

ZEÓ JAIME LACERDA CHAVES

**PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO E DE UTILIZAÇÃO DE MEDICAMENTOS DOS
HIPERTENSOS E/OU DIABÉTICOS EM UM MUNICÍPIO DE PEQUENO PORTE:
UMA ABORDAGEM TRANSVERSAL SOBRE PROGRAMAS PÚBLICOS DE
ACESSO A MEDICAMENTOS ESSENCIAIS**

Dissertação apresentada à Universidade Federal de Viçosa, como parte das exigências do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde, para obtenção do título de *Magister Scientiae*.

Orientador: Luiz Sérgio Silva

Coorientadoras: Renata Cristina Rezende Macedo do
Nascimento
Silvia Almeida Cardoso

VIÇOSA — MINAS GERAIS

2020

**Ficha catalográfica elaborada pela Biblioteca Central da Universidade
Federal de Viçosa - Campus Viçosa**

T

C512p
2020

Chaves, Zeó Jaime Lacerda, 1986-

Perfil sociodemográfico e de utilização de medicamentos dos hipertensos e/ou diabéticos em um município de pequeno porte : uma abordagem transversal sobre programas públicos de acesso a medicamentos essenciais / Zeó Jaime Lacerda Chaves. – Viçosa, MG, 2020.

83 f. : il. ; 29 cm.

Inclui anexos.

Inclui apêndices.

Orientador: Luiz Sérgio Silva.

Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Viçosa.

Inclui bibliografia.

1. Medicamentos - Acessibilidade. 2. Medicamentos Essenciais. 3. Assistência farmacêutica. 4. Diabetes mellitus. 5. Hipertensão. I. Universidade Federal de Viçosa. Departamento de Medicina e Enfermagem. Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde. II. Título.

CDD 22. ed. 362.1782

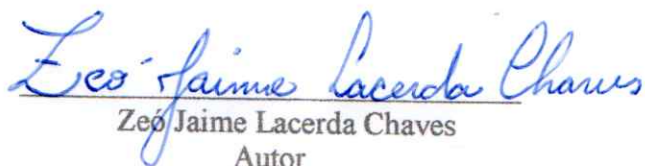
ZEÓ JAIME LACERDA CHAVES

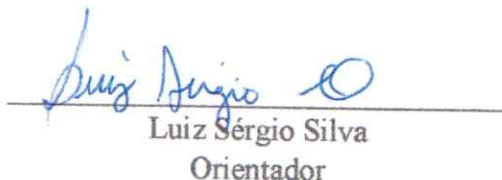
**PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO E DE UTILIZAÇÃO DE MEDICAMENTOS DOS
HIPERTENSOS E/OU DIABÉTICOS EM UM MUNICÍPIO DE PEQUENO PORTE:
UMA ABORDAGEM TRANSVERSAL SOBRE PROGRAMAS PÚBLICOS DE
ACESSO A MEDICAMENTOS ESSENCIAIS**

Dissertação apresentada à Universidade Federal de Viçosa, como parte das exigências do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde, para obtenção do título de *Magister Scientiae*.

APROVADA: 17 de agosto de 2020.

Assentimento:


Zeó Jaime Lacerda Chaves
Autor


Luiz Sérgio Silva
Orientador

Ao meu filho Miguel, que sempre me recebeu com um sorriso durante toda essa caminhada.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus e a Santa Rita de Cássia, por sempre terem me guiado, protegido e abençoado, livrando-me de todos os males, iluminando o meu saber e dando-me forças que eu nem sabia que tinha. Obrigado, Senhor!

Agradeço aos meus pais, Zé Antônio e Lucinha. Mãe, obrigado por sempre ter acreditado que eu seria, acima de tudo, um ser humano de bem. Como primogênito, vivemos juntos momentos difíceis, que só serviram para unir ainda mais nossas vidas. Ao fim desse mestrado, cantaremos algumas canções juntos.

A Tatida, minha tia e segunda mãe, que sempre ajudou e incentivou a mim e a meus irmãos em tudo que almejamos fazer.

A minha esposa, Silmara, minha maior incentivadora, que acredita mais em mim do que eu mesmo, entende meu jeito displicente de viver e divide comigo todos os meus sonhos, e principalmente por todo seu amor, carinho e dedicação.

Aos meus irmãos, Bárbara e Samuel, e a toda minha grande família, que completam a minha vida.

Ao meu orientador, professor Dr. Luiz Sérgio, pela paciência, confiança e oportunidade de crescimento. Serei eternamente grato por tudo!

À coorientadora professora Dra. Renata Macedo, pelas oportunidades que me foram dadas ainda como estagiário na SES-MG e pela preciosa contribuição para este trabalho.

À coorientadora professora Dra. Sílvia Almeida, por se disponibilizar a fazer parte deste projeto.

Aos professores da banca examinadora, pela análise crítica e contribuições valorosas para a melhoria deste trabalho.

À minha amiga Sandra, que desde o início dividiu momentos com uma alegria que lhe é particular.

À colega Aline Fogal, pelo auxílio na execução da parte estatística.

À Secretaria Municipal de Saúde de Jequeri, especialmente a Aparecida e Carla. A todos os funcionários dos ESFs da Sede, João Bosco Calais, Grotá, Piscamba e São Vicente do Grama, com destaque a Lenilda, Cleiton, Vanilda e Hebert, pela acolhida e ajuda na busca de participantes para a realização do projeto.

Aos estagiários Brenda, Cezimar e Franciele, pela força na coleta de dados.

O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – Brasil (CAPES), sob código de financiamento 001.

A todos que contribuíram de alguma forma para o aprendizado e realização deste trabalho, muito obrigado!

RESUMO

CHAVES, Zeó Jaime Lacerda, M.Sc., Universidade Federal de Viçosa, agosto de 2020. **Perfil sociodemográfico e de utilização de medicamentos dos hipertensos e/ou diabéticos em um município de pequeno porte: uma abordagem transversal sobre programas públicos de acesso a medicamentos essenciais.** Orientador: Luiz Sérgio Silva. Coorientadoras: Renata Cristina Rezende Macedo do Nascimento e Silvia Almeida Cardoso.

O aumento da prevalência de doenças crônicas não transmissíveis no País demanda um conjunto de ações de saúde, incluindo a provisão adequada de medicamentos, visando à redução da morbimortalidade e melhoria da qualidade de vida. Com o objetivo de garantir o acesso aos medicamentos essenciais, os programas Saúde Não Tem Preço (SNTTP) e Rede Farmácia de Minas (RFM) apresentam papel relevante para o atendimento de hipertensos e diabéticos, principalmente aqueles em situação de vulnerabilidade social, que necessitam da aquisição gratuita de medicamentos. Contudo, o acesso deve ser avaliado sob a ótica da disponibilidade, acessibilidade geográfica, aceitabilidade e capacidade aquisitiva de medicamentos, assim como quanto aos fatores sociodemográficos relativos aos usuários, que podem influenciar no acesso aos medicamentos essenciais. Diante desse contexto, o objetivo do estudo foi descrever o perfil sociodemográfico, de utilização de medicamentos e serviços de saúde dos portadores de hipertensão arterial (HAS) e/ou diabetes *mellitus* (DM) que utilizam os programas públicos de acesso a medicamentos SNTTP e RFM em um município de pequeno porte. Trata-se de estudo transversal, realizado em 2019, com amostra aleatória simples de 341 indivíduos. Foram realizadas entrevistas domiciliares, utilizando um questionário semiestruturado, com caracterização sociodemográfica, relativo ao uso de medicamentos e dos serviços de saúde. As fontes de aquisição de medicamentos foram classificadas de acordo com a origem do financiamento. Os medicamentos foram classificados de acordo com o *Anatomical Therapeutic Chemical Code*. As variáveis foram descritas por distribuição de frequências simples e relativas. Realizou-se comparação entre proporções, utilizando-se o teste qui-quadrado de Pearson e por simulação de Monte Carlo; adotou-se nível de significância de 5%. A maior parte (70,68%) dos entrevistados eram portadores apenas de HA; 11,14%, exclusivamente de DM; 18,18%, das duas doenças simultaneamente. Quanto ao local de aquisição, 82,67% e 88,61% dos medicamentos utilizados para o tratamento de HAS e DM, respectivamente, foram fornecidos pelos programas RFM e/ou SNTTP. Houve predomínio de indivíduos do sexo feminino (63,1%), de 65 anos ou mais (50,30%), raça/cor não branca (66,96%), moradores de área urbana

(67,16%), analfabetos ou com baixa escolaridade, renda máxima menor ou igual a dois salários mínimos (89,19%). Foram observadas associações estatisticamente significantes entre as fontes de aquisição: e a faixa etária ($p=0,009$), área de moradia ($p=0,005$) e estado civil ($p=0,006$). Os medicamentos mais usados para o tratamento de HA e DM foram os agentes com ação no sistema renina-angiotensina (39,13%) e biguanidas (54,43%), nessa ordem. A percepção geral dos programas pelos usuários foi significativamente melhor para o SNTP. Os resultados deste estudo reforçam que as políticas de acesso no município estudado são responsáveis pelo fornecimento de medicamentos para o tratamento de HAS e DM na maioria dos estratos da população, promovendo a equidade e universalidade, reduzindo as desigualdades, dando mais oportunidade para indivíduos em situação de vulnerabilidade social e econômica.

Palavras-chave: Acesso a medicamentos. Assistência farmacêutica. Diabetes mellitus. Hipertensão arterial sistêmica. Medicamentos essenciais.

ABSTRACT

CHAVES, Zeó Jaime Lacerda, M.Sc., Universidade Federal de Viçosa, August, 2020. **Sociodemographic and medication use profile of hypertensive and diabetic patients in a small city: a cross-sectional approach on public access programs to essential medicines.** Adviser: Luiz Sergio Silva. Co-advisers: Renata Cristina Rezende Macedo do Nascimento and Silvia Almeida Cardoso.

The increasing prevalence of chronic non-communicable diseases in Brazil demand a set of health actions, including adequate provision of drugs, aimed at reducing morbidity and mortality and improve quality of life. Aiming to ensure access to essential medicines in primary care, health programs Saúde Não Tem Preço (SNTTP) and Rede Farmácia de Minas (RFM) have been playing an important role in the care of hypertensive and diabetic patients, especially those in situation of social vulnerability, which require free medication as the only treatment alternative. However, access can still be considered low and should be evaluated from the perspective of, availability, geographical accessibility, acceptability and affordability of medicines as well as on the sociodemographic factors of users who can influence access to medicines. In this context, the objective of the study was to describe the sociodemographic profile, use of medicines and health services of patients with systemic arterial hypertension (SAH) and / or diabetes mellitus (DM) using public health access programs Saúde Não Tem Preço (SNTTP) and the Farmácia de Minas Network (RFM) in a small city. This is a cross-sectional study conducted with a simple random sample of 341 individuals in 2019. Home interviews were conducted using a semi-structured questionnaire with sociodemographic characterization and on the use of medicines and health services. The sources of purchase of medicines were classified as public programs; own resources; public programs and own resources, according to the source of the financing. The drugs were classified according to the Anatomical Therapeutic Chemical Code (ATC). For the classification of antihypertensive drugs and oral hypoglycemic agents and insulins, the 4th level (chemical subgroup) was adopted. The variables were described by distribution of simple and relative frequencies, measures of central tendency and variability. Comparison between proportions was performed, using Pearson's Chi-square test and by Monte Carlo simulation, adopting a significance level of 5%. The majority (70.68%) of respondents had only SAH, 11,14% exclusively of DM and 18,18% had both diseases simultaneously. Regarding the place of purchase, 82.67% of the drugs used for the treatment of SAH were provided by the RFM and/or SNTTP programs. As to insulin and oral hypoglycemics, 88.61% originated from RFM

and/or SNTP. There was a predominance of female individuals (63.1%), age 65 and over (50.30%), non-white race / color (66.96%), residents of urban areas (67.16%), illiterate or with low education and maximum income less than or equal to two minimum wages (89.19%). There were statistically significant associations between the sources of acquisition: and the age group ($p = 0.009$), region of residence ($p = 0.005$) and marital status ($p = 0.006$). The most used drugs for the treatment of AH and DM were agents acting on the renin-angiotensin system (39.13%) and biguanides (54.43%), respectively. The overall perception of programs by users was significantly better for SNTP. The results of this study reinforce that access policies in the studied municipality are responsible for providing medicines for the treatment of SAH and DM in most strata of the population, promoting equity and universality, reducing inequalities, giving more opportunity for individuals in situations social and economic vulnerability.

Keywords: Access to Essential Medicines and Health Technologies. Pharmaceutical Services. Diabetes Mellitus. Hypertension. Drugs, Essential.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Gráfico 1. Porcentagem de municípios atendidos e número de drogaria credenciadas no programa ATFP de 2006 a 2014.....	19
Quadro 1. Dimensões relativas à garantia do acesso aos medicamentos essenciais, conforme OMS (2004).....	17
Quadro 2. Cálculo do tamanho da amostra para a população estudada	23

LISTA DE TABELAS

- Tabela 1** – Valores transferidos pelo Ministério da Saúde a drogarias credenciadas no programa Aqui Tem Farmácia Popular de 2006 a 2017..... 19
- Tabela 2** – Características sociodemográficas e de utilização de serviços de saúde dos portadores de hipertensão arterial sistêmica e/ou diabetes mellitus que utilizam os programas públicos de acesso a medicamentos essenciais em um município de pequeno porte da Zona da Mata Mineira 31
- Tabela 3** – Distribuição da utilização de fontes de aquisição de medicamentos para o tratamento de hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus de adultos e idosos, segundo variáveis sociodemográficas, em um município de pequeno porte da Zona da Mata Mineira (2019)..... 33
- Tabela 4** – Comparação da origem de recursos para aquisição de medicamentos para o tratamento de hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus por adultos e idosos, segundo variáveis sociodemográficas, em um município de pequeno porte da Zona da Mata Mineira (2019)..... 34
- Tabela 5** – Distribuição de indivíduos que utilizam medicamentos para o tratamento de hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus, em um município de pequeno porte da Zona da Mata Mineira (2019)..... 35
- Tabela 6** – Avaliação relativa ao fornecimento gratuito de medicamentos para o tratamento de hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus realizado pelos programas Saúde não Tem Preço e Rede Farmácia de Minas, em um município da Zona da Mata Mineira (2019)..... 36

LISTA DE ABREVIATURAS

AF	Assistência Farmacêutica
DCNT	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
DM	Diabetes <i>Mellitus</i>
ESF	Estratégia de Saúde da Família
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
MG	Minas Gerais
PFPB	Programa Farmácia Popular do Brasil
PNAF	Política Nacional de Assistência Farmacêutica
PNM	Política Nacional de Medicamentos
PNAUM	Pesquisa Nacional sobre Acesso, Utilização e Promoção do Uso Racional de Medicamentos
RFM	Rede Farmácia de Minas
SNTP	Saúde Não Tem Preço
SUS	Sistema Único de Saúde
UFV	Universidade Federal de Viçosa

SUMÁRIO

1	APRESENTAÇÃO	14
2	INTRODUÇÃO	15
3	OBJETIVOS.....	21
3.1	Objetivo geral.....	21
3.2	Objetivos específicos	21
4	METODOLOGIA	22
4.1	Delineamento e casuísta.....	22
4.2	População do estudo, plano amostral, critérios de inclusão e cálculo da amostra.....	22
4.3	Coleta de dados	23
4.4	Instrumentos de coleta de dados	23
4.5	Classificação dos medicamentos.....	24
4.6	Análise estatística.....	25
4.7	Estudo piloto	25
4.8	Aspectos éticos.....	25
5	RESULTADOS: PRODUTO FINAL	26
5.1	Artigo submetido	26
5.2	Produto Técnico.....	47
6	CONCLUSÃO	48
7	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	49
	APÊNDICE A – Questionário Semiestruturado.....	52
	APÊNDICE B – Manual de aplicação do questionário	64
	ANEXO A – Aprovação do projeto pelo CEP - UFV	79
	ANEXO B – Comprovante de submissão do artigo	83

1 APRESENTAÇÃO

A presente dissertação foi elaborada de acordo com as normas estabelecidas pela Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação da Universidade Federal de Viçosa (UFV). O corpo do trabalho compreende: introdução, objetivo geral e específicos, metodologia, artigo científico, podcast, conclusão, anexos e apêndices. O artigo **intitulado “Programas públicos para acesso a medicamentos essenciais em município de pequeno porte: uma análise transversal.”** foi formatado de acordo com as normas da da Revista Arquivos Brasileiros de Cardiologia (Qualis B2 – Medicina I), para a qual o artigo foi submetido. O Podcast denominado: **“ O cenário atual dos programas públicos de acesso a medicamentos essenciais em município de pequeno porte”** foi disponibilizado em canais de divulgação institucional da UFV.

2 INTRODUÇÃO

As doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) constituem um problema de saúde pública e uma das principais causas de morbimortalidade no Brasil e no mundo. Resultam em impacto econômico no sistema de saúde e na sociedade, principalmente entre a classe social de menor poder aquisitivo, em virtude do comprometimento do orçamento familiar com o tratamento, inclusive o farmacológico (BRASIL, 2011; SANTOS-PINTO; COSTA; OSORIO-DE-CASTRO, 2011; TAVARES et al., 2016; STOPA et al., 2018).

Em 2015, existia cerca de 1,13 bilhões de adultos com hipertensão arterial sistêmica (HAS) no mundo, e a projeção para 2025 é de que o número de acometidos chegue a 1,6 bilhões de pessoas. Ainda em 2015, o número de mortes decorrentes das complicações da HAS foi de aproximadamente 7,6 milhões de pessoas entre 45 e 69 anos de idade em todo o mundo, sobretudo em países de desenvolvimento intermediário e baixo (BRASIL, 2013; MALTA et al., 2018; MALAQUIAS, 2019).

Quanto ao diabetes mellitus (DM), a Federação Internacional de Diabetes estimou que, em 2017, 8,8% (podendo variar entre: 7,2 a 11,3) da população mundial, ou seja, 424,9 milhões de pessoas, com idade entre 20 e 79 anos, eram portadores da doença. Existe projeção de que esse número possa ser superior a 628,6 milhões em 2045, com maior prevalência de casos nos países em desenvolvimento. As complicações advindas do DM são responsáveis por 10,7% da mortalidade mundial e representam, para os países, um custo entre 5 e 20% do seu gasto total com saúde (SBD, 2019; IDF, 2017).

No Brasil, as Sociedades Brasileiras de Cardiologia e Diabetes demonstram que a HAS e o DM estão entre as DCNT que mais acometem a população adulta, com prevalência de 32,5% (36 milhões de pessoas) e 6,2% (9,1 milhões de pessoas) respectivamente, e são responsáveis pelas principais causas de hospitalizações e mortalidade no País (SBD, 2015; MALACHIAS et al., 2016).

Em 2018, aconteceram 1.829.779 internações hospitalares no Sistema Único de Saúde (SUS), por causas associadas à DCNT, dentre elas a HAS, o DM e a obesidade, o que representou aproximadamente 16% do total de internações hospitalares no sistema público, gerando um custo de R\$ 3,84 bilhões (SBC, 2010).

Cotta *et al.* (2009) discorrem que o acompanhamento dos hipertensos e diabéticos, pela atenção primária, é de fundamental importância para o controle dessas doenças, evitando as complicações, o número de internações hospitalares e a mortalidade, diminuindo, assim, os

custos que essas DCNT dispõem ao SUS. É sabido, ainda, que a HAS e o DM, quando não tratados, podem reduzir a qualidade de vida das pessoas afetadas, diminuir a capacidade produtiva no trabalho e prejuízos tanto para o setor produtivo quanto para a renda familiar (COTTA et al., 2009; MALTA, 2013).

O tratamento medicamentoso da HAS é fundamental, não somente para reduzir os níveis pressóricos, mas também para diminuir a morbimortalidade, as complicações cardiovasculares, bem como a taxa de mortalidade (NILSON et al., 2018).

Diante do exposto, sabe-se que o tratamento farmacológico é uma das intervenções terapêuticas mais utilizadas na redução da morbimortalidade, na melhoria da saúde e qualidade de vida dos portadores de HAS e DM (COSTA et al., 2016). Já a falta de acesso aos medicamentos é um dos principais motivos de complicações do estado clínico de saúde de hipertensos e diabéticos, retorno dos pacientes aos serviços de saúde e aumento dos gastos com internações e terapias (LUZ; LOYOLA; LIMA-COSTA, 2009). Portanto, garantir o acesso aos medicamentos anti-hipertensivos e antidiabéticos configura-se como uma medida de saúde essencial, uma vez que representa condição para controle dessas doenças, prevenindo complicações agudas e crônicas (COSTA et al., 2016).

O acesso a medicamentos essenciais¹ é um dos indicadores para a avaliação da qualidade de políticas públicas do SUS, e um fator primordial para adesão ao tratamento farmacológico prescrito, especialmente para a população de menor poder aquisitivo (BARRETO et al., 2015).

Contudo, o acesso a medicamentos é questão complexa, que deve ser observada sob vários pontos de vista, não se restringindo à oferta de medicamentos, conforme elucidado pela Organização Mundial da Saúde (quadro 1) (CFF, 2015; BARBOSA, 2018).

¹ Medicamentos essenciais são aqueles que satisfazem as necessidades prioritárias de saúde da população. Eles são selecionados considerando a relevância para a saúde pública, evidências de eficácia e segurança, e a análise de custo-efetividade (WHO, 2002).

Quadro 1 – Dimensões relativas à garantia do acesso aos medicamentos essenciais, conforme OMS (2004)

Pesquisa e desenvolvimento	É necessário que haja investimento em pesquisa e desenvolvimento de medicamentos para doenças predominantes no País, inclusive contemplando o tratamento de doenças negligenciadas. Esses produtos não chegam a ser desenvolvidos, em geral, por falta de interesse econômico e atrativo para a indústria farmacêutica, como também pela ausência de incentivos à pesquisa por parte dos Estados.
Acessibilidade geográfica	Os medicamentos devem ser disponibilizados à população dentro de uma distância razoável, ou seja, estar em unidades geograficamente acessíveis, considerando os pontos da rede de atenção à saúde e a distribuição territorial da população. Esta dimensão deve considerar a distância, o tempo necessário para atingir o serviço e os meios de transporte disponíveis para a população, dentre outros fatores.
Acessibilidade física	Assegurar a disponibilidade física pressupõe a existência de uma relação atualizada de medicamentos essenciais e um adequado investimento do setor público em planejamento e logística, para garantir que os processos de aquisição, armazenamento, transporte e distribuição sejam eficazes e eficientes. Outro fator determinante da acessibilidade física é a capacidade de oferta do mercado. Em alguns casos, há falta de interesse comercial pela produção e/ ou venda de medicamentos. Nesse contexto, a intervenção do Estado é fundamental.
Acessibilidade econômica	A adequada disponibilidade de medicamentos essenciais pressupõe a aplicação eficiente e eficaz de recursos financeiros. Para tanto, são primordiais o desenvolvimento de mecanismos de financiamento público e a implantação de estratégias nacionais que garantam a oferta de produtos em ambos os setores: público e privado. Trata-se do necessário equilíbrio entre os recursos disponíveis para financiar os medicamentos e o custo total pago por eles. O custo financeiro dos serviços deve estar ao alcance dos usuários e ser compatível com o sistema adotado no País.
Acessibilidade funcional	Esta dimensão indica a necessária adequação das normas técnicas dos serviços de saúde, em especial da prescrição e dispensação, aos hábitos e costumes da população usuária e a disponibilidade contínua do cuidado em saúde, por meio da oferta de serviços oportunos e compatíveis com as demandas em saúde.

Fonte: WHO (2004) e CFF (2015).

Assim, a disponibilização dos medicamentos de forma contínua e em quantidades adequadas às necessidades da população ainda é um desafio a ser superado (KERBER, 2015). O desabastecimento de medicamentos, dentre eles os anti-hipertensivos e antidiabéticos, pode ocorrer nos serviços públicos de saúde, comprometendo sobretudo o tratamento de indivíduos em vulnerabilidade social, que geralmente dependem da obtenção de medicamentos por meio de serviços públicos como principal alternativa de tratamento (SANTOS-PINTO; COSTA; OSORIO-DE-CASTRO, 2011).

Mediante as consequências sociais, sanitárias e econômicas advindas das DCNT, o Ministério da Saúde vem articulando políticas públicas com vistas a oferecer serviços de

saúde resolutivos e custo-efetivos. Nesse âmbito, podem-se citar as políticas farmacêuticas, a saber:

- ✓ Lei 8080/90: destaca a Assistência Farmacêutica (AF) como parte da assistência terapêutica integral;
- ✓ Política Nacional de Medicamentos (PNM): tem como propósito “garantir a necessária segurança, eficácia e qualidade dos medicamentos, a promoção do uso racional e o acesso da população àqueles considerados essenciais”;
- ✓ Política Nacional de Assistência Farmacêutica (PNAF): “[...] a AF trata de um conjunto de ações voltadas à promoção, proteção e recuperação da saúde, tanto individual como coletivo, tendo o medicamento como insumo essencial e visando o acesso e ao seu uso racional.” (BRASIL, 1988, 1998, 2004a; PEREIRA, 2011).

Diferentes estratégias têm sido desenvolvidas para efetivar as diretrizes da PNM e da PNAF, como a estruturação da AF, os avanços relativos ao acesso a medicamentos no SUS, o aprimoramento do financiamento da AF pública e a ampliação do recurso federal para este fim (BRASIL, 2012). Ainda sobre o exposto, em 2011, o Plano de Ações Estratégicas para o enfrentamento das DCNT (2011-2022) trouxe como destaque a expansão da AF no País, com distribuição gratuita de medicamentos anti-hipertensivos e antidiabéticos (BRASIL, 2011).

Os Programas “Saúde Não Tem Preço (SNTTP)” e “Rede Farmácia de Minas (RFM)” são exemplos de intervenções públicas de AF: instituídos em âmbito federal e estadual respectivamente, apresentam em comum o objetivo de promover a ampliação de acesso aos medicamentos, dentre eles os anti-hipertensivos e antidiabéticos (GARCIA, 2014; GARCIA; GUERRA JUNIOR; ACURCIO, 2017).

Cabe destacar que o Programa Farmácia Popular do Brasil (PFPB) fundamentou-se, quando criado, na disponibilização de medicamentos e/ou correlatos aos usuários, pelo Ministério da Saúde, por meio da PFPB, rede própria, e Aqui Tem Farmácia Popular, rede conveniada que tem como submodalidade o SNTTP (BRASIL, 2016).

Instituído em 2004, o PFPB foi projetado como uma rede própria de farmácias, sob a responsabilidade da Fundação Instituto Oswaldo Cruz, em parceria com estados, municípios, entidades filantrópicas e instituições de ensino superior. Nessas unidades, os usuários adquiriam os medicamentos com uma redução de até 90% do seu valor de mercado. Essa modalidade vigorou até o ano de 2017 (COSTA et al., 2016, BARBOSA, 2018; BRASIL, 2004b).

A partir de 2006, o PFPB foi expandido, mediante parcerias com farmácias e drogarias privadas, em uma iniciativa institucional conhecida como o programa “Aqui Tem Farmácia Popular”; nessa etapa, os usuários realizavam o copagamento de todos os medicamentos (COSTA et al., 2016). Em 2011, o programa foi novamente reestruturado, com o lançamento da submodalidade SNTP: os parceiros passaram a fornecer gratuitamente os medicamentos para o tratamento da HAS e do DM e, posteriormente, também para o tratamento de asma (BRASIL 2001; 2012; BARBOSA, 2018).

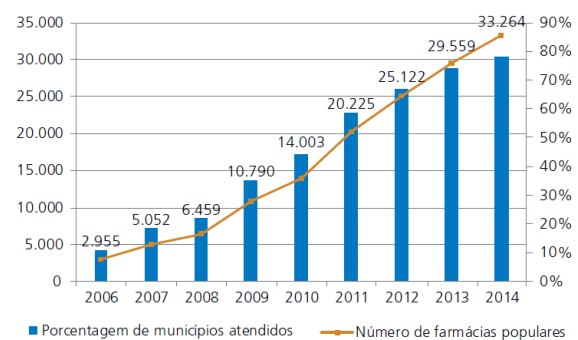
Conforme ilustrado no gráfico 1, em 2014, havia 33.264 estabelecimentos credenciados, em aproximadamente 80% dos municípios brasileiros. Em 2019 (Tabela 1), o valor executado com a aquisição de medicamentos e insumos foi de R\$ 2.354.025.780,96 (BRASIL, 2020).

Tabela 1 – Valores transferidos pelo Ministério da Saúde a drogarias credenciadas no programa Aqui Tem Farmácia Popular de 2006 a 2017

Ano	Valor
2006	34.723.571,02
2007	157.103.307,22
2008	323.782.709,72
2009	287.572.686,37
2.010	247.220.802,09
2011	831.085.836,72
2012	1.397.609.872,36
2013	1.862.183.889,07
2014	2.411.830.647,1
2015	2.897.882.572,26
2016	2.683.228.744,87
2017	2.572.846.303,19
2018	2.343.375.672,22
2019	2.354.025.780,96

Fonte: Brasil (2020).

Gráfico 1 – Porcentagem de municípios atendidos e número de drogarias credenciadas no programa ATEP de 2006 a 2014



Fonte: Brasil (2020).

A RFM foi implementada no ano de 2008, pela Secretaria Estadual de Saúde de Minas Gerais, diante do aumento do ônus público com medicamentos e da infraestrutura deficiente das farmácias do SUS (BARBOSA et al., 2017). Os objetivos foram garantir o fornecimento regular e o uso racional de medicamentos; monitorar a conformidade dos tratamentos, principalmente para HAS, DM, tuberculose e hanseníase, saúde mental e do idoso; e reconhecer as farmácias comunitárias como um estabelecimento de saúde, não apenas local de distribuição de medicamentos (PEREIRA et al., 2012). Dados obtidos junto ao portal da transparência de MG demonstram que a RFM conta, atualmente, com 595 unidades

inauguradas, 324 unidades em andamento e 832 municípios contemplados, além de um montante no valor de R\$236.200.577,25 aplicados na estruturação, desde o início do programa.

Pode-se dizer que os programas SNTP e RFM são importantes estratégias na efetivação da integralidade na atenção à saúde para os portadores de HAS e DM. Tais políticas contribuem para a inclusão da parcela da população que antes encontrava obstáculos para adquirir os medicamentos necessários para o manejo de doenças e agravos à saúde no âmbito da atenção primária (GARCIA, 2014).

Vale destacar que o perfil de usuários dos programas, bem como o uso de medicamentos, pode sofrer influência de fatores como o sexo, a idade, a raça/etnia, o nível educacional, a renda (ou classe econômica), a autoavaliação de saúde, o perfil de morbidade, o local de residência (rural ou urbana), características do mercado farmacêutico e políticas governamentais (MEDEIROS, 2013).

O conhecimento do perfil de usuários dos programas de acesso a medicamentos para tratamento de DM e HAS torna-se importante ferramenta para fazer frente às desigualdades e distorções eventualmente presentes no acesso a medicamentos, impeditivas de obtenção dos resultados almejados na base da concepção dessa política pública (BRASIL, 1998; BERMUDEZ; BARROS, 2016).

Vale ressaltar que, conforme revisão de literatura, o tema abordado nesta dissertação é inédito na região da Zona da Mata Mineira. Esta poderá, portanto, contribuir para ampliação do conhecimento sobre a AF no município estudado e do perfil de usuários dos programas, com vistas à avaliação e ao aperfeiçoamento dos serviços prestados. Consequentemente, poderá direcionar o aprimoramento dos programas de acordo com seu público, bem como delinear ações epidemiológicas estratégicas em âmbito estadual e municipal para o controle das DCNT. Contribuirá, também, como insumo para conhecimentos técnicos que permitam embasamento para a formulação de políticas públicas.

Dado o exposto, o objetivo geral deste estudo foi descrever o perfil sociodemográfico, de utilização de medicamentos e serviços de saúde dos portadores de HAS e/ou DM que utilizam os programas públicos de acesso a medicamentos essenciais em um município de pequeno porte.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

Descrever o perfil sociodemográfico, de utilização de medicamentos e serviços de saúde dos portadores de HAS e/ou DM que utilizam os programas públicos de acesso a medicamentos SNTP e RFM em um município de pequeno porte.

3.2 Objetivos específicos

- Verificar o perfil sociodemográfico e de utilização de serviços de saúde dos portadores de HAS e/ou DM que utilizam os programas SNTP e RFM.
- Investigar possíveis associações entre uso de medicamentos e características sociodemográficas dos usuários dos programas SNTP e RFM.
- Caracterizar o consumo de medicamentos para o tratamento de HAS e/ou DM utilizados pelo usuários dos programas SNTP e RFM.
- Identificar as diferentes fontes de aquisição de medicamentos anti-hipertensivos e hipoglicemiantes usadas pelos portadores de HAS e/ou DM.

4 METODOLOGIA

4.1 *Delineamento e casuísta*

Trata-se de um estudo epidemiológico de delineamento transversal, por meio de inquérito domiciliar, utilizando entrevistas presenciais com portadores de HAS e DM que utilizam os programas de acesso a medicamentos essenciais SNTP e RFM.

O estudo foi desenvolvido em um município de pequeno porte localizado na Zona da Mata Mineira, com população de 12.848 habitantes segundo o último censo, de 2010, porte compatível com a maioria das cidades do País – 78,43% das cidades de Minas Gerais e 68,36% das cidades do Brasil possuem população inferior a 20 mil habitantes (IBGE, 2018a, 2018b). O município dispõe de cinco equipes de Estratégia de Saúde da Família (ESF), seis drogarias credenciadas pelo programa SNTP e uma unidade da RFM.

4.2 *População do estudo, plano amostral, critérios de inclusão e cálculo da amostra*

Os participantes do estudo foram indivíduos hipertensos e/ou diabéticos, com idade igual ou superior a 18 anos, de ambos os sexos, residentes em domicílios em área rural ou urbana do município, que faziam uso contínuo de algum medicamento anti-hipertensivo e/ou hipoglicemiante oral e/ou insulina, e utilizam os programas de acesso a medicamentos essenciais SNTP e/ou RFM.

Para o levantamento dos dados referentes aos participantes da pesquisa, foi firmada uma parceria junto à Secretaria Municipal de Saúde. Por meio das equipes de ESF, foram obtidas as listas de pacientes hipertensos e diabéticos cadastrados no município.

A escolha dos participantes se deu por meio de uma seleção aleatória simples (sorteio) de indivíduos que atendiam os critérios de inclusão anteriormente descritos, e que autorizaram sua participação por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (apêndice 1), respeitando a proporcionalidade dentre as ESF de abrangência e locais de moradia (rural ou urbana).

O cálculo amostral considerou o número total de habitantes do município e a prevalência de HAS, que, de acordo com a literatura, possui a maior entre as duas doenças estudadas (32,5 %) (MALACHIAS et al., 2016).

O tamanho da amostra foi calculado por meio do Epi Info, versão 3, conforme descrito na equação a seguir:

$$n = \frac{[EDFF * Np(1 - p)]}{[(d^2/Z^2 - \alpha/2 * (N - 1) + p * (1 - p))]}$$

Quadro 2 – Cálculo do tamanho da amostra para a população estudada

Tamanho da população (para o fator de correção da população finita ou fcp)(N):	1000000
Frequência % hipotética do fator do resultado na população (p):	32%+/-5
Limites de confiança como % de 100 (absoluto +/-%) (d):	5%
Efeito de desenho (para inquéritos em grupo-EDFF):	1
Intervalo de confiança (%)	95
Tamanho da amostra (n)	335

Fonte: elaboração do autor.

Ao valor calculado da amostra (n = 335), para um nível de confiança de 95%, foi acrescido um valor de 30%, considerando a possibilidade de perdas e recusas, totalizando 435 indivíduos.

4.3 Coleta de dados

Os dados foram obtidos entre os dias 7 de outubro e 14 de novembro de 2019, por meio de entrevistas presenciais domiciliares conduzidas por pesquisadores previamente treinados para aplicação dos questionários. Os sorteados foram abordados e convidados a participar do estudo após o esclarecimento de todos os pontos a ele relativos.

4.4 Instrumentos de coleta de dados

Para a coleta dos dados, foi utilizado um questionário semiestruturado elaborado pelo pesquisador (apêndice A), constituído por perguntas fechadas, exceto aquelas relativas aos medicamentos utilizados, e composto por dois blocos. O primeiro bloco referia-se às características sociodemográficas: data de nascimento, estado civil, sexo, renda (em número de salários mínimos), tipo de moradia, número de pessoas residentes no domicílio e escolaridade. Já o segundo bloco era constituído por questões pertinentes à utilização de medicamentos e serviços de saúde: identificação e caracterização dos medicamentos

prescritos para tratamento de HAS e/ou DM; local de aquisição, gastos com medicamentos; utilização ou não de plano de saúde; regularidade de uso dos medicamentos nos 30 dias anteriores à entrevista; origem da prescrição. Nessa etapa, também foi investigada a percepção dos usuários com relação às políticas de acesso aos medicamentos, tais como: relevância dos programas, localização, meio de transporte utilizado, horário de funcionamento e tempo de espera.

As fontes de aquisição de medicamentos utilizadas por cada indivíduo foram classificadas para análise da seguinte forma:

Programas públicos: correspondem a usuários que adquirem medicamentos essenciais para tratamento de HAS e/ou DM por meio exclusivamente de um dos programas ou combinação a seguir:

- SNTP;
- RFM;
- SNTP e RFM.

Recursos próprios: aquisição com desembolso do usuário.

Programas públicos e recursos próprios: corresponde a usuários que adquirem medicamentos essenciais para tratamento de HAS e/ou DM por meio das combinações entre estas fontes:

- SNTP e aquisição com desembolso do usuário;
- RFM e aquisição com desembolso do usuário;
- SNTP e RFM e aquisição com desembolso do usuário.

4.5 Classificação dos medicamentos

Os princípios ativos foram identificados e classificados de acordo com o *Anatomical Therapeutic Chemical Classification System* (ATC) (WHO, 2020). O Sistema de Classificação de Fármacos ATC é reconhecido pela Organização Mundial de Saúde como padrão internacional para os estudos de utilização de medicamentos. As substâncias ativas são divididas em diferentes grupos de acordo com o órgão ou sistema em que atuam e as suas propriedades terapêuticas, farmacológicas e químicas. Os medicamentos são classificados em grupos em cinco níveis diferentes. Os princípios ativos são divididos em 14 grupos principais (1º nível), com subgrupos terapêutico/farmacológico (2º e 3º níveis); o 4º compreende os subgrupos terapêutico/farmacológico/químico e o 5º nível é referente à substância química (WHO, 2020).

Para a classificação dos medicamentos anti-hipertensivos, hipoglicemiantes orais e insulinas, foram adotados os 1º, 2º e 4º níveis.

4.6 *Análise estatística*

Realizou-se, inicialmente, uma análise descritiva, com a distribuição de frequências simples e relativas. Foi realizada comparação entre proporções utilizando o teste qui-quadrado de Pearson e por simulação de Monte Carlo. Os resultados foram considerados estatisticamente significativos para $p < 0,05$. Os dados foram analisados pelo *software* SPSS 24.0 (IBM SPSS Statistics for Windows).

4.7 *Estudo piloto*

Estudo piloto foi conduzido na primeira quinzena de setembro de 2019, com população semelhante, constituída por hipertensos e diabéticos ($n=17$), não participantes deste estudo, visando identificar possíveis necessidades de adaptações no instrumento de coleta de dados, bem como na logística e condução do estudo.

As informações foram coletadas em entrevistas domiciliares, realizadas por entrevistadores treinados e supervisionados. Foram observadas algumas dificuldades na aplicação do instrumento, tanto por parte dos entrevistadores como dos entrevistados. Após a realização do piloto, os questionários foram reformulados para a coleta de dados da pesquisa.

4.8 *Aspectos éticos*

O estudo contempla as normas da Resolução 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde, que regulamenta as pesquisas envolvendo seres humanos. Foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisas com Seres Humanos da UFV, sob o parecer número 3.189.435 (anexo A).

5 RESULTADOS: PRODUTO FINAL

5.1 Artigo submetido

PROGRAMAS PÚBLICOS PARA ACESSO A MEDICAMENTOS ESSENCIAIS EM MUNICÍPIO DE PEQUENO PORTE: UMA ANÁLISE TRANSVERSAL

Resumo

Fundamento: Os programas públicos de acesso a medicamentos essenciais vêm apresentando um papel relevante para o atendimento de hipertensos e diabéticos. Contudo, o acesso ainda é pouco estudado em municípios de pequeno porte. **Objetivo:** descrever o perfil sociodemográfico, de utilização de medicamentos e serviços de saúde dos portadores de hipertensão arterial sistêmica (HAS) e/ou diabetes mellitus (DM) que utilizam os programas públicos de acesso a medicamentos Saúde Não Tem Preço (SNTP) e Rede Farmácia de Minas (RFM) em um município de pequeno porte. **Métodos:** estudo transversal com 341 indivíduos realizado em 2019. Realizaram-se entrevistas domiciliares utilizando questionário semiestruturado. **Resultados:** A maior parte (70,68%) dos entrevistados eram portadores apenas de HA, 11,14% exclusivamente de DM e 18,18% tinham ambas doenças. Com relação ao local de aquisição, 82,67% dos medicamentos para o tratamento de HAS foram fornecidos pelos programas RFM e/ou SNTP. Quanto aos hipoglicemiantes orais e insulinas, 88,61% foram provenientes da RFM e/ou SNTP. Predominaram indivíduos do sexo feminino (63,1%), com idade de 65 anos ou mais (50,30%), raça/cor não branca (66,96%), moradores de área urbana (67,16%), analfabetos ou com baixa escolaridade (89,94%), renda máxima menor ou igual a dois salários mínimos (89,19%). A percepção geral dos programas pelos usuários foi significativamente melhor para o SNTP. **Conclusão:** os resultados deste estudo reforçam que as políticas de acesso a medicamentos essenciais no município estudado são importantes fontes de aquisição de medicamentos para o tratamento de HAS e DM, principalmente para a população em situação de vulnerabilidade social e econômica.

Palavras-chave: Acesso a medicamentos. Assistência farmacêutica. Diabetes mellitus. Hipertensão arterial sistêmica. Medicamentos essenciais.

Abstract

Background: Public programs for access to essential medicines have been playing an important role in the care of hypertensive and diabetic patients. However, access is still poorly studied in small municipalities. **Objective:** to describe the sociodemographic profile, use of medications and health services of patients with systemic arterial hypertension (SAH) and/or diabetes mellitus (DM) who use public access programs to medicines Saúde Não Preço (SNTP) and the Rede Farmácia de Minas (RFM) in a small municipality. **Methods:** cross-sectional study with 341 individuals conducted in 2019. Home interviews were conducted using a semi-structured and standardized questionnaire. **Results:** Most (70.68%) of the interviewees had only AH, 11.14% exclusively of DM and 18.18% had both diseases. Regarding the place of purchase, 82.67% of the medicines for the treatment of SAH were provided by the RFM and/or SNTP programs. As for oral hypoglycemic agents and insulins, 88.61% came from RFM and/or SNTP. Most individuals were female (63.1%), aged 65 years or over (50.30%), non-white race / color (66.96%), residents of an urban area (67.16%), illiterate or with low education (89.94%) and maximum income less than or equal to two minimum wages (89.19%). The overall perception of programs by users was significantly better for SNTP. **Conclusion:** The results of this study reinforce that the policies of access to essential medicines in the studied city are important sources of acquisition of medicines for the treatment of SAH and DM, mainly for the population in social and economic vulnerability.

Keywords: Access to Essential Medicines and Health Technologies. Pharmaceutical Services. Diabetes Mellitus. Hypertension. Drugs, Essential.

ⁱ Artigo em vias de publicação (parte do material):

Chaves ZJL, Silva LS, Nascimento RCRM do.(no prelo). Programas públicos para acesso a medicamentos essenciais em município de pequeno porte: uma análise transversal. *International Journal of Cardiovascular Sciences*.

Introdução

O aumento da prevalência de doenças crônicas não transmissíveis no País, como a hipertensão arterial sistêmica (HAS) e o diabetes mellitus (DM), está associado, dentre outros fatores, ao envelhecimento da população brasileira nos últimos anos. Tal fato demanda conjunto de ações de saúde, dentre elas, a provisão adequada de medicamentos^{1,2}.

Tendo em vista que a terapia medicamentosa se faz necessária para controle e prevenção das complicações agudas e crônicas da HAS e DM, levando a uma redução da morbimortalidade e melhoria da qualidade de vida do paciente, a garantia de acesso aos medicamentos se torna uma estratégia fundamental nas políticas públicas de saúde³.

Para garantir o acesso aos medicamentos essenciais no âmbito da atenção primária, podem-se citar dois programas estruturados segundo as diretrizes da Política Nacional de Medicamentos e da Política Nacional de Assistência Farmacêutica: o Saúde Não Tem Preço (SNTTP), instituído pelo governo federal, e a Rede Farmácia de Minas (RFM), instituído em âmbito estadual⁴.

Em 2004, o Programa Farmácia Popular do Brasil foi criado para disponibilizar medicamentos à população buscando maior universalização no tocante ao acesso a medicamentos essenciais. Em 2011, após reestruturação da rede conveniada, os parceiros passaram a fornecer medicamentos gratuitos para o tratamento da HAS, DM e asma^{5,6}. A RFM foi idealizada pelo governo do estado de Minas Gerais (MG), no ano de 2008, com o intuito de assegurar o fornecimento regular e gratuito de medicamentos elencados nos componentes básicos e estratégicos da assistência farmacêutica (AF), por meio de unidades do Sistema Único de Saúde.¹

Esses programas vêm apresentando um papel relevante para o atendimento de hipertensos e diabéticos, principalmente aqueles em situação de vulnerabilidade social, que necessitam da aquisição gratuita de medicamentos como única alternativa de tratamento⁷.

Contudo, de acordo com Nascimento *et al.*, apesar de os medicamentos constituírem um direito à saúde, o acesso ainda pode ser considerado baixo e deve ser avaliado sob a ótica da disponibilidade, acessibilidade geográfica, aceitabilidade e capacidade aquisitiva⁸. Ademais, vale pontuar que o perfil dos usuários do SNTTP e RFM, bem como a utilização de medicamentos, pode ser influenciado por estrutura demográfica, fatores socioeconômicos, comportamentais e culturais, perfil de morbidade, características do mercado farmacêutico e das políticas governamentais dirigidas ao setor⁹.

Identificar o perfil dos usuários de programas públicos de acesso a medicamentos é fundamental para conhecer os fatores determinantes na escolha das fontes de aquisição de

medicamentos pela população, a fim de orientar intervenções prioritárias por parte do poder público. Neste contexto, o presente estudo teve como objetivo descrever o perfil sociodemográfico, de utilização de medicamentos e serviços de saúde dos portadores de HAS e/ou DM que utilizam os programas públicos de acesso a medicamentos essenciais SNTP e RFM em um município de pequeno porte de Minas Gerais, Brasil.

Metodologia

Trata-se de um estudo epidemiológico de delineamento transversal, por meio de inquérito domiciliar, com hipertensos e/ou diabéticos que utilizavam os programas SNTP e RFM para acesso a medicamentos. A pesquisa aconteceu na área urbana e rural de um município de pequeno porte, que possuía, segundo o último censo, de 2010, 12.848 habitantes com 56,76% residentes na área urbana¹⁰, e dispõe de cinco equipes de Estratégia de Saúde da Família (ESF), seis drogarias credenciadas pelo programa SNTP e uma unidade da RFM.

Foram incluídos hipertensos e/ou diabéticos com idade igual ou superior a 18 anos, de ambos os sexos, que faziam uso contínuo de algum medicamento anti-hipertensivo e/ou hipoglicemiante oral e/ou insulina, que utilizavam os programas SNTP e/ou RFM para acesso aos medicamentos.

O cálculo amostral considerou o número total de habitantes do município e a prevalência de HAS, que, de acordo com a literatura, possui a maior entre as duas doenças estudadas (32,5 %) ¹¹. O tamanho da amostra foi calculado por meio do Epi Info, versão 3, conforme descrito na seguinte equação:

$$n = \frac{[EDFF * Np(1 - p)]}{[(d2/Z21 - \alpha/2 * (N - 1) + p * (1 - p))]}$$

Ao valor calculado (n = 335), para um nível de confiança de 95%, foi acrescido um margem de 30%, considerando a possibilidade de perdas e recusas, totalizando uma amostra n= 435. A escolha dos participantes foi realizada por meio de uma seleção aleatória simples (sorteio), a partir da relação de hipertensos e diabéticos cadastrados pelas equipes de ESF, disponibilizada pela Secretaria Municipal de Saúde, respeitando a proporcionalidade dentre as ESF de abrangência e locais de moradia (rural ou urbana). Foram entrevistados os indivíduos que atendiam os critérios de inclusão anteriormente descritos e que autorizaram sua participação por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Para a coleta de dados, foi utilizado um questionário estruturado, elaborado pelo autor, composto por dois blocos: o primeiro foi destinado à caracterização sociodemográfica da população estudada, por meio das variáveis sexo, idade, estado civil, renda (em número de salários mínimos), tipo de moradia, número de pessoas residentes no domicílio e escolaridade; o segundo era relativo ao uso de medicamentos e dos serviços de saúde e buscou a identificação dos medicamentos prescritos para tratamento de HAS e/ou DM, local de aquisição, gastos individuais com medicamentos, utilização ou não de plano de saúde, regularidade de uso nos 30 dias anteriores à entrevista, infraestrutura e horário de atendimento, origem da prescrição e opinião sobre as políticas de acesso aos medicamentos. Para maior acurácia na identificação dos medicamentos, foi solicitada a apresentação da prescrição médica ou da embalagem do produto em uso.

A coleta de dados foi precedida de um estudo piloto, por meio da realização de entrevistas domiciliares, por entrevistadores treinados e supervisionados.

As fontes de aquisição de medicamentos utilizadas por cada indivíduo foram classificadas para análise da seguinte maneira:

Programas públicos: correspondem a usuários que adquirem medicamentos essenciais para tratamento de HAS e/ou DM por meio exclusivamente de um ou mais programas públicos de acesso; **Recursos próprios:** aquisição com desembolso do usuário; **Programas públicos e recursos próprios:** correspondem àqueles que adquirem medicamentos essenciais para tratamento de HAS e/ou DM por meio das combinações entre, ao menos, duas das seguintes fontes: SNTP, RFM e aquisição com desembolso do usuário.

Os medicamentos foram classificados de acordo com o *Anatomical Therapeutic Chemical Code* (ATC)¹². Para a classificação dos medicamentos anti-hipertensivos, hipoglicemiantes orais e insulinas, foi adotado o 4º nível (subgrupo químico).

As variáveis foram descritas por distribuição de frequências simples e relativas. Foi realizada comparação entre proporções, utilizando-se o teste qui-quadrado de Pearson e por simulação de Monte Carlo, adotando-se nível de significância de 5%. Os dados foram analisados pelo *software* IBM SPSS 24.0 (IBM SPSS Statistics for Windows).

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisas com Seres Humanos da Universidade Federal de Viçosa (Parecer número 3.189.435).

Resultados

Foram entrevistados 341 indivíduos adultos, com predomínio do sexo feminino (63,1%) e faixa etária de 65 anos de idade ou mais (50,30%), sendo a idade média 63,4 anos ($\pm 14,16$). A maioria autodeclarou-se como não brancos (66,96%), moradores de área urbana (67,16%), que viviam com alguém (91,20%), residentes em imóvel próprio (87,65%) e 63,93% tinham companheiro(a). A maior parte dos participantes era analfabeta ou tinha baixa escolaridade (89,94%) e possuía renda máxima menor ou igual a dois salários mínimos (89,19%). A maioria dos entrevistados não possuía plano de saúde (90,83%). Dentre aqueles que afirmaram possuir plano de saúde, apenas 3,45% relataram cobertura de medicamentos para o tratamento de HAS e/ou DM pelo plano (tabela 2).

Tabela 2 – Características sociodemográficas e de utilização de serviços de saúde dos portadores de hipertensão arterial sistêmica e/ou diabetes mellitus que utilizam os programas públicos de acesso a medicamentos essenciais em um município de pequeno porte da Zona da Mata Mineira

Variável	Usuários	
	n*	%
Total	341	100,00
Sexo		
Masculino	125	36,87
Feminino	214	63,13
Faixa etária (anos)		
18 a 44	34	10,06
45 a 64	134	39,64
65 ou mais	170	50,30
Raça/cor		
Branco	112	33,04
Não branco	227	66,96
Área de moradia		
Rural	112	32,84
Urbana	229	67,16
Vive sozinho(a)		
Sim	30	8,80
Não	311	91,20
Tipo de moradia		
Casa/apartamento próprio	298	87,65
Outros	42	12,35
Estado civil		
Com companheiro(a)	218	63,93
Sem companheiro(a)	123	36,07
Escolaridade		
Analfabeto ou ensino fundamental incompleto	304	89,94
Ensino fundamental completo ou ensino médio incompleto	12	3,55
Ensino médio completo ou ensino superior incompleto	12	3,55
Ensino superior completo	10	2,96
Renda familiar		
≤ 1 SM**	139	41,74
> 1 e ≤ 2 SM	158	47,45
> 2 SM	36	10,81
Possui plano de saúde		
Sim	30	9,17
Não	297	90,83
Seu plano de saúde fornece medicamentos		
Sim	1	3,45
Não	28	96,55

*O n pode variar devido à presença de dados ausentes. Sexo (n=339); faixa etária (n=338); raça/cor (n=339); escolaridade (n=338); renda familiar (n=333); possui plano de saúde (n=327); seu plano de saúde fornece medicamentos (n=29).

** SM: Salário Mínimo (R\$: 998,00 em 2019, no momento da pesquisa).

Foi constatado que 70,68% (n=241) dos entrevistados eram portadores apenas de HA; 11,14% (n=38), exclusivamente de DM; 18,18% (n=62) dos entrevistados tinham as duas doenças simultaneamente. Quanto às características relacionadas à saúde, observaram-se diferenças conforme sexo: a ocorrência de HAS (61,09%) e DM (57,89%) foi maior entre as mulheres (dado não tabulado).

Com relação ao local de aquisição, foi possível observar que 82,67% dos medicamentos utilizados para o tratamento de HAS foram fornecidos pelos programas RFM e/ou SNTP. Com relação aos hipoglicemiantes orais e insulinas, 88,61% foram provenientes da RFM e/ou SNTP (dados não tabulados).

Observou-se que mulheres utilizam mais medicamentos adquiridos com recursos próprios (71,05%) e provenientes de fontes mistas (70,97%) comparativamente aos homens. A maior parte daqueles que adquiriram medicamentos com recursos próprios eram solteiros, viúvos ou separados (55,26%). Na população estudada, um maior número de adultos (até 65 anos de idade), em relação aos idosos, utilizavam exclusivamente as fontes SNTP (56,86%) e RFM (52,63%). Verificou-se a predominância de idosos (67,74%) e moradores de área urbana (80,65%) que fazem uso de medicamentos adquiridos por fontes mistas. O RFM demonstrou ser fonte exclusiva para a maioria dos não brancos (73,68%), além de principal fonte para os moradores de área rural (47,37%) (tabela 3).

Quanto aos usuários do programa SNTP, em sua maioria, eram mulheres (58,82%), com idade entre 45 e 64 anos (45,75%), não brancos (65,36%), moradores de área urbana (61,04%), que viviam com companheiro(a) (66,88%), em casa ou imóvel próprio (90,20%), analfabetos ou com ensino fundamental incompleto (90,20%), com renda familiar menor ou igual a um salário mínimo (48,99%) (tabela 3).

Por sua vez, os usuários do programa RFM eram predominantemente mulheres (59,46%), com idade acima de 65 anos (47,37%), não brancos (73,68%), moradores de área urbana (52,63%), que viviam com companheiro(a) (60,53%), em casa ou imóvel próprio (81,58%), analfabetos ou com ensino fundamental incompleto (86,84%) e com renda familiar de dois salários mínimos (67,57%) (tabela 3).

Com relação aos usuários que adquiriram medicamentos por fontes mistas, a maioria era mulheres, com idade superior ou igual a 65 anos, não brancos, moradores de área urbana, que viviam com companheiro(a), em casa ou imóvel próprio, analfabetos ou com ensino fundamental incompleto e com renda familiar menor ou igual a um ou dois salários mínimos (tabela 3).

Já aqueles que utilizavam exclusivamente os recursos próprios para aquisição de medicamentos, em sua maioria, eram mulheres (71,05%), com idade igual ou superior a 65 anos (57,89%), não brancos (63,16%), moradores de área urbana (71,05%), que viviam com companheiro(a) (44,74%), em casa ou imóvel próprio (89,47%), analfabetos ou com ensino fundamental incompleto (94,59%) e com renda familiar igual a dois salários mínimos (55,26%) (tabela 3).

Tabela 3 – Distribuição da utilização de fontes de aquisição de medicamentos para o tratamento de hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus de adultos e idosos, segundo variáveis sociodemográficas, em um município de pequeno porte da Zona da Mata Mineira (2019)

Variável	Programas públicos						Recursos próprios		Programas públicos + recursos próprios	
	SNTF		*RFM		SNTF+RFM		Aquisição com recursos próprios		Fontes mistas	
	n*	%	n*	%	n*	%	n*	%	n*	%
Sexo										
Feminino	90	58,82	22	59,46	31	63,27	27	71,05	44	70,97
Masculino	63	41,18	15	40,54	18	36,73	11	28,95	18	29,03
Faixa etária (anos)										
18 a 44	17	11,11	5	13,16	4	8,51	3	7,89	5	8,06
45 a 64	70	45,75	15	39,47	21	44,68	13	34,21	15	24,19
65 ou mais	66	43,14	18	47,37	22	46,81	22	57,89	42	67,74
Raça/cor										
Branco	53	34,64	10	26,32	16	32,65	14	36,84	19	31,15
Não branco	100	65,36	28	73,68	33	67,35	24	63,16	42	68,85
Área de moradia										
Rural	60	38,96	18	47,37	11	22,45	11	28,95	12	19,35
Urbana	94	61,04	20	52,63	38	77,55	27	71,05	50	80,65
Tipo de moradia										
Casa/apartamento próprio	138	90,20	31	81,58	41	83,67	34	89,47	54	87,10
Outros	15	9,80	7	18,42	8	16,33	4	10,53	8	12,90
Vive sozinho(a)										
Sim	17	11,04	2	5,26	1	2,04	4	10,53	6	9,68
Não	137	88,96	36	94,74	48	97,96	34	89,47	56	90,32
Estado civil										
Com companheiro(a)	103	66,88	23	60,53	37	75,51	17	44,74	38	61,29
Sem companheiro(a)	51	33,12	15	39,47	12	24,49	21	55,26	24	38,71
Escolaridade										
Analfabeto ou ensino fundamental incompleto	139	90,85	33	86,84	47	95,92	35	94,59	50	81,97
Ensino fundamental completo ou ensino médio incompleto	4	2,61	2	5,26	1	2,04	1	2,70	4	6,56
Ensino médio completo ou ensino superior incompleto	7	4,58	0	0,00	0	0,00	1	2,70	4	6,56
Ensino superior completo	3	1,96	3	7,89	1	2,04	0	0,00	3	4,92
Renda familiar										
≤ 1 SM****	73	48,99	10	27,03	20	41,67	10	26,32	26	42,62
> 1 e ≤ 2 SM	61	40,94	25	67,57	25	52,08	21	55,26	26	42,62
> 2 SM	15	10,07	2	5,41	3	6,25	7	18,42	9	14,75

*O n pode variar devido à presença de dados ausentes. Sexo (n=339); faixa etária (n=338); raça/cor (n=339); escolaridade (n=338); renda familiar (n=333); possui plano de saúde (n=327); seu plano de saúde fornece medicamentos (n=29).

Saúde não Tem Preço. * Rede Farmácia de Minas. ****SM: Salário Mínimo (R\$: 998,00 em 2019, no momento da pesquisa).

Quando comparados os pares, verificou-se que o estado civil foi significativamente diferente apenas entre os usuários de fontes de aquisição de medicamentos públicas e daqueles que utilizavam recursos próprios ($p=0,006$). A maior parte dos usuários que adquiriam seus medicamentos com recursos próprios eram sem companheiros. A área de moradia foi estatisticamente diferente entre usuários dos programas públicos e do conjunto programas públicos + recursos próprios ($p=0,005$), assim como a faixa etária ($p=0,009$).

Tabela 4 – Comparação da origem de recursos para aquisição de medicamentos para o tratamento de hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus por adultos e idosos, segundo variáveis sociodemográficas, em um município de pequeno porte da Zona da Mata Mineira (2019)

	Programas públicos		Recursos próprios		Públicos + Recursos próprios		p**
	n*	%	n*	%	n*	%	
Sexo							
Feminino	143	59,83	27	71,05	44	70,97	0,151
Masculino	96	40,17	11	28,95	18	29,03	
Faixa etária (anos)							
18 a 44	26	10,92	3	7,89	5	8,06	0,019
45 a 64	106	44,54	13	34,21	15	24,19	
65 ou mais	106	44,54 ^a	22	57,89	42	67,74 ^a	
Raça/cor							
Branco	79	32,92	14	36,84	19	31,15	0,840
Não branco	161	67,08	24	63,16	42	68,85	
Área de moradia							
Rural	89	36,93	11	28,95	12	19,35	0,027
Urbana	152	63,07 ^b	27	71,05	50	80,65 ^b	
Tipo de moradia							
Casa/apartamento próprio	210	87,50	34	89,47	54	87,10	0,933
Outros	30	12,50	4	10,53	8	12,90	
Vive sozinho(a)							
Sim	20	8,30	4	10,53	6	9,68	0,871
Não	221	91,70	34	89,47	56	90,32	
Estado civil							
Com companheiro(a)	163	67,63 ^c	17	44,74 ^c	38	61,29	0,021
Sem companheiro(a)	78	32,37	21	55,26	24	38,71	
Escolaridade							
Analfabeto ou ensino fundamental incompleto	201	91,36	15	78,95	88	201	0,376 ^f
Ensino fundamental completo ou ensino médio incompleto	7	3,18	2	10,53	3	7	
Ensino médio completo ou ensino superior incompleto	6	2,73	1	5,26	5	6	
Ensino superior completo	6	2,73	1	5,26	3	6	
Renda familiar							
≤ 1 SM***	103	44,02	10	26,32	26	42,62	0,122
> 1 e ≤ 2 SM	111	47,44	21	55,26	26	42,62	
> 2 SM	20	8,55	7	18,42	9	14,75	

*O n pode variar devido à presença de dados ausentes. Sexo (n=339); faixa etária (n=338); raça/cor (n=339); escolaridade (n=338); renda familiar (n=333); possui plano de saúde (n=327); Seu plano de saúde fornece medicamentos (n=29).

**Valor de p para o teste qui-quadrado de Pearson.

Valor de p para o teste qui-quadrado de Pearson, quando comparados em pares: a = (0,009), b = (0,005) e c = (0,006).

^fValor de p para o teste qui-quadrado de Pearson por simulação de Monte Carlo.

*** SM: Salário Mínimo (R\$: 998,00 em 2019, no momento da pesquisa).

Aqueles que adquiriam seus medicamentos da fonte mista (programas públicos + recursos próprios), em sua maioria, tinham idade maior de 65 anos, enquanto aqueles que utilizavam apenas os programas públicos eram mais jovens. Em relação à área de moradia, verificou-se que uma maior parcela de usuários de programas públicos viviam em área rural em relação aos usuários de fontes mistas. Todavia, quando comparados os usuários moradores de área rural e aqueles de área urbana, prevaleceram, para todas as fontes de aquisição, os residentes em área urbana. Valores de “p” para o teste qui-quadrado de Pearson, conforme descrito no rodapé da tabela 4.

Na Tabela 5 estão apresentados os grupos de medicamentos mais utilizados pelos usuários dos programas públicos para acesso a medicamentos essenciais, no município estudado, considerando-se o 4º nível, subgrupo químico. Acerca dos medicamentos para o tratamento de HA, observou-se que os agentes com ação sobre o sistema renina-angiotensina representaram 39,13%, seguidos dos diuréticos (37,84%) e betabloqueadores (13,53%).

Tabela 5 – Distribuição de indivíduos que utilizam medicamentos para o tratamento de hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus, em um município de pequeno porte da Zona da Mata Mineira (2019)

Código ATC	Grupo e subgrupo	Total	
		n	%
C*	SISTEMA CARDIOVASCULAR	621	100,00
C09**	Agentes com ação sobre o sistema renina-angiotensina	243	39,13
C09AA***	Inibidores da ECA, isolados	85	13,69
C09CA***	Antagonistas da angiotensina II, isolados	158	25,44
C03**	Diuréticos	235	37,84
C03DA***	Antagonistas da aldosterona	26	4,19
C03AA***	Tiazidas isoladas	158	25,44
C03CA***	Sulfonamidas, isoladas	51	8,21
C07**	Betabloqueadores	84	13,53
C07AB***	Bloqueadores adrenérgicos beta seletivos cardíacos	50	7,41
C07AG***	Agentes bloqueadores adrenérgicos alfa e beta	16	2,58
C07AA***	Bloqueadores adrenérgicos beta não seletivos cardíacos	18	2,90
C08**	Bloqueadores dos canais de cálcio	46	7,41
C08CA***	Derivados diidropiridínicos	46	7,41
-	Outros	13	2,09
A*	TRATO ALIMENTAR E METABÓLICO	158	100,00
A10**	Fármacos utilizados na diabetes	158	100,00
A10BA***	Biguanidas***	86	54,43
A10BB***	Sulfonilureias***	42	26,58
A10AC***	Insulinas e análogos injetáveis de ação intermédia	26	16,46
A10AB***	Insulinas e análogos injetáveis de ação rápida	4	2,53

*1º nível, grupo anatômico principal. Segundo *Anatomical Therapeutic Chemical Classification System* (ATC).

** 2º nível, subgrupo terapêutico. Segundo *Anatomical Therapeutic Chemical Classification System* (ATC).

***4º nível, subgrupo químico. Segundo *Anatomical Therapeutic Chemical Classification System* (ATC).

Com relação ao tratamento de DM, verificou-se que o subgrupo químico mais citado foi o das biguanidas: 54,43%. Agentes como as sulfonilureias (26,58%) e as insulinas (18,99%) também estiveram entre os mais utilizados (tabela 5).

Verificou-se que a percepção geral dos programas pelos usuários foi significativamente melhor para o SNTP, uma vez que 51,99% o classificaram como ótimo ou muito bom, contra 37,07% do RFM. Sobre o meio de transporte utilizado, verificou-se que o percentual dos que usavam transporte coletivo (24,78%) era maior no programa RFM, enquanto que, para os que utilizaram o SNTP, era maior a proporção (17,39%) daqueles que usavam carro ou moto. No entanto, a maior parte dos entrevistados usuários do SNTP relataram não esperar (65,34%) para ser atendido, enquanto apenas 37,17% diziam o mesmo sobre o RFM. Por fim, salienta-se que os usuários do RFM relataram maior satisfação (ótimo/muito bom) com o horário disponível para atendimento (93,91%) (tabela 6).

Tabela 6 – Avaliação relativa ao fornecimento gratuito de medicamentos para o tratamento de hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus realizado pelos programas Saúde não Tem Preço e Rede Farmácia de Minas, em um município da Zona da Mata Mineira (2019)

Variável	**SNTP		***RFM		p*
	N	%	N	%	
Percepção					
Ótimo/Muito bom	144	51,99	43	37,07	0,010
Bom	115	41,52	58	50,00	
Regular/Péssimo	18	6,50	15	12,93	
Acesso					
Não é difícil	234	86,35	89	77,39	0,085
Um pouco difícil	30	11,07	20	17,39	
Muito difícil	7	2,58	6	5,22	
Meio de transporte					
Caminha/a pé	174	63,04	71	62,83	0,007
Ônibus/transporte coletivo	36	13,04	28	24,78	
Carro, moto ou barco	48	17,39	11	9,73	
Outros	18	6,52	3	2,65	
Distância					
Sim	33	11,91	21	18,26	0,162
Mais ou menos	34	12,27	17	14,78	
Não	210	75,81	77	66,96	
Tempo de atendimento					
Não espera	181	65,34	42	37,17	< 0,001
Um pouco	90	32,49	60	53,10	
Muito tempo	6	2,17	11	9,73	
Horário de atendimento					
Ótimo	82	29,82	24	20,87	< 0,001
Muito bom	48	17,45	84	73,04	
Bom	142	51,64	6	5,22	
Regular	3	1,09	1	0,87	

*Valor de p para o teste qui-quadrado de Pearson. **Saúde não Tem Preço. *** Rede Farmácia de Minas.

Discussão

Estudos sobre políticas públicas de acesso a medicamentos em municípios de pequeno porte, com características rurais, são raros. Boing *et al.* (2013), Katrein *et al.* (2015) e Arruda (2018) realizaram estudos que contemplavam área de moradia rural e urbana, entretanto o porte das cidades pesquisadas foi variável. O município no qual o presente estudo foi conduzido é caracterizado pelo IBGE como “rural adjacente”, pois a maioria de suas atividades estão ligadas ao campo, tais como lavouras de café e feijão, suinocultura, pecuária, além da agricultura familiar. Diante da importância do tema e da necessidade de melhorar a compreensão acerca dele, estudos com a população rural são primordiais para o monitoramento e a avaliação das políticas de assistência farmacêutica (AF) para esse público. Importante destacar que, conforme revisão de literatura, trata-se de estudo inédito na região da Zona da Mata Mineira.

As análises sobre o perfil dos indivíduos hipertensos e/ou diabéticos que usufruem dos programas de acesso a medicamentos SNTP e RFM revelam que os estudos *in loco* acerca dessa temática oportunizam uma percepção factual sobre o perfil sociodemográfico do público assistido, bem como a utilização de medicamentos de acordo com variáveis demográficas e condição de saúde, com vistas a direcionar as ações de intervenções em saúde e política pública de acesso a medicamentos por parte do poder público^{1,13}.

Neste estudo, houve um predomínio de indivíduos do sexo feminino, portadores apenas de HAS, beneficiários de uma fonte única de aquisição, sendo a maioria dos medicamentos usados provenientes de programas públicos. A maioria residia em área urbana e em casa ou apartamentos próprio, assim como verificado por outros estudos nacionais^{1,10,13-15}. Vale destacar que são escassos os estudos na literatura que trabalham com a população urbana e rural, e as pesquisas majoritariamente avaliam a população urbana^{3,5,9,16-22}.

Pode-se inferir que as mulheres, por fatores socioculturais e biológicos, preocupam-se mais com a saúde, estão mais expostas ao consumo de medicamentos, frequentam com regularidade os serviços de saúde e dispõem de um maior número de programas de saúde específicos^{1,3,9,23-25}. Os resultados do presente trabalho distinguem-se de um estudo que encontrou a maioria dos usuários de sexo masculino¹⁴.

À semelhança do observado em estudos nacionais^{1,16,20,23}, verificou-se que a maioria dos participantes eram idosos, com idade de 65 anos ou mais, com relato de doença crônica e prescrição de medicamentos para o respectivo tratamento. Os programas de acesso a medicamentos são destinados para todos os cidadãos, independentemente de idade, mas desempenham um papel relevante para os idosos, visto que estes apresentam maiores

necessidades de saúde e consumo de medicamentos. Assim, os programas que possibilitam acesso gratuito a medicamentos podem contribuir para controlar e prevenir as doenças crônicas¹⁸.

Quanto à situação conjugal, predominou os que vivem com companheiro(a), corroborando diversos outros estudos^{5,9,13,18-21,24,26,27,28,29}. A situação conjugal pode interferir no cuidado com a saúde, observando-se que os indivíduos casados procuram mais os serviços de saúde, têm maior probabilidade de obterem diagnóstico de doenças e, conseqüentemente, mais informação e acesso aos programas de medicamentos¹⁸.

Sobre a escolaridade, verificou-se um predomínio de usuários sem instrução ou com ensino fundamental incompleto, o que condiz com estudos conduzidos em municípios de todos os portes populacionais^{1,25} e difere dos achados de Costa *et al.*⁹ em estudo na cidade de Campinas (SP). De acordo com Carvalho *et al.*³⁰, a baixa escolaridade pode comprometer o entendimento do tratamento terapêutico prescrito, bem como o autocuidado. Estudos expõem a necessidade de estratégias de educação em saúde para esse público com o intuito de favorecer a compreensão do tratamento terapêutico e o uso racional dos medicamentos, o que reforça a importância das ações em AF, incluindo o cuidado farmacêutico^{27,31}.

Em relação à renda familiar, a maior parte dispunha de uma renda menor ou igual a dois salários mínimos, resultado semelhante aos encontrados em municípios de pequeno, médio e grande porte de Pernambuco²³ e em Campinas⁹. Estudos nacionais mostraram que custos com a terapia medicamentosa para o tratamento de DCNT consomem grande parte da renda dos trabalhadores assalariados, os quais, geralmente, apresentam baixa renda e necessitam de uma provisão gratuita de medicamentos para não comprometerem o orçamento familiar e o tratamento terapêutico^{32,33}.

Ainda sobre a renda familiar, verificou-se que, entre aqueles com renda mais baixa, a maior parte adquire medicamentos para DCNT na fonte SNTP, seguida pelas fontes mistas. Cabe ressaltar que usuários com renda mensal maior ou igual a três salários mínimos, embora em sua maioria adquiram medicamentos pelo SNTP, apresentam percentual relativo de aquisição de medicamentos com recursos próprios maior que os demais, restando demonstrada associação positiva entre renda e aquisição de medicamentos com recursos próprios. Tavares³⁴ destacou que os grupos de menor renda tiveram maior acesso gratuito aos medicamentos para DCNT, fortalecendo a hipótese de que, para esse segmento da população, os programas de acesso a medicamentos se apresentam como principal alternativa para cumprir o tratamento farmacológico – este poderia ser interrompido caso fosse necessário adquirir os medicamentos com recursos próprios.

Costa *et al.*⁶ verificaram que a obtenção de pelo menos um medicamento para tratamento da HAS e DM pelo SNTP foi elevada especialmente nos segmentos menos favorecidos economicamente. Sobre o exposto, Boing *et al.*¹⁴ salientam que os indivíduos que mais procuram o SUS como fonte de fornecimento dos medicamentos necessários para tratamento de sua saúde são aqueles de menor poder aquisitivo, e que a população de maior poder aquisitivo tem mais facilidade de obtenção total de medicamentos para tratamento das DCNT via setor privado.

Para Helfer *et al.*³³, o desejável seria uma disponibilidade de 100% dos medicamentos para DCNT no SUS, pois, quando isso não acontece, os usuários necessitam adquirir os fármacos em farmácias/drogarias privadas, o que pode suscitar o descumprimento do tratamento na sua totalidade devido alto custo respectivo.

Nessa perspectiva, o papel dos programas de acesso a medicamentos instituídos no Brasil mostra-se fundamental, com vistas a minimizar as desigualdades quanto ao acesso a medicamentos, dentre eles os anti-hipertensivos e antidiabéticos^{5,25,32}.

No presente trabalho, a maior parte dos entrevistados se autodeclararam não brancos; achados semelhantes relativos à raça/cor foram observados por outros autores^{14,16,27,29}; outros estudos nacionais^{15,17,35,36} encontraram na população estudada maioria de brancos. As características referentes à raça/cor da pele (autodeclarada) dos envolvidos neste estudo apontam para a inclusão de uma parcela da população historicamente excluída das políticas públicas e socialmente mais vulneráveis, e que, geralmente, depende primordialmente dos programas de distribuição gratuita de medicamentos para cumprir o tratamento da DCNT, como HAS e DM^{14,27}.

Já os medicamentos mais usados pela população pesquisada para o tratamento da HAS foram inibidores do sistema renina-angiotensina, seguidos dos diuréticos e betabloqueadores; resultados similares foram averiguados em diversos outros estudos^{1,19,26,37}. Observou-se, também, que os anti-hipertensivos com maior prevalência de uso são compatíveis com as recomendações da VII Diretriz Brasileira de HAS³⁸: “o controle da doença em monoterapia inicial, devido à redução de eventos cardiovasculares, menor incidência de efeitos adversos e baixo custo”. Ademais, a grande maioria das classes terapêuticas usadas para o tratamento da HAS possui fármacos fornecidos gratuitamente pelos programas de acesso a medicamentos financiados pelo SUS, demonstrando que o ciclo da AF tem sido bem executado pelo poder público²⁸.

Pesquisaram-se os medicamentos para o tratamento do DM, e os mais utilizados foram as biguanidas, sulfonilureias e insulinas, resultado condizente com os de outros estudos nacionais^{19,37}.

Esses medicamentos estão em concordância com o algoritmo terapêutico recomendado pela Diretriz da Sociedade Brasileira de Diabetes³⁹. Em geral, os antidiabéticos orais constituem a primeira escolha para o tratamento do DM tipo 2, que acomete a grande maioria das pessoas, visto que reduzem as complicações advindas da doença, apresentam boa aceitação, simplicidade de prescrição e têm menor interferência no peso corporal⁴⁰. Entretanto, vale lembrar que o DM tipo 2 pode exigir, em alguns casos, associação com uso de insulina; já o tratamento do DM tipo 1 exige sempre a administração de insulina. Importante ressaltar que o tratamento não farmacológico é imprescindível e inclui mudanças de hábitos de vida, como alimentação saudável, prática de atividade física, entre outros⁴⁰.

Conforme Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes³⁹, a escolha do medicamento deve ser pautada no tipo de DM, estado geral e idade do paciente, obesidade e outras comorbidades presentes ou não, valores das glicemias de jejum, pós-prandial e HbA1c, eficácia do medicamento, risco de hipoglicemia, possíveis interações com outros medicamentos, reações adversas, contraindicações, custo do medicamento e preferência do paciente.

Neste estudo, 90,83% da população avaliada não possuíam plano de saúde, levando a crer que são indivíduos que usufruem dos serviços de saúde público, corroborando estudos sobre o assunto^{1,3,5,24,27,29,32,34,37}. Costa *et al.*⁵ verificaram que os indivíduos não associados a plano de saúde privado utilizavam mais os programas de fornecimento gratuito de medicamentos, indicando que o RFM e SNTP atendia, principalmente, segmentos sociais mais dependentes exclusivamente de ações de saúde vinculadas ao SUS, assim como observado nesta pesquisa. Ainda no que diz respeito aos planos de saúde privados, observou-se, neste trabalho, que o fornecimento de medicamentos por esses planos foi insignificante, tal como identifica o estudo de Pereira¹.

Quanto à área de moradia, verificou-se que entrevistados moradores da área rural adquirem mais medicamentos das fontes RFM, SNTP e com recursos próprios, nessa ordem; enquanto aqueles da região urbana obtêm mais medicamentos de fontes mistas, SNTP e RFM e com recursos próprios. Alguns estudos brasileiros^{14,15} também identificaram uma maior obtenção de medicamentos para doenças crônicas por meio das fontes financiadas pelo poder público, em favor da população rural. O acesso aos serviços de saúde privados sem financiamento do SUS é limitado nas áreas rurais, pois, geralmente, essa população detém um menor poder aquisitivo⁴¹.

Verificou-se, neste trabalho, que a maior parte dos entrevistados usuários do SNTTP relatou não esperar para ser atendido; dados semelhantes foram encontrados pela Pesquisa Nacional sobre Acesso, Utilização e Promoção do Uso Racional de Medicamentos (PNAUM)⁴³. Possíveis explicações para o menor tempo de espera no SNTTP podem ser o maior número de funcionários e o maior nível de automatização nas unidades. A minoria dizia não esperar para ser atendido no RFM, divergindo dos achados de Barbosa *et al.*⁴⁴ em Minas Gerais. O tempo de espera no programa estadual pode ser incrementando pela dispensação de um maior elenco de medicamentos, além de pelo cumprimento da premissa de atender às necessidades dos usuários no uso racional do medicamento por meio do acompanhamento farmacoterapêutico, o que não deve ficar à margem no SNTTP⁴⁵. Presume-se que, para melhorar a percepção dos usuários quanto aos programas públicos, faz-se necessário o entendimento por meio da população de que a dispensação de medicamentos não consiste em um mero ato de entrega de mercadoria, mas em um conjunto de ações que visam a segurança e o uso racional do medicamento, prezando sempre o bem-estar do paciente. Além disso, investimentos em tecnologia, recursos humanos e capacitação permanente dos profissionais devem ser constantes no serviço para torná-lo mais eficiente⁴².

No presente estudo, a maioria dos entrevistados descreveu o horário de atendimento da RFM como ótimo ou muito bom. Estudos nacionais demonstram resultados semelhantes⁴⁴, contrariando a hipótese de que o funcionamento dos estabelecimentos de saúde após as 18 horas e nos finais de semana facilitaria o acesso aos medicamentos. Reis⁴⁶ encontrou dados divergentes ao avaliar as unidades básicas de saúde, relatando a necessidade de um horário alternativo para atendimento à população economicamente ativa.

Dentre as forças do estudo, estão seu caráter inovador em avaliar o perfil sociodemográfico dos usuários dos programas de acesso a medicamentos SNTTP e RFM tanto em âmbito urbano quanto rural. Além disso, cabe ressaltar que, na literatura, não foram encontrados estudos que tenham realizado avaliação dos usuários para os indicadores horário de atendimento e tempo de espera do SNTTP – apenas o manuscrito de Barbosa *et al.*⁴⁴ trabalhou com tempo de espera do RFM; também não foram observados trabalhos que se dedicassem à análise comparativa dos dois programas para os indicadores citados. Do mesmo modo, não foram identificados na literatura outros estudos que pesquisassem a relação entre a área de moradia rural e fontes de obtenção de medicamentos, sendo esse um diferencial desta pesquisa.

Com relação aos fatores limitantes, vale destacar a restrição da amostra a um único município. Já em relação aos aspectos metodológicos, as informações referentes aos locais de aquisição, assim como o período recordatório empregado para identificar o consumo de

medicamentos anti-hipertensivos e antidiabéticos, nos trinta dias que antecederam a entrevista, podem ter gerado dificuldades de lembrança por parte dos indivíduos, principalmente os mais idosos. Para minimizar a ocorrência de tal viés, utilizou-se a estratégia de apresentar imagens da unidade da RFM para identificação da fonte, além de solicitar a apresentação da prescrição médica e/ou embalagem dos medicamentos, o que foi possível de se obter na maioria dos casos. Outra limitação foi a não utilização de população externa aos programas como controle e fixação de percentuais comparativos.

Conclusão

Os resultados deste estudo reforçam que as políticas de acesso a medicamentos essenciais no município estudado são importantes fontes de aquisição de medicamentos para o tratamento de HAS e DM dentre seus usuários e atendem diversos estratos da população, com o intuito de promover a equidade e universalidade tanto no meio urbano quanto rural, fomentando o acesso aos medicamentos, de forma a reduzir as desigualdades entre classes e regiões, dando mais oportunidade para a população em situação de vulnerabilidade social e econômica.

Entende-se, ainda, que é relevante a investigação sobre a satisfação dos usuários com relação aos programas de acesso a medicamentos essenciais, uma vez que sua apreciação é fundamental para melhorar a AF e nortear decisões estratégicas e operacionais que influenciem na qualidade e resolutividade dos serviços farmacêuticos

Mediante a ampliação do acesso a medicamentos, é importante enfatizar o papel do profissional farmacêutico na equipe multidisciplinar por meio da prestação de serviços clínicos, como o cuidado farmacêutico. Considerando que a maioria da população estudada foi composta por participantes analfabetos ou com baixa escolaridade, práticas educativas e outras ações vinculadas à promoção da saúde são fundamentais na garantia do uso racional de medicamentos e melhoria da qualidade de vida da população.

Contudo, fazem-se necessários estudos adicionais com abordagem em municípios de pequeno porte, com características semelhantes, a fim de conhecer o perfil e as especificidades desse público para desenvolver ações estratégicas efetivas e políticas públicas para essa população, corroborando os achados do presente estudo.

Vinculação Acadêmica: este artigo é parte da dissertação de mestrado profissional de Zeó Jaime Lacerda Chaves pela Universidade Federal de Viçosa (UFV).

Referências bibliográficas

1. Pereira VO de M, Acurcio F de A, Guerra Júnior AA, et al. Perfil de utilização de medicamentos por indivíduos com hipertensão arterial e diabetes mellitus em municípios da Rede Farmácia de Minas. *Cad Saude Publica* 2012; 28: 1546–1558.
2. Oliveira MA, Luiza VL, Tavares NUL, et al. Access to medicines for chronic diseases in Brazil: a multidimensional approach. *Rev Saude Publica*; 50. Epub ahead of print 2016. DOI: 10.1590/s1518-8787.2016050006161.
3. Matta SR, Bertoldi AD, Emmerick ICM, et al. Fontes de obtenção de medicamentos por pacientes diagnosticados com doenças crônicas, usuários do Sistema Único de Saúde. *Cad Saude Publica*; 34. Epub ahead of print 26 March 2018. DOI: 10.1590/0102-311x00073817.
4. Garcia MM, Guerra Júnior AA, Acúrcio F de A. Avaliação econômica dos Programas Rede Farmácia de Minas do SUS versus Farmácia Popular do Brasil. *Cien Saude Colet* 2017; 22: 221–233.
5. Costa KS, Francisco PMSB, Barros MB de A. Conhecimento e utilização do Programa Farmácia Popular do Brasil: estudo de base populacional no município de Campinas-SP. *Epidemiol e Serviços Saúde* 2014; 23: 397–408.
6. Sarmento Costa K, Urruth Leão Tavares N, Serrate Mengue S, et al. Obtenção de medicamentos para hipertensão e diabetes no Programa Farmácia Popular do Brasil: resultados da Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. *Epidemiol e Serviços Saúde* 2016; 25: 10–1.
7. Santos-Pinto CDB, Costa N do R, Osorio-de-Castro CGS. Quem acessa o Programa Farmácia Popular do Brasil? Aspectos do fornecimento público de medicamentos. *Cien Saude Colet* 2011; 16: 2963–2973.
8. Nascimento RCRM do, Álvares J, Guerra Junior AA, et al. Availability of essential medicines in primary health care of the Brazilian Unified Health System. *Rev Saude Publica* 2017; 51: 1s-11s.
9. Costa KS, Barros MB de A, Francisco PMSB, et al. Utilização de medicamentos e fatores associados: um estudo de base populacional no Município de Campinas, São Paulo, Brasil. *Cad Saude Publica* 2011; 27: 649–658.
10. IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. IBGE - Cidades @ - Jequeri, <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/mg/jequeri/panorama> (2018, accessed 14 June 2020).
11. Malachias M, Souza W, Plavnik F, et al. Capítulo 1 - Conceituação, Epidemiologia e Prevenção Primária. *Arq Bras Cardiol* 2016; 107: 1–6.

12. World Health Organization (WHO). WHO Collaborating Centre for Drug Statistics Methodology. ATC/DDD Index. *World Health Organization*, http://www.whocc.no/atc_ddd_index/ (2019, accessed 23 July 2020).
13. Arrais PSD, Brito LL, Barreto ML, et al. Prevalência e fatores determinantes do consumo de medicamentos no Município de Fortaleza, Ceará, Brasil. *Cad Saude Publica* 2005; 21: 1737–1746.
14. Boing AC, Bertoldi AD, Boing AF, et al. Acesso a medicamentos no setor público: análise de usuários do Sistema Único de Saúde no Brasil. *Cad Saude Publica* 2013; 29: 691–701.
15. Katrein F, Tejada CAO, Restrepo-Méndez MC, et al. Desigualdade no acesso a medicamentos para doenças crônicas em mulheres brasileiras. *Cad Saude Publica* 2015; 31: 1416–1426.
16. Bertoldi AD, Pizzol T da SD, Ramos LR, et al. Sociodemographic profile of medicines users in Brazil: results from the 2014 PNAUM survey. *Rev Saude Publica*; 50. Epub ahead of print 2016. DOI: 10.1590/s1518-8787.2016050006119.
17. Aziz MM, Calvo MC, Schneider IJC, et al. Prevalência e fatores associados ao acesso a medicamentos pela população idosa em uma capital do sul do Brasil: um estudo de base populacional. *Cad Saude Publica* 2011; 27: 1939–1950.
18. Miranda VIA, Fassa AG, Meucci RD, et al. Use of the Brazilian People's Pharmacy Program by older adults. *Rev Saude Publica* 2016; 50: 13.
19. Prado MAMB do, Francisco PMSB, Barros MB de A. Diabetes em idosos: uso de medicamentos e risco de interação medicamentosa. *Cien Saude Colet* 2016; 21: 3447–3458.
20. Fleith VD, Figueiredo MA, Figueiredo KFLRDO, et al. Perfil de utilização de medicamentos em usuários da rede básica de saúde de Lorena, SP. *Cien Saude Colet* 2008; 13: 755–762.
21. Vosgerau MZ da S, Soares DA, Souza RKT de, et al. Consumo de medicamentos entre adultos na área de abrangência de uma Unidade de Saúde da Família. *Cien Saude Colet* 2011; 16: 1629–1638.
22. Gontijo M de F, Ribeiro AQ, Klein CH, et al. Uso de anti-hipertensivos e antidiabéticos por idosos: inquérito em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. *Cad Saude Publica* 2012; 28: 1337–1346.
23. Barreto MNS de C, Cesse EÂP, Lima RF, et al. Analysis of access to hypertensive and diabetic drugs in the Family Health Strategy, State of Pernambuco, Brazil. *Rev Bras Epidemiol* 2015; 18: 413–424.

24. Leitão VBG, Lemos VC, Francisco PMSB, et al. Prevalência de uso e fontes de obtenção de medicamentos anti-hipertensivos no Brasil: análise do inquérito telefônico VIGITEL. *Rev Bras Epidemiol*; 23. Epub ahead of print 2020. DOI: 10.1590/1980-549720200028.
25. Costa CMFN, Silveira MR, Acurcio F de A, et al. Use of medicines by patients of the primary health care of the Brazilian Unified Health System. *Rev Saude Publica* 2017; 51: 1s-11s.
26. Galato D, Silva ES da, Tiburcio L de S. Estudo de utilização de medicamentos em idosos residentes em uma cidade do sul de Santa Catarina (Brasil): um olhar sobre a polimedicação. *Cien Saude Colet* 2010; 15: 2899–2905.
27. Costa KS, Francisco PMSB, Malta DC, et al. Fontes de obtenção de medicamentos para hipertensão e diabetes no Brasil: resultados de inquérito telefônico nas capitais brasileiras e no Distrito Federal, 2011. *Cad Saude Publica* 2016; 32: e00090014.
28. Mengue SS, Bertoldi AD, Ramos LR, et al. Access to and use of high blood pressure medications in Brazil. *Rev Saude Publica*; 50. Epub ahead of print 2016. DOI: 10.1590/s1518-8787.2016050006154.
29. Luz TCB, Loyola Filho AI de, Lima-Costa MF. Estudo de base populacional da subutilização de medicamentos por motivos financeiros entre idosos na Região Metropolitana de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. *Cad Saude Publica* 2009; 25: 1578–1586.
30. Carvalho TP de, Okuno MFP, Campanharo CRV, et al. Patients' knowledge about medication prescription in the emergency service. *Rev Bras Enferm* 2018; 71: 329–335.
31. Ruppenthal LR, Petrovick PR. Comparação do perfil dos usuários e dos medicamentos dispensados na farmácia popular do Brasil e em drogaria privada em Porto Alegre, Brasil. *Lat Am J Pharm* 2010; 29: 22–29.
32. Monteiro CN, Lima MG, Szwarcwald CL, et al. Utilização de anti-hipertensivos e antidiabéticos no Brasil: análise das diferenças socioeconômicas. Pesquisa Nacional de Saúde 2013. *Rev Bras Epidemiol*; 22. Epub ahead of print 2019. DOI: 10.1590/1980-549720190014.supl.2.
33. Helfer AP, Camargo AL, Tavares NUL, et al. Capacidade aquisitiva e disponibilidade de medicamentos para doenças crônicas no setor público. *Rev Panam Salud Pública* 2012; 31: 225–232.
34. Tavares NUL, Luiza VL, Oliveira MA, et al. Free access to medicines for the treatment of chronic diseases in Brazil. *Rev Saude Publica*; 50. Epub ahead of print 2016. DOI: 10.1590/s1518-8787.2016050006118.
35. Stopa SR, Cesar CLG, Segri NJ, et al. Prevalência da hipertensão arterial, do diabetes

- mellitus e da adesão às medidas comportamentais no Município de São Paulo, Brasil, 2003-2015. *Cad Saude Publica*; 34. Epub ahead of print 22 October 2018. DOI: 10.1590/0102-311x00198717.
36. Monteiro CN, Gianini RJ, Barros MB de A, et al. Access to medication in the Public Health System and equity: populational health surveys in São Paulo, Brazil. *Rev Bras Epidemiol* 2016; 19: 26–37.
 37. Silva MRR da, Diniz LM, Santos JBR dos, et al. Uso de medicamentos e fatores associados à polifarmácia em indivíduos com diabetes mellitus em Minas Gerais, Brasil. *Cien Saude Colet* 2018; 23: 2565–2574.
 38. Malachias M, Souza W, Plavnik F, et al. 7^a Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial. *Arq Bras Cardiol* 2016; 107: 1–6.
 39. Sociedade Brasileira de Diabetes. *Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes: 2019-2020*. Rio de Janeiro, 2019.
 40. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica : diabetes mellitus*. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.
 41. Arruda NM, Maia AG, Alves LC. Desigualdade no acesso à saúde entre as áreas urbanas e rurais do Brasil: uma decomposição de fatores entre 1998 a 2008. *Cad Saude Publica*; 34. Epub ahead of print 21 June 2018. DOI: 10.1590/0102-311x00213816.
 42. Adelina Casali Bandeira V, Schneider A, Barden Schalleberger J, et al. Avaliação da satisfação dos usuários das farmácias do sistema público de saúde. *Rev Bras em Promoção da Saúde* 2017; 30: 1–8.
 43. Leite SN, Bernardo NLM da C, Álvares J, et al. Medicine dispensing service in primary health care of SUS. *Rev Saude Publica* 2017; 51: 11s.
 44. Barbosa MM, Garcia MM, Nascimento RCRM do, et al. Avaliação da infraestrutura da Assistência Farmacêutica no Sistema Único de Saúde em Minas Gerais. *Cien Saude Colet* 2017; 22: 2475–2486.
 45. MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. *Rede farmácia de Minas: plano estadual de estruturação da rede de assistência farmacêutica: uma estratégia para ampliar o acesso e o uso racional de medicamentos no SUS*. Belo Horizonte, 2008.
 46. Reis RS, Coimbra LC, Silva AAM da, et al. Acesso e utilização dos serviços na Estratégia Saúde da Família na perspectiva dos gestores, profissionais e usuários. *Cien Saude Colet* 2013; 18: 3321–3331.

5.2 *Produto Técnico*

PODCAST: O cenário atual dos programas públicos de acesso a medicamentos essenciais em município de pequeno porte.

Esse podcast é um produto final de pesquisa e faz parte das exigências do Programa de Pós Graduação em Ciências da Saúde do Departamento de Medicina e Enfermagem da Universidade Federal de Viçosa, para obtenção do título de Mestrado.

O Projeto foi orientado pelo Professor Luiz Sérgio Silva contou com a participação da Professora do Departamento de Farmácia da Universidade Federal de Ouro Preto e Ex-Superintendente de Assistência Farmacêutica de MG, Professora Renata Macedo e do Mestrando Zeó Jaime Lacerda Chaves.

Nesse conteúdo de áudio discutiu-se o cenário atual dos programas públicos de acesso a medicamentos essenciais em municípios de pequeno porte no estado de Minas Gerais seus desafios e perspectivas, ressaltando a importância das políticas de acesso a medicamentos essenciais no município estudado como responsáveis pelo acesso a medicamentos para o tratamento de HAS e DM promovendo a equidade e universalidade, haja visto que fomentaram o acesso aos medicamentos de forma a reduzir as desigualdades.

O conteúdo pode ser acessado em:

<https://open.spotify.com/show/0LenYDoFhLFtOx4KX4TcST>

<https://anchor.fm/ze-jaimelacerda-chaves>

6 CONCLUSÃO

Os resultados desse estudo reforçam que as políticas de acesso a medicamentos essenciais no município estudado são importantes fontes de aquisição de medicamentos para o tratamento de HAS e DM, dentre seus usuários e atendem diversos estratos da população, com o intuito de promover a equidade e universalidade tanto no meio urbano quanto rural, fomentando o acesso aos medicamentos de forma a reduzir as desigualdades entre classes e regiões, dando mais oportunidade para população em situação de vulnerabilidade social e econômica.

Entende-se ainda que é relevante a investigação sobre a satisfação dos usuários com relação aos programas de acesso a medicamentos essenciais, uma vez que a apreciação dos usuários é fundamental para melhorar a AF e nortear decisões estratégicas e operacionais que influenciem a qualidade e resolutividade dos serviços farmacêuticos

Mediante a ampliação do acesso a medicamentos, é importante enfatizar o papel do profissional farmacêutico na equipe multidisciplinar, por meio da prestação de serviços clínicos, como o cuidado farmacêutico. Considerando que a maioria da população estudada foi composta por participantes analfabetos ou com baixa escolaridade, práticas educativas e outras ações vinculadas à promoção da saúde são fundamentais na garantia do uso racional de medicamentos e melhoria da qualidade de vida da população.

Contudo, fazem-se necessários estudos adicionais com abordagem em municípios de pequeno porte, com características semelhantes, a fim de conhecer o perfil e as especificidades desse público, para desenvolver ações estratégicas efetivas e políticas públicas para essa população, corroborando os achados do presente estudo.

7 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BARBOSA, M. M. **Organização da assistência farmacêutica e acesso aos medicamentos na atenção primária do Sistema Único de Saúde: avaliação de uma política pública.** 2018. Tese (Doutorado em Medicamentos e AF) — Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte.

BELTRAME, V. **Qualidade de vida de idosos diabéticos.** 2008. Tese (Doutorado em Gerontologia Biomédica) — Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. Porto Alegre.

BERMUDEZ, J. A. Z.; BARROS, M. B. A. Profile of access and use of medicines in the Brazilian population-contributions and challenges of PNAUM-Household Survey. **Revista de Saúde Pública**, v. 50 , 2016.

BRASIL. [Constituição (1988)]. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988.** Brasília, DF: Presidência da República, 2016. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 27 jul. 2020.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 338 de 6 de maio de 2004. Aprova a Política Nacional de AF.** Diário Oficial de União: Seção 1, Brasília, DF, p.52. 20 de maio de 2004a. Disponível em: https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2004/res0338_06_05_2004.html. Acesso em: 27 jul. 2020.

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.** Diário Oficial da União: Brasília, DF, 21 de maio de 2004b. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2004/Decreto/D5090.htm. Acesso em: 27 jul. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.214, de 13 de junho de 2012. Institui o Programa Nacional de Qualificação da Assistência Farmacêutica no âmbito do SUS.** Diário Oficial da União, Brasília, DF, 14 junho de 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **SAGE - Sala de Apoio à Gestão Estratégica**, 2020. Disponível em: <<http://sage.saude.gov.br/#>>. Acesso em 25 de julho de 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 128 p. : il. (Cadernos de Atenção Básica, n. 37)

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Plano de Ações Estratégicas para Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022.** Brasília, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 111, de 28 de janeiro de 2016. Dispõe sobre o Programa Farmácia Popular do Brasil (PFPB)**. Diário Oficial de União: Seção 1, 104. Brasília, DF, 29 de janeiro de 2016. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2016/prt0111_28_01_2016.html Acesso em: 27 jul. 2020.

BRASIL. **Portaria nº3.916/GM de 30 de outubro de 1998. Dispõe sobre a aprovação da Política Nacional de Medicamentos**. Diário Oficial da União: Seção 1, 18 p. Brasília, DF, 10 de novembro de 1998.

CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA. **O farmacêutico na assistência farmacêutica do SUS : diretrizes para ação**. Brasília, DF (Brasil): CFF, 298p, 2015.

COTTA, R. M. M. et al . Perfil sociossanitário e estilo de vida de hipertensos e/ou diabéticos, usuários do Programa de Saúde da Família no município de Teixeira, MG. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, p. 1251-1260, 2009.

GARCIA, M. M.; GUERRA JÚNIOR, A. A.; ACÚRCIO, F. A. Avaliação econômica dos Programas Rede Farmácia de Minas do SUS versus Farmácia Popular do Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 1, p. 221–233, 2017.

IBGE – INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Estimativas da população residente para os municípios e para as unidades da federação com data de referência em 1º de julho de 2018**. Rio de Janeiro: [s.n.], 2018a. Disponível em: <<https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-detalhe-de-midia.html?view=mediaibge&catid=2103&id=2279>>.

IBGE – INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **IBGE - Cidades @ - Jequeri**, 2018b. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/mg/jequeri/panorama>.

INTERNATIONAL DIABETES FEDERATION. **IDF Diabetes Atlas**. 8. ed. Bruxelas: International Diabetes Federation; 2017.

KERBER, A. R. Perfil epidemiológico dos pacientes usuários do Sistema Único de Saúde no Município de Gramado/RS. **Revista Especialize On-line IPOG**, v.1, n. 10, 2015.

MALACHIAS, M. V. B. The Challenges of Controlling Arterial Hypertension in the Elderly. **Arq. Bras. Cardiol.**, São Paulo , v. 112, n. 3, p. 279-280, 2019 .

MALTA, D. C. *et al* . Prevalência da hipertensão arterial segundo diferentes critérios diagnósticos, Pesquisa Nacional de Saúde. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 21, p. e180021, 2018.

MALTA, D. C.; SILVA JR, J. B. 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**, v. 22, n. 1, p. 151-164, 2013.

MEDEIROS, D. S. *et al.* Utilização de medicamentos pela população quilombola: inquérito no Sudoeste da Bahia. **Revista de Saúde Pública**, v. 47, n. 5, p. 905–913, 2013.

NILSON, E. A. F. *et al.* Custos atribuíveis a obesidade, hipertensão e diabetes no Sistema Único de Saúde, Brasil, 2018. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 44, p. e32, 2020.

PEREIRA, V. O. M. *et al.* Perfil de utilização de medicamentos por indivíduos com hipertensão arterial e diabetes mellitus em municípios da Rede Farmácia de Minas. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 28, n. 8, p. 1546–1558, 2012.

ROCHA, M. C. R. M. **Qualidade de vida e bem-estar de pessoas idosas residentes em equipamentos sociais**. 2013. 33f. Dissertação (Mestrado em Medicina Legal) — Universidade do Porto. Porto, Portugal, 2013

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA (SBC). Departamento de Hipertensão Arterial. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial. **Arq Bras Cardiol**.v.95, n.1,p. 1-51, 2016.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES (SBD). **Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes: 2014-2015**. 2015. Disponível em: <https://www.diabetes.org.br/publico/images/2015/area-restrita/diretrizes-sbd-2015.pdf>. Acesso em: 19 jun. 2020.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Promoción del uso racional de medicamentos: componentes centrales** - Perspectivas políticas sobre medicamentos de la OMS, v. 5, 2002.. 6p. Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/67532/WHO_EDM_2002.3_spa.pdf;jsessionid=FCE9F7487FDAD39E919A96F2321D3215?sequence=1 . Acesso em: 19 jun. 2020.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). The world medicines situation. World Health Organization, 2004.

APÊNDICE A – Questionário Semiestruturado

Data: ____/____/2019 **Início:** ____:____ **Término:** ____:____
Local: _____ **ESF:** _____ **Nº:** _____

QUESTIONÁRIO ESTRUTURADO

Bloco A: Características Socioeconômicas	
A1	Em que dia, mês e ano o Sr. (a) nasceu?
	0 Dia: ____ Mês: ____ Ano: ____
	999 Não sabe/ Não informado
A2	Sexo: (Marcar sem perguntar!)
	0 Mulher
	1 Homem
	999 Não sabe/ Não informado
A3	No que diz respeito a sua cor ou raça o Sr. (a) se considera:
	0 Branco
	1 Preto
	2 Amarelo
	3 Pardo
	4 Indígena
999 Não sabe/ Não informado	
A4	O Sr. (a) mora em:
	0 Casa/apartamento próprio
	1 Casa/apartamento alugado
	2 Casa/apartamento cedido/emprestado
	3 Quarto ou cômodo alugado
	4 Pensão ou hotel
	5 Alojamento, albergue ou moradia social.
	6 Casa ou clínica geriátrica
	7 Asilo ou casa de caridade
999 Não sabe/ Não informado	
A5	Sua casa está localizada em área? (Marcar sem perguntar!)
	0 Rural
	1 Urbana
	999 Não sabe/ Não informado

A6	Qual seu estado civil?	
	0	Casado (a)
	1	Solteiro (a)
	2	União estável
	3	Separado (a)/Desquitado (a)/Divorciado (a)
	4	Viúvo
	999	Não sabe/ Não informado
A7	Quem mora com Sr. (a)? Se necessário marcar mais de uma alternativa.	
	0	Mora só
	1	Esposa/esposo/ "companheiro" (a)
	2	Pai/mãe
	3	Filho(s)
	4	Neto(s)
	5	Outros parentes _____
	6	Outras pessoas _____
999	Não sabe/ Não informado	
A8	Até que série e grau o (a) Sr (a) estudou? *Considere as séries completas de estudo*	
	0	Nunca estudou
	1	Curso primário 1 [] 2 [] 3 [] 4 [] 5 []
	2	Admissão 4 []
	3	Curso ginásial ou ginásio 1 [] 2 [] 3 [] 4 []
	4	1º grau ou fundamental de primeiro grau ou EJA 1 [] 2 [] 3 [] 4 [] 5 [] 6 [] 7 [] 8 [] 9 []
	5	2º grau ou colégio técnico ou normal ou científico ou ensino médio ou supletivo de segundo grau ou EJA 1 [] 2 [] 3 ou técnico []
	6	3º grau ou curso superior [] Completo [] Incompleto
	7	Pós-graduação (especialização, mestrado, doutorado)
	999	Não sabe/ Não informado
A9	Qual a renda do Sr. (a), em salário mínimo? Valor do Salário mínimo: 998,00	
	0	Não possui renda
	1	Até 1 [] 1 [] 2 [] 3 [] 4 [] 5 [] 6 [] [] salários mínimos
	2	De 10 a 20 salários mínimos (de R\$ 9.980,00 até R\$ 19.960,00).
	3	Acima de 20 salários mínimos (acima de R\$ 19.961,00).
	999	Não sabe/ Não informado

A10	Somando a sua renda com a renda das pessoas que moram com o Sr. (a), quanto é, aproximadamente, a renda familiar mensal?	
	0	Não possui renda
	1	Até 1 [] 1 [] 2 [] 3 [] 4 [] 5 [] 6 [] 7 [] 8 [] 9 [] salários mínimos
	2	De 10 a 20 salários mínimos (de R\$ 9.980,00 até R\$ 19.960,00).
	3	Acima de 20 salários mínimos (acima de R\$ 19.961,00).
999	Não sabe/ Não informado	
A11	Quantas pessoas contribuem para a obtenção dessa renda familiar?	
	0	Uma
	1	Duas
	2	Três
	3	Quatro
	4	5 [] 6 [] 7 [] 8 [] 9 [] 10 [] 11 [] 12 [] 13 ou mais []
999	Não sabe/ Não informado	
A12	Quantas pessoas vivem/dependem com essa renda	
	0	1 [] 2 [] 3 [] 4 [] 5 [] 6 [] 7 [] 8 [] 9 [] 10 [] 11 [] 12 [] 13 ou mais []
	999	Não sabe/ Não informado
Bloco B: Uso de medicamento/remédios e serviços de saúde:		
BH1	Em alguma consulta um médico disse que o (a) Sr (a) tem Hipertensão Arterial ou Pressão alta.	
	0	Sim
	1	Não
	999	Não sabe/ Não informado
BH2	O (a) Sr (a) tem prescrição ou receita médica para algum medicamento/remédios para o tratamento da Hipertensão Arterial ou Pressão alta?	
	0	Sim
	1	Não
999	Não sabe/ Não informado	
BH3	O (a) Sr (a) está tomando algum medicamento/remédios para o tratamento da Hipertensão Arterial ou Pressão alta? Se não avançar para a pergunta BD1	
	0	Sim
	1	Não
	999	Não sabe/ Não informado
BH4	O (a) Sr (a) faz dieta para Hipertensão Arterial ou Pressão alta?	
	0	Sim

	3	Em outro lugar: _____
	999	Não sabe/ Não informado
BMH4.2	Este medicamento/remédio foi prescrito por um Médico que trabalha	
	0	Serviço público (SUS)
	1	Particular
	999	Não sabe/ Não informado
BMH4.3	O (a) Sr (a) encontrou este medicamento/remédio de forma gratuita nos últimos 30 dias no local de aquisição?	
	0	Sim
	1	Não
	999	Não sabe/ Não informado
BMH5	Além dos medicamento/remédios gratuitos adquiridos na ATFP ou RFM o Sr (a) usa outro medicamento/remédios para HAS. Se não avançar para a pergunta BD1	
	0	Sim
	1	Não
	999	Não sabe/ Não informado
Quais são esses medicamento/remédios?		
Após preencher os campos referentes aos medicamentos adquiridos gratuitamente, pular para pergunta BMH9		
BMH6	Medicamento/remédios 1: _____ Dosagem : _____ mg Posologia ____ / ____ / ____	
BMH6.1	Onde o Sr (a) adquire este medicamento/remédio?	
	0	Farmácia ou Drogeria Particular
	1	Demanda Judicial
	2	Ajuda social
	999	Não sabe/ Não informado
BMH7	Medicamento/remédios 2: _____ Dosagem : _____ mg Posologia ____ / ____ / ____	
BMH7.1	Onde o Sr (a) adquire este medicamento/remédio?	
	0	Farmácia ou Drogeria Particular
	1	Demanda Judicial
	2	Ajuda social
	999	Não sabe/ Não informado
BMH8	Medicamento/remédios 3: _____ Dosagem : _____ mg Posologia ____ / ____ / ____	
BMH8.1	Onde o Sr (a) adquire este medicamento/remédio?	

	0	Farmácia ou Drogeria Particular
	1	Demanda Judicial
	2	Ajuda social
	999	Não sabe/ Não informado
BMH9	Quantos reais o Sr (s) gastou com medicamentos/remédios para HAS nos últimos 30 dias?	
	0	R\$ _____,00 reais
	1	Não gastou nada
	999	Não sabe/ Não informado
Perguntas sobre Diabetes mellitus		
BD1	Alguma vez na vida um médico disse ao O Sr. (a) tem Diabetes mellitus/Glicose alta/açúcar no sangue?	
	0	Sim
	1	Não
	999	Não sabe/ Não informado
BD2	O (a) Sr (a) tem indicação/prescrição médica para usar algum remédio para a Diabetes mellitus/Glicose alta/açúcar no sangue ou insulinas?	
	0	Sim
	1	Não
	999	Não sabe/ Não informado
BD3	O(a) Sr (a) está tomando algum desses medicamentos/remédios para a Diabetes mellitus/Glicose alta/açúcar no sangue ou insulinas?? Se não avançar para a pergunta BS1	
	0	Sim
	1	Não
	999	Não sabe/ Não informado
BD4	O (a) Sr (a) faz dieta para Diabetes mellitus/Glicose alta/açúcar no sangue ?	
	0	Sim
	1	Não
	2	As vezes
	999	Não sabe/ Não informado
	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Irei fazer algumas perguntas sobre os medicamentos que o Sr (a) usa para Diabetes/Glicose. ✓ O Sr(a) sabe o nome ou tem uma receita dos remédios usados para Diabetes/Glicose para ajudar no preenchimento das perguntas. <p>*Após preencher os campos referentes a todos os medicamentos adquiridos gratuitamente, pular para pergunta BMD4</p>	
BMD1	Medicamento/remédio 1 - DM	

	Medicamento/remédio: _____ Dosagem : _____ mg Posologia ____/____/____	
BMD1.1	Onde conseguiu este medicamento/remédio pela última vez?	
	0	Farmacinha da Prefeitura (Unidade da Rede Farmácia de Todos/Minas)
	1	Farmácia Popular (Drogaria credenciada no Programa aqui tem Farmácia Popular)
	2	Adquirido em Drogaria/Farmácia comercial
	3	Em outro lugar: _____
999	Não sabe/ Não informado	
BMD1.2	Este medicamento/remédio foi prescrito por um Médico que trabalha?	
	0	Serviço público (SUS)
	1	Particular
999	Não sabe/ Não informado	
BMD1.3	O (a) Sr (a) encontrou este medicamento/remédio de forma gratuita nos últimos 30 dias no local de aquisição?	
	0	Sim
	1	Não
	999	Não sabe/ Não informado
BMD2	Medicamento/remédio 2- DM	
	Medicamento/remédio: _____ Dosagem : _____ mg Posologia ____/____/____	
BMD2.1	Onde conseguiu este medicamento/remédio pela última vez?	
	0	Farmacinha da Prefeitura (Unidade da Rede Farmácia de Todos/Minas)
	1	Farmácia Popular (Drogaria credenciada no Programa aqui tem Farmácia Popular)
	2	Adquirido em Drogaria/Farmácia comercial
	3	Em outro lugar: _____
999	Não sabe/ Não informado	
BMD2.2	Este medicamento/remédio foi prescrito por um Médico que trabalha?	
	0	Serviço público (SUS)
	1	Particular
999	Não sabe/ Não informado	
BMD2.3	O (a) Sr (a) encontrou este medicamento/remédio de forma gratuita nos últimos 30 dias no local de aquisição?	
	0	Sim
	1	Não

	0	Farmácia ou Drogeria Particular
	1	Demanda Judicial
	2	Ajuda social
	999	Não sabe/ Não informado
BMH7	Quantos reais o Sr (s) gastou com medicamento/remédios para HAS 30 dias?	
	0	R\$ _____,00 reais
	1	Não gastou nada
	999	Não sabe/ Não informado
BS1	Além do atendimento prestado pelo SUS, O Sr. (a) tem algum plano de saúde particular? Se <u>não</u> avançar para a pergunta BS3	
	0	Sim
	1	Não
	999	Não sabe/ Não informado
BS2	O seu plano de saúde particular paga ou fornece medicamento/remédios para Sr. (a)?	
	0	Sim
	1	Não
	999	Não sabe/ Não informado
BS3	O Sr. (a) considera os gastos com medicamento/remédios e insumos para o tratamento HAS e/ou DM uma prioridade em seu orçamento?	
	0	Sim
	1	Não
	999	Não sabe/ Não informado
As perguntas abaixo são sobre o (s) local (is) onde o Sr. retira seus medicamentos (Drogeria credenciada no Programa aqui tem Farmácia Popular)		
BS4	O Sr (a) considera o Programa de distribuição de medicamento/remédios gratuitos Aqui tem Farmácia Popular? Se não utiliza o Programa Farmácia Popular, pular para pergunta BS10	
	0	Ótimo
	1	Muito bom
	2	Bom
	3	Regular
	4	Péssimo
	999	Não sabe/ Não informado
BS5	Chegar neste local é: <i>*Ler as alternativas*</i>	
	0	Não e difícil

	1	Um pouco difícil
	2	Muito difícil
	999	Não sabe/ Não informado
BS6	Como o (a) Sr (a) vai até este lugar?	
	1	Caminha/a pé
	2	Ônibus/transporte coletivo
	3	Carro , moto ou barco
	888	Outros _____
	999	Não sabe/ Não informado
BS7	Este local e longe?	
	0	Sim
	1	Mais ou menos
	2	Não
	999	Não sabe/ Não informado
BS8	Quanto tempo o(a) Sr(a) costuma ficar esperando até ser atendido neste lugar?	
	0	Não espera
	1	Um pouco
	2	Muito tempo
	3	[_] Horas : [_] Minutos
	999	Não sabe/ Não informado
BS9	O horário de funcionamento é: <i>*Ler as alternativas*</i>	
	0	Ótimo
	1	Muito bom
	2	Bom
	3	Regular
	4	Péssimo
	999	Não sabe/ Não informado
As perguntas abaixo são sobre o (s) local (is) onde o Sr. retira seus medicamentos Farmacinha da Prefeitura (Unidade da Rede Farmácia de Todos/Minas)		
BS10	O Sr (a) considera o Programa de distribuição de medicamento/remédios gratuitos Rede Farmácia de Minas? Se não utiliza o Programa, ir para o próximo questionário.	
	0	Ótimo
	1	Muito bom
	2	Bom

	3	Regular
	4	Péssimo
	999	Não sabe/ Não informado
BS11	Chegar neste local é: <i>*Ler as alternativas*</i>	
	0	Não e difícil
	1	Um pouco difícil
	2	Muito difícil
	999	Não sabe/ Não informado
BS12	Como o (a) Sr (a) vai até este lugar?	
	1	Caminha/a pé
	2	Ônibus/transporte coletivo
	3	Carro , moto ou barco
	888	Outros _____
	999	Não sabe/ Não informado
BS13	Este local e longe?	
	0	Sim
	1	Mais ou menos
	2	Não
	999	Não sabe/ Não informado
BS14	Quanto tempo o(a) Sr(a) costuma ficar esperando até ser atendido neste lugar?	
	0	Não espera
	1	Um pouco
	2	Muito tempo
	3	_ Horas : _ _ Minutos
	999	Não sabe/ Não informado
BS15	O horário de funcionamento é: <i>*Ler as alternativas*</i>	
	0	Muito Bom
	1	Bom
	2	Regular
	3	Ruim
	4	Muito ruim
	999	Não sabe/ Não informado
Ir para o próximo questionário.		

APÊNDICE B – Manual de aplicação do questionário

ZEO JAIME LACEDA CHAVES



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE VIÇOSA - UFV
DEPARTAMENTO DE MEDICINA E ENFERMAGEM - DEM
MESTRADO PROFISSIONAL EM CIÊNCIAS DA SAÚDE**

Manual de Aplicação do Questionário:

**PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO E DE UTILIZAÇÃO DE MEDICAMENTOS DOS
HIPERTENSOS E/OU DIABÉTICOS EM UM MUNICÍPIO DE PEQUENO PORTE:
UMA ABORDAGEM TRANSVERSAL SOBRE PROGRAMAS PÚBLICOS DE
ACESSO A MEDICAMENTOS ESSENCIAIS**

Orientador: Prof. Dr. Luiz Sérgio Silva

Coorientadoras: Prof.^a Dr.^a Renata Cristina R. Macedo do
Nascimento

Prof. Dr.^a Silvia Almeida Cardoso

**Viçosa, Minas Gerais
2020**

1. Introdução

Este manual contém instruções para a aplicação do questionário da pesquisa: **Perfil sociodemográfico de hipertensos e/ou diabéticos usuários de programas públicos para acesso a medicamentos essenciais em município de pequeno porte: uma abordagem transversal**, e destina-se a orientar os pesquisadores para a precisão e homogeneidade na coleta de dados com vistas garantir maior fidedignidade para a pesquisa.

Para tanto, a compreensão da pesquisa e de seus objetivos, bem como o domínio do conteúdo do questionário são os instrumentos de que dispõe para o bom desempenho de suas atribuições. O êxito desta pesquisa depende, portanto, do trabalho do pesquisador, de sua consciência e da seriedade na observância das instruções contidas neste manual.

Na seção a seguir está disposto uma breve apresentação do projeto, os objetivos: geral e específicos, e uma descrição do trabalho de campo.

2. Apresentação do projeto

A pesquisa intitulada “**Perfil sociodemográfico de hipertensos e/ou diabéticos usuários de programas públicos para acesso a medicamentos essenciais em município de pequeno porte: uma abordagem transversal,**”, está sendo realizada pelo Programa de Pós Graduação, Mestrado Profissional em Ciências da Saúde, do departamento de Medicina e Enfermagem (DEM), da Universidade Federal de Viçosa (UFV), em parceria com a Secretaria Municipal de Saúde (SMS).

A equipe execução do projeto é constituída por um estudante/pesquisador e professores vinculados ao Programa de Pós-Graduação do DEM, uma docente da UFOP e outros colaboradores da SMS.

O objetivo geral do projeto é:

2.1 *Objetivo geral*

Descrever o perfil sociodemográfico, de utilização de medicamentos e serviços de saúde dos portadores de HAS e/ou DM que utilizam os programas públicos de acesso a medicamentos essenciais, em um município de pequeno porte.

2.2 *Objetivos Específicos*

- 1) Verificar o perfil sociodemográfico e de utilização de serviços de saúde dos portadores de HAS e/ou DM que utilizam os programas SNTP e RFM;
- 2) Caracterizar o perfil dos medicamentos utilizados para o tratamento de HAS e/ou DM;
- 3) Identificar as diferentes fontes de aquisição de medicamentos anti-hipertensivos e hipoglicemiantes pelos portadores de HAS e/ou DM; e
- 4) Investigar possíveis associações entre uso de medicamentos e características sociodemográficas dos usuários dos programas SNTP e RFM;

2.1 Trabalho de campo

O município selecionado para execução do projeto em um município de pequeno porte, situado na Zona da Mata de Minas Gerais, mediante assentimento da SMS.

As atividades serão desenvolvidas nas áreas rurais e urbanas do município. Para a busca ativa dos participantes previamente selecionados por meio de sorteio aleatório, os pesquisadores percorreram percurso pré-definido.

Para levantamento dos dados, será utilizada a associação o instrumento questionário estruturado elaborado pelo estudante/pesquisador

Antes de iniciar a aplicação do questionário, você deverá entregar o Termo de

Observação: O **ENTREVISTADOR** não pode influenciar as respostas do **ENTREVISTADO**, apenas leia as questões e repita se houver necessidade. As perguntas do questionário devem ser respondidas exatamente como os participantes responderam, dessa forma, garantiremos maior fidedignidade a pesquisa.

Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), em duas vias (uma para o pesquisador e outra para o paciente), conforme orientações abaixo.

2.2 Termo de consentimento livre e esclarecido – TCLE

Este documento é uma exigência ética, que contempla as normas da Resolução 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde, que regulamenta as pesquisas envolvendo seres humanos, que foi submetido à análise pelo Comitê de Ética em Pesquisas com Seres Humanos (CEP) da UFV.

Somente serão submetidos a responder o questionário os participantes selecionados(as) previamente na amostra, que atenderem os critérios de inclusão e que aceitarem participar do estudo, mediante assinatura do TCLE.

O TCLE garante a permissão do(a) participante para utilização de seus dados, assegurando-lhe a confidencialidade das informações obtidas, deverá ser apresentado e lido com o acompanhamento do participante, que deve receber uma cópia do mesmo, esclarecendo o objetivo da pesquisa e a forma de participação.

Ao final, perguntar ao participante sobre o seu entendimento, ou se existe alguma dúvida que deseje esclarecer. Pergunte se o mesmo aceita participar da pesquisa e o deixe à vontade para assinatura ou não do TCLE. Ressalte que se ele(a) não quiser responder a alguma pergunta ou mesmo todo o questionário ele(a) tem o direito.

O TCLE possui duas vias que devem ser preenchidas com o nome por extenso, endereço, data, local e assinatura do(a) participante e do(a) pesquisador(a); a 1ª via deve ser entregue ao participante e a 2ª via deve ficar com o(a) pesquisador(a).

TERMO DE CONSETIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO-TCLE
1ª via : do pesquisador – 2ª via :do entrevistado

IDENTIFICAÇÃO DO ENTREVISTADO (VOLUNTÁRIO)

Nome: _____

Telefone: _____

Endereço: _____

Eu, _____,

fui convidado (a) a participar como voluntário da pesquisa **“Perfil socioeconômico e fatores relativos à qualidade de vida dos portadores de hipertensão arterial sistêmica e/ou diabetes mellitus em um município de Minas Gerais: uma abordagem dos programas de acesso a medicamentos básicos Saúde Não Tem Preço e Rede Farmácia de Todos.**

Sabendo da possibilidade de existência de participantes analfabetos (as) ou incapazes de assinar o próprio nome, deve ser solicitada a sua impressão digital. Os pesquisadores devem locar consigo almofada de carimbo, a fim de colher assinatura por meio da impressão digital do polegar direito.

Em caso de dúvidas, posso entrar em contato também com a responsável pela pesquisa, Professor Luiz Sérgio Silva pelos telefones: (31) 3899-3916 e por e-mail: luissergios@ufv.br, ou o integrante da equipe de pesquisa Zeó Jaime Lacerda Chaves, pelo telefone (31)9 9561-1313 ou por e-mail: zeojaime@yahoo.com.br.

Viçosa, _____, _____ de 2019.

Entrevistado

Luiz Sérgio Silva
Pesquisador Responsável pelo Projeto.

Zeó Jaime Lacerda Chaves
Estudante de Mestrado Profissional em Ciências da Saúde.

3. Instruções para preenchimento do questionário de coleta de dados

3.1 Questionário estruturado

O questionário estruturado é constituído por perguntas fechadas, exceto aquelas relativas à utilização de medicamentos, e é composto por dois blocos de perguntas, sendo o primeiro bloco (Bloco A) referente às características socioeconômicas: data de nascimento, estado civil, sexo, renda, tipo de moradia, número de pessoas residentes no domicílio e escolaridade.

O segundo bloco (Bloco B) do questionário trás questões pertinentes à utilização de medicamentos e serviços de saúde: identificação e caracterização dos medicamentos prescritos para tratamento de hipertensão arterial e/ou diabetes mellitus; local de aquisição, gastos com medicamentos; utilização ou não de plano de saúde; interrupção do uso de algum medicamento; regularidade de uso nos últimos 30 dias; infraestrutura e horário de

atendimento, origem da prescrição e opinião sobre as políticas de distribuição de medicamentos.

O pesquisador fará a leitura das questões para o participante e, em seguida, oferecerá as opções de resposta, para que o participante responda de acordo com as opções disponíveis.

Em caso de dúvida por parte do usuário em relação a alguma pergunta, deve explicar novamente, até que o mesmo entenda e possa responder à questão proposta.

Bloco A – Características socioeconômicas

Data e Horários de início e fim da entrevista e Estratégia Saúde da Família (ESF): Anote a data, o horário de início e fim da entrevista, horas e minutos (HH/MM), assim como o Estratégia Saúde da Família (ESF) que o(a) participante está cadastrado.

Data: ____/____/2019	Início: ____:____	Término: ____:____
Local: _____	ESF: _____	Nº: _____

QUESTIONÁRIO ESTRUTURADO

Bloco A: Características Socioeconômicas	
A1	Em que dia, mês e ano o Sr. (a) nasceu?
	0 Dia: ____ Mês: ____ Ano: ____
	999 Não sabe/ Não informado
A2	Sexo: (Marcar sem perguntar!)
	0 Mulher
	1 Homem
	999 Não sabe/ Não informado
A3	No que diz respeito a sua cor ou raça o Sr. (a) se considera:
	0 Branco
	1 Preto
	2 Amarelo
	3 Pardo
	4 Indígena
	999 Não sabe/ Não informado

A1: Data de nascimento - anote a data de nascimento, iniciando pelo dia, depois mês e por fim ano, lembrando que o ano deverá ser assinalado por 4 dígitos e dia e mês com dois dígitos. Exemplo: O participante nasceu em 05 de julho de 1986, deve-se preencher 05/07/1986. Se houver dificuldade de entendimento dizer que se trata do dia que nasceu ou a data de aniversário.

- Se o(a) participante não souber a data exata, assinale 999. Por exemplo: diz que nasceu em abril de 1980, mas não sabe o dia: 999/04/1980.

A2: Sexo - Assinale masculino se homem ou feminino se mulher.

A3: Raça ou cor - Raça ou cor, e uma característica que deve ser autodeclarada, conforme *Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE²)*. Nesta questão, deve-se apresentar as opções para o(a) participante. O(a) mesmo(a) deve responder a opção em que se enquadra (BRANCO, PRETO, PARDO, AMARELO, INDÍGENA, ALBINO).

- PARDA inclui: morena, mulata, cabocla, cafuza, mameluca, mestiça.
- AMARELA corresponde: origem japonesa, chinesa, coreana.
- INDÍGENA corresponde a pessoas que residem em comunidades indígenas e pertencem a alguma etnia.

A4: O Sr. (a) mora em - Após a leitura da pergunta, selecionar, dentre as opções disponíveis, a que corresponde aonde o(a) participante reside, de acordo com a informação fornecida por ele(a).

- Se o(a) participante não souber ou não quiser informar assinale a opção 999.

A5: Sua casa está localizada em área - Selecionar, dentre as opções disponíveis, a que corresponde aonde está localizada a casa do(a) participante.

- Rural: também poderá utilizar expressão “roça”
- Urbana: também poderá utilizar expressão “rua”
- Se o(a) participante não souber ou não quiser informar assinale a opção 999.

A6: Estado Civil - O estado civil corresponde e uma característica que deve ser autodeclarada. Nesta questão, deve-se apresentar as opções para o(a) paciente.

²Fonte: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaoodevida/indicadoresminimos/conceitos.shtm>.

- Se o(a) participante não souber ou não quiser informar assinale a opção 999.

A7: Com quem mora - Após a leitura da pergunta, selecionar, dentre as opções disponíveis, a que corresponde com quem o(a) participante reside atualmente. Pode ser preenchida mais de uma opção.

- Se o(a) participante não souber ou não quiser informar assinale a opção 999.

A8: Escolaridade - Preencher o número de anos completos de estudo que o participante informar.

- Se o(a) participante não souber ou não quiser informar assinale a opção 999.

A9: Renda- Renda exclusiva do entrevistado.

- Se o(a) participante não souber ou não quiser informar assinale a opção 999.

A10: Renda Familiar – Somatório da renda de todos os moradores da residência.

- Se o(a) participante não souber ou não quiser informar assinale a opção 999.

A11: Quantas pessoas contribuem para a obtenção dessa renda familiar – Marcar quantas pessoas contribuem para renda familiar mensal no domicílio.

- Se o(a) participante não souber ou não quiser informar assinale a opção 999.

A12: Quantas pessoas vivem/dependem com essa renda - Marcar quantas pessoas no domicílio dependem da renda familiar.

- Se o(a) participante não souber ou não quiser informar assinale a opção 999.

Bloco B - Uso de medicamentos/remédios e serviços de saúde

BH1 a BH4: Os itens BH1 a BH4 são perguntas sobre a Hipertensão Arterial Sistêmica³ (HAS) autorreferida. - Após a leitura da pergunta, selecionar, dentre as opções disponíveis, a que o(a) participante responder.

- Se o(a) participante não souber ou não quiser informar assinale a opção 999.

³Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) ou pressão alta é uma doença caracterizada pela elevação dos níveis tensionais no sangue.

Bloco B: Uso de medicamento/remédios e serviços de saúde:		
BH1	Em alguma consulta um médico disse que o (a) Sr (a) tem Hipertensão Arterial ou Pressão alta.	
	0	Sim
	1	Não
	999	Não sabe/ Não informado
BH2	O (a) Sr (a) tem prescrição ou receita médica para algum medicamento/remédios para o tratamento da Hipertensão Arterial ou Pressão alta?	
	0	Sim
	1	Não
	999	Não sabe/ Não informado
BH3	O (a) Sr (a) está tomando algum medicamento/remédios para o tratamento da Hipertensão Arterial ou Pressão alta? Se não avançar para a pergunta BD1	
	0	Sim
	1	Não
	999	Não sabe/ Não informado
BH4	O (a) Sr (a) faz dieta para Hipertensão Arterial ou Pressão alta?	
	0	Sim
	1	Não
	2	Às Vezes
	999	Não sabe/ Não informado

BMH1 a BMH4: Observe as orientações e preencha as informações sobre medicamentos para o tratamento da Hipertensão/Pressão alta.

- Para cada medicamento/remédio para HAS utilizado pelo(a) participante anotar o nome, a dosagem em miligrama (mg) e posologia⁴.

BMH1	Medicamento/remédio 1 – HAS
	Medicamento/remédio: _____ Dosagem : _____ mg Posologia ____ / ____ / ____

pular para pergunta BMH5	
	<p style="text-align: right; color: red;">No Campo posologia, cada espaço corresponde ao horário do dia (Manhã, tarde e noite): Exemplo: Captopril 25 mg 1 comprimido de 12/12 horas ou 1 comprimido de manhã e a noite.</p> <p style="text-align: center; color: red;">Hipertensão →</p>
BMH1	<p style="text-align: center;">Medicamento/remédio 1 – HAS</p> <p>Medicamento /remédio : Captopril Dosagem : 25 mg Posologia 1 / 0 / 1</p> <p style="text-align: center; color: red;">Horário e quantidade do medicamento ↗</p>

⁴ Posologia: compreende a quantidade (dose) de um medicamento (por ex.: 1 comprimido Captopril de 25 mg) que deve ser fornecida a um paciente por determinada técnica (por ex.: via oral), com intervalo de tempo constante (por ex.: a cada 12 horas).

BMH5	Além dos medicamento/remédios gratuitos adquiridos na ATEP ou RFM o Sr (a) usa outro medicamento/remédios para HAS. Se não avançar para a pergunta BD1	
	0	Sim
	1	Não
	999	Não sabe/ Não informado
Quais são esses medicamento/remédios?		
Após preencher os campos referentes aos medicamentos adquiridos gratuitamente, pular para pergunta BMH9		
BMH6	Medicamento/remédios 1: _____ Dosagem : _____ mg Posologia ____ / ____ / ____	
BMH6.1	Onde o Sr (a) adquire este medicamento/remédio?	
	0	Farmácia ou Drogeria Particular
	1	Demanda Judicial
	2	Ajuda social
999	Não sabe/ Não informado	
BMH7	Medicamento/remédios 2: _____ Dosagem : _____ mg Posologia ____ / ____ / ____	
BMH7.1	Onde o Sr (a) adquire este medicamento/remédio?	
	0	Farmácia ou Drogeria Particular
	1	Demanda Judicial
	2	Ajuda social
999	Não sabe/ Não informado	
BMH8	Medicamento/remédios 3: _____ Dosagem : _____ mg Posologia ____ / ____ / ____	
BMH8.1	Onde o Sr (a) adquire este medicamento/remédio?	

BD1 a BD4: Os itens BD1 a BD4 são perguntas sobre a Diabetes Mellitus⁵ (DM). - Após a leitura da pergunta, selecionar, dentre as opções disponíveis, a que o(a) participante responder.

Se o(a) participante não souber ou não quiser informar assinala a opção 999.

Perguntas sobre Diabetes mellitus	
BD1	Alguma vez na vida um médico disse ao O Sr. (a) tem Diabetes mellitus/Glicose alta/açúcar no sangue?
0	Sim
1	Não
999	Não sabe/ Não informado

⁵ Diabetes mellitus (DM) refere-se a um transtorno metabólico de etiologias heterogêneas, caracterizado por hiperglicemia e distúrbios no metabolismo de carboidratos, proteínas e gorduras, resultantes de defeitos da secreção e/ou da ação da insulina.

	Medicamento/remédio: _____	
	Dosagem : _____ mg	Posologia ___ / ___ / ___
BMD1.1	Onde conseguiu este medicamento/remédio pela última vez?	
	0	Farmacinha da Prefeitura (Unidade da Rede Farmácia de Todos/Minas)
	1	Farmácia Popular (Drogaria credenciada no Programa aqui tem Farmácia Popular)
	2	Adquirido em Drogaria/Farmácia comercial
	3	Em outro lugar: _____
	999	Não sabe/ Não informado
BMD1.2	Este medicamento/remédio foi prescrito por um Médico que trabalha?	
	0	Serviço público (SUS)
	1	Particular
	999	Não sabe/ Não informado
BMD1.3	O (a) Sr (a) encontrou este medicamento/remédio de forma gratuita nos últimos 30 dias no local de aquisição?	
	0	Sim
	1	Não
	999	Não sabe/ Não informado
BMD2	Medicamento/remédio 2- DM	
	Medicamento/remédio: _____	
	Dosagem : _____ mg	Posologia ___ / ___ / ___
BMD2.1	Onde conseguiu este medicamento/remédio pela última vez?	
	0	Farmacinha da Prefeitura (Unidade da Rede Farmácia de Todos/Minas)
	1	Farmácia Popular (Drogaria credenciada no Programa aqui tem Farmácia Popular)
	2	Adquirido em Drogaria/Farmácia comercial
	3	Em outro lugar: _____
	999	Não sabe/ Não informado
BMD2.2	Este medicamento/remédio foi prescrito por um Médico que trabalha?	
	0	Serviço público (SUS)
	1	Particular
	999	Não sabe/ Não informado
BMD2.3	O (a) Sr (a) encontrou este medicamento/remédio de forma gratuita nos últimos 30 dias no local de aquisição?	
	0	Sim
	1	Não

- Existem 3 (três) campos para informações referentes aos medicamentos adquiridos de maneira gratuita junto a Farmacinha da Prefeitura (Unidade da Rede Farmácia de Todos/Minas) ou Farmácia Popular (Drogaria credenciada no Programa aqui tem Farmácia Popular). Preencher quantos forem necessários.

BS1 a BS3: Os itens BS1 a BS3 são perguntas sobre plano de saúde e gastos com medicamento. Após a leitura da pergunta, selecionar, dentre as opções disponíveis, a que o(a) participante responder.

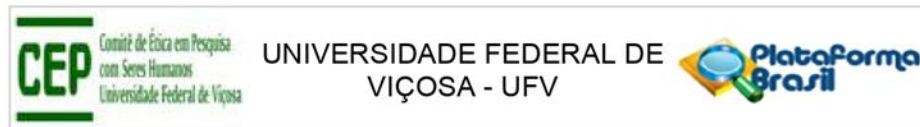
- Se o(a) participante não souber ou não quiser informar assinale a opção 999.

BS4 a BS9: Os itens BS4 a BS9 são perguntas sobre o local onde o participante retira os medicamentos – DROGARIA CREDENCIADA NO PROGRAMA AQUI TEM FARMÁCIA POPULAR.

BS10 a BS15: Os itens BS4 a BS9 são perguntas sobre o local onde o participante retira os medicamentos – FARMACINHA DA PREFEITURA (UNIDADE DA REDE FARMÁCIA DE TODOS/MINAS).

- Após a leitura da pergunta, selecionar, dentre as opções disponíveis, a que o(a) participante responder.
- Se o(a) participante não souber ou não quiser informar assinale a opção 999.
- Caso o(a) participante retire seus medicamentos **somente** DROGARIA CREDENCIADA NO PROGRAMA AQUI TEM FARMÁCIA POPULAR, aplicar o bloco de perguntas (**BS4 a BS9**).
- Caso o(a) participante retire seus medicamentos **somente** FARMACINHA DA PREFEITURA (UNIDADE DA REDE FARMÁCIA DE TODOS/MINAS), aplicar o bloco de perguntas (**BS10 a BS15**).
- Caso o(a) participante retire seus medicamentos **somente** FARMACINHA DA PREFEITURA (UNIDADE DA REDE FARMÁCIA DE TODOS/MINAS), aplicar o bloco de perguntas (**BS10 a BS15**).
- Caso o(a) participante retire seus medicamentos **em ambos os lugares**, DROGARIA CREDENCIADA NO PROGRAMA AQUI TEM FARMÁCIA POPULAR e FARMACINHA DA PREFEITURA (UNIDADE DA REDE FARMÁCIA DE TODOS/MINAS), aplicar o bloco de perguntas (**BS4 a BS15**).

ANEXO A – Aprovação do projeto pelo CEP - UFV



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: PERFIL SOCIOECONÔMICO E FATORES RELATIVOS À CONDIÇÃO DE SAÚDE E QUALIDADE DE VIDA DOS USUÁRIOS PORTADORES DE HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA E/OU DIABETES MELLITUS QUE UTILIZAM OS PROGRAMAS SAÚDE NÃO TEM PREÇO E REDE FARMÁCIA DE TODOS EM CINCO MUNICÍPIOS DAS MICRORREGIÕES DE SAÚDE DE PONTE NOVA E

Pesquisador: LUIZ SÉRGIO SILVA

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 02280118.2.0000.5153

Instituição Proponente: Departamento de Medicina e Enfermagem

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.189.435

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um projeto da área de Ciências da Saúde.

Objetivo da Pesquisa:

De acordo com formulário online: "Objetivo Primário: Descrever o perfil socioeconômico dos usuários portadores de hipertensão arterial e/ou diabetes mellitus que utilizam os programas de acesso a medicamentos básicos, Saúde Não Tem Preço e Rede Farmácia de Todos, nas unidades dos municípios adscritos na Microrregiões de Saúde de Ponte Nova e Viçosa.

Objetivo Secundário: 1) Avaliar a prevalência de população portadora de hipertensão arterial e/ou diabetes mellitus atendida pelos programas Saúde Não Tem Preço e Rede Farmácia de Todos; 2) Investigar a associação entre uso de medicamentos anti-hipertensivos e hipoglicemiantes orais e insulinas e as características socioeconômicas dos usuários dos programas Saúde Não Tem Preço e Rede Farmácia de Todos; 3) Comparar o perfil socioeconômico dos usuários portadores de hipertensão arterial e/ou diabetes mellitus atendidos pelos programas Saúde Não Tem Preço e Rede Farmácia de Todos; 4) Identificar as diferentes fontes de aquisição isoladas ou em associação de medicamentos anti-hipertensivos e hipoglicemiantes orais e insulinas; 5) Demonstrar quais

Endereço: Universidade Federal de Viçosa, Avenida PH Rolfs s/n, Edifício Arthur Bernardes
Bairro: Campus Universitário **CEP:** 36.570-900
UF: MG **Município:** VICOSA
Telefone: (31)3899-2492 **E-mail:** cep@ufv.br



Continuação do Parecer: 3.189.435

medicamentos anti-hipertensivos e antidiabéticos são mais utilizados/consumidos"

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

De acordo com formulário online: "Riscos: Os riscos envolvidos nessa pesquisa referem-se ao constrangimento por parte dos entrevistados ao responderem alguma pergunta do questionário. Contudo, no TCLE, estará explícito que o participante da pesquisa poderá se recusar a responder a uma pergunta, um conjunto de perguntas, ou até mesmo a todo o questionário, sem necessidade de justificativa e sem que haja qualquer mudança na forma como é tratado pelos pesquisadores. É relatado também que, no caso de algum dano decorrente da pesquisa, o sujeito da pesquisa terá direito à indenização. Relata-se ainda que o mesmo não receberá nenhum tipo de remuneração pela participação na pesquisa.

Benefícios: Os benefícios incluem um maior conhecimento do perfil dos usuários dos programas de acesso a medicamentos dos programas Saúde Não Tem Preço e Rede Farmácia de Todos nos municípios, com vistas a atender de forma mais eficaz seus usuários hipertensos e diabéticos."

Avaliação: Riscos e benefício adequadamente descritos

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Os participantes serão submetidos a questionários semiestruturados que serão aplicados em suas residências. As visitas domiciliares serão agendadas em parceria com as ESFs.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

O pesquisador apresenta:

- Folha de rosto
- Formulário online
- Autorização do responsável legal das instituições envolvidas
- Questionário
- Projeto
- TCLE
- Cronograma

Considerações sobre os termos: adequadamente descritos.

Recomendações:

Quando da coleta de dados, o TCLE deve ser elaborado em duas vias, rubricado em todas as suas páginas e assinado, ao seu término, pelo convidado a participar da pesquisa ou responsável legal, bem como pelo pesquisador responsável, ou pessoa(s) por ele delegada(s), devendo todas as assinaturas constar na mesma folha.

Endereço: Universidade Federal de Viçosa, Avenida PH Rolfs s/n, Edifício Arthur Bernardes
Bairro: Campus Universitário **CEP:** 36.570-900
UF: MG **Município:** VICOSA
Telefone: (31)3899-2492 **E-mail:** cep@ufv.br



Continuação do Parecer: 3.189.435

Não é necessário apresentar os TCLEs assinados ao CEP/UFV. Uma via deve ser mantida em arquivo pelo pesquisador e a outra é do participante da pesquisa. Quando da coleta de dados, o TCLE deve ser elaborado em duas vias, rubricado em todas as suas páginas e assinado, ao seu término, pelo convidado a participar da pesquisa ou responsável legal, bem como pelo pesquisador responsável, ou pessoa(s) por ele delegada(s), devendo todas as assinaturas constar na mesma folha.

Não é necessário apresentar os TCLEs assinados ao CEP/UFV. Uma via deve ser mantida em arquivo pelo pesquisador e a outra é do participante da pesquisa.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Projeto aprovado.

Considerações Finais a critério do CEP:

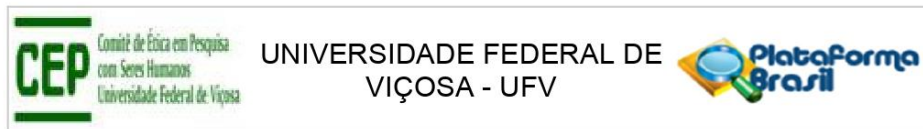
Ao término da pesquisa é necessário apresentar, via notificação, o Relatório Final (modelo disponível no site www.cep.ufv.br). Após ser emitido o Parecer Consubstanciado de aprovação do Relatório Final, deve ser encaminhado, via notificação, o Comunicado de Término dos Estudos para encerramento de todo o protocolo na Plataforma Brasil.

Projeto aprovado autorizando o início da coleta de dados com os seres humanos a partir da data de emissão deste parecer.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1242827.pdf	11/01/2019 16:49:13		Aceito
Outros	Carta_Resposta_as_pendencias_.pdf	11/01/2019 16:47:21	ZEO JAIME LACERDA CHAVES	Aceito
Outros	Autorizacao_modificado.pdf	11/01/2019 16:44:48	ZEO JAIME LACERDA CHAVES	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_modificado.pdf	11/01/2019 16:42:35	ZEO JAIME LACERDA CHAVES	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_Rosto_c.pdf	30/10/2018 12:34:31	ZEO JAIME LACERDA CHAVES	Aceito
Outros	Resumo.pdf	22/10/2018 22:25:33	ZEO JAIME LACERDA CHAVES	Aceito

Endereço: Universidade Federal de Viçosa, Avenida PH Rolfs s/n, Edifício Arthur Bernardes
Bairro: Campus Universitário **CEP:** 36.570-900
UF: MG **Município:** VICOSA
Telefone: (31)3899-2492 **E-mail:** cep@ufv.br



Continuação do Parecer: 3.189.435

Outros	Questionario.pdf	22/10/2018 22:24:56	ZEO JAIME LACERDA CHAVES	Aceito
Outros	Autorizacao.pdf	22/10/2018 22:20:51	ZEO JAIME LACERDA CHAVES	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto.pdf	22/10/2018 22:15:46	ZEO JAIME LACERDA CHAVES	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	22/10/2018 22:13:47	ZEO JAIME LACERDA CHAVES	Aceito
Orçamento	Orcamento.pdf	22/10/2018 22:13:05	ZEO JAIME LACERDA CHAVES	Aceito
Cronograma	Cronograma.pdf	22/10/2018 22:12:27	ZEO JAIME LACERDA CHAVES	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não


VICOSA, 11 de Março de 2019


Assinado por:


**Maria da Conceição Aparecida Pereira Zolnier
(Coordenador(a))**

Endereço: Universidade Federal de Viçosa, Avenida PH Rolfs s/n, Edifício Arthur Bernardes
Bairro: Campus Universitário **CEP:** 36.570-900
UF: MG **Município:** VICOSA
Telefone: (31)3899-2492 **E-mail:** cep@ufv.br


ANEXO B – Comprovante de submissão do artigo

 Arquivos Brasileiros de Cardiologia

 Home

 Author

Submission Confirmation

 Print

Thank you for your submission

Submitted to
Arquivos Brasileiros de Cardiologia

Manuscript ID
ABC-2020-0857

Title
PROGRAMAS PÚBLICOS PARA ACESSO A MEDICAMENTOS ESSENCIAIS EM MUNICÍPIO DE PEQUENO PORTE: UMA ANÁLISE TRANSVERSAL

Authors
Lacerda Chaves, Zeó Jaime
Sérgio Silva, Luiz
Cristina Rezende Macedo do Nascimento, Renata

Date Submitted
01-Aug-2020

[Author Dashboard](#)