,3 - 51,8)	1	<0,001	1	<0,001
	Sim	67,3 (63,4 - 71,1)	1,40 (1,27 - 1,54)		1,31 (1,20 - 1,43)	
	Glaucoma					
	Não	56,2 (53,4 - 59,1)	1	0,128	1	0,129
	Sim	63,9 (54,2 - 73,6)	1,14 (0,96 - 1,34)		1,13 (0,96 - 1,34)	
Rinite						
Não	55,4 (52,3 - 58,5)	1	0,050	1	0,05	
Sim	62,1 (56,0 - 68,2)	1,12 (1,0 - 1,25)		1,12 (0,99 - 1,26)		
3	Conhecimento sobre o PFPB					
	Não	16,4 (10,2 - 22,6)	1	<0,001	1	<0,001
	Sim	61,9 (59,0 - 64,8)	3,77 (2,63 - 5,40)		2,87 (2,01 - 4,08)	
	N de medicamentos utilizados					
	Um	37,5 (28,7 - 46,3)	1	<0,001 ^c	1	<0,001 ^c
	Dois	41,1 (34,0 - 48,1)	1,09 (80,3 - 1,49)		0,96 (71,6 - 1,28)	
	Três	53,5 (46,9 - 60,0)	1,42 (1,06 - 1,90)		1,22 (92,0 - 1,62)	
Quatro ou +	65,6 (62,0 - 69,1)	1,74 (1,35 - 2,26)	1,40 (1,07 - 1,80)			

^a Todas as variáveis estão controladas para as demais do mesmo nível e para as dos níveis acima, com valor p entre 0,2 e 0,05.

^b As variáveis com nível de significância entre 0,05 e 0,2 foram mantidas no modelo para controle de confusão.

Valor-p^c: Teste de Wald de tendência linear

Tabela 4. Descrição dos medicamentos presentes na lista do PFPB-E (n=1873) conforme utilização do Programa. Pelotas, RS, Brasil, 2014.

Conseguiu medicamento pelo PFPB-E	N	%
Não	599	32,4
Sim	1249	67,6
Gratuidade entre os medicamentos utilizados pelo PFPB-E		
Não	258	20,7
Sim	991	79,3
Origem da prescrição dos medicamentos utilizados pelo PFPB-E		
SUS	569	45,6
Convênio ou particular	678	54,4
Descrição medicamentos utilizados pelo PFPB-E conforme classe farmacológica		
Doenças respiratórias (asma, bronquite, enfisema)	31	1,7
Diabetes	351	18,7
Dislipidemia	327	17,5
Glaucoma	15	0,8
Hipertensão	1092	58,3
Osteoporose	34	1,8
Parkinson	13	0,7
Rinite	10	0,5

Tabela 5. Uso do PFPB-E para aquisição de medicamentos utilizados para as doenças crônicas (asma, diabetes e hipertensão). Pelotas, RS, Brasil, 2014.

Medicamentos para doenças crônicas	Medicamentos utilizados por doenças	Medicamentos presentes no PFPB-E
	N	N (%)
Asma	74	31 (41,9)
Diabetes	412	351 (85,2)
Hipertensão	1852	1092 (58,9)

5 ANEXOS

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: AVALIAÇÃO DA SAÚDE DE IDOSOS DA CIDADE DE PELOTAS, RS, 2013

Pesquisador: Elaine Tomasi

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 24538513.1.0000.5317

Instituição Proponente: Faculdade de Medicina

Patrocinador Principal: MINISTERIO DA EDUCACAO

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 472.357

Data da Relatoria: 28/11/2013

Apresentação do Projeto:

O Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia da Universidade Federal de Pelotas (PPGE-UFPel) tem como uma das suas principais funções, além de formar novos epidemiologistas e pesquisadores, diagnosticar relevantes problemas de saúde pública e, assim, instrumentalizar os gestores municipais no planejamento de ações efetivas. Em março do ano de 2013, este programa deu início às atividades de sua 12ª turma de mestrado.

Desde o ano de 1999, o PPGE-UFPel vem trabalhando com um formato especial de coleta de dados, com otimização de recursos, tempo e aspectos logísticos, onde os mestrandos desenvolvem seus projetos individuais dentro de uma filosofia de "consórcio". Esta metodologia propicia uma maior colaboração entre os alunos, permitindo a realização de uma pesquisa com amostras de base populacional, resultante de um único, grande e elaborado processo de amostragem na cidade. Maiores detalhes desta metodologia podem ser encontrados em publicação específica(1). Neste ano de 2013, participam do referido consórcio 18 mestrandos do PPGE-UFPel. A partir de janeiro de 2014, está previsto o início do processo de coleta de dados. Pelo processo amostral escolhido, os dados resultantes deste inquérito serão representativos da população idosa (60 anos ou mais), residentes na zona urbana do município. Tendo em vista que o envelhecimento no mundo está ocorrendo de forma acelerada(2) e que este processo é um fator de risco para quase todas as doenças, surge a necessidade de melhor estudar esta população(3).

Endereço: Rua Prof Araujo, 465 sala 301
Bairro: Centro **CEP:** 96.020-360
UF: RS **Município:** PELOTAS
Telefone: (53)3284-4960 **Fax:** (53)3221-3554 **E-mail:** cep.famed@gmail.com