

**Ministério da Saúde
Fundação Oswaldo Cruz
Instituto René Rachou
Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva**

**GASTOS PRIVADOS COM MEDICAMENTOS ENTRE USUÁRIOS DA
ATENÇÃO BÁSICA**

Jéssica de Castro Alves

Belo Horizonte

2022

TESE D-IRR

J.C. ALVES

2022

JÉSSICA DE CASTRO ALVES

**GASTOS PRIVADOS COM MEDICAMENTOS ENTRE USUÁRIOS DA ATENÇÃO
BÁSICA**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva do Instituto René Rachou, como requisito parcial para obtenção do Título de Doutor em Saúde Coletiva

Orientação: Prof. Dr^a. Tatiana Chama Borges Luz

Belo Horizonte

2022

Catálogo-na-fonte
Rede de Bibliotecas da FIOCRUZ
Biblioteca do IRR
CRB 6 3740/00

A474g
2022

Alves, Jéssica Castro

Gastos privados com medicamentos entre usuários da atenção básica / Jéssica Castro Alves. – Belo Horizonte, 2022

XIV, 77 f, . il.; 210 x 297mm.

Bibliografia: f. 65-73

Tese (Doutorado) – Tese para Obtenção do Título de Doutor em Saúde Coletiva pelo Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva do Instituto René Rachou.

1. Honorários por Prescrição de Medicamentos 2. Assistência Farmacêutica 3. Sistema Único de Saúde 4. Medicamentos para a Atenção Básica I. Título. II. Luz, Tatiana Chama Borges (Orientação).

CDD – 22. ed. – 353.9

JÉSSICA DE CASTRO ALVES

**GASTOS PRIVADOS COM MEDICAMENTOS ENTRE USUÁRIOS DA ATENÇÃO
BÁSICA**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva do Instituto René Rachou, como requisito parcial para obtenção do Título de Doutor em Saúde Coletiva

Banca Examinadora:

Prof. Dra. Tatiana Borges Chama Luz (IRR) - Presidente

Prof. Dr. Sérgio William Viana Peixoto (IRR) - Titular

Prof. Dra. Cristiane Aparecida Menezes de Pádua (UFMG) - Titular

Prof. Dra. Ana Paula Soares Gondim (UFC) - Titular

Prof. Dra. Delba Fonseca Santos (UFVJM) – Titular

Prof. Dra. Betânia Barros Cota (IRR) - Suplente

Tese defendida e aprovada em Belo Horizonte, 28/03/2022

AGRADECIMENTOS

À Fundação Oswaldo Cruz, ao Instituto René Rachou (IRR) e ao Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva pela oportunidade ofertada;

À Professora Tatiana Luz, pela orientação, apoio e confiança, que contribuíram para que este trabalho fosse possível;

Aos meus pais, pelo amor, incentivo e apoio incondicional;

Aos amigos do IRR que fizeram parte dessa jornada;

A Lorena, pela ajuda e amizade;

Ao Thiago pelo carinho, paciência e apoio em todas as etapas;

A todos que direta ou indiretamente fizeram parte da minha formação, o meu muito obrigada.

Este estudo foi financiado por bolsas da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz/PAPES VII, Bolsa nº 401792/2015-3) e da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Minas Gerais (Universal Fapemig, Bolsa nº APQ-01656-16).

RESUMO

O gasto privado com medicamentos (GPM) impacta os usuários de saúde ao redor do mundo. Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), os medicamentos são responsáveis pela maioria dos gastos em saúde e a principal causa de empobrecimento das famílias. No Brasil, apesar da existência de políticas públicas farmacêuticas para garantia do acesso a medicamentos essenciais, ainda há uma alta ocorrência de GPM. A necessidade de GPM podem levar a um comprometimento da renda familiar e até a uma subutilização de medicamentos por motivos financeiros, acarretando em insucesso terapêutico e aumento dos gastos públicos e privados em saúde. Há uma carência na literatura de estudos que analisem os GPM entre usuários do Sistema Único de Saúde (SUS), principalmente no contexto da Atenção Básica à Saúde (ABS). Nesse sentido, o objetivo dessa tese foi caracterizar os GPM entre pacientes da ABS, bem como determinar a prevalência e os fatores associados a esses gastos.

O estudo faz parte do Projeto Prover, um estudo transversal realizado em 2017 em uma cidade de grande porte (população 234.937) no Estado de Minas Gerais, Brasil. Foi selecionada uma amostra representativa de pacientes (n=1221) de todos os serviços farmacêuticos baseados na ABS do município. Três componentes dos GPM foram avaliados: a prevalência geral, os tipos de medicamentos adquiridos (medicamentos para tratamento de doenças crônicas, medicamentos para tratamento de doenças agudas ou fitoterápicos) e medicamentos adquiridos segundo sua cobertura pelo SUS. Os fatores associados aos GPM foram examinados aplicando o modelo comportamental de Andersen de uso de serviços de saúde combinado com o modelo de vizinhança de Mohnen et al. Os dados foram analisados por meio de estatística descritiva e regressão logística.

A prevalência geral de GPM foi de 77%. A maioria dos pacientes que tiveram GPM adquiriu medicamentos para tratar doenças crônicas (94%). Além disso, esses pacientes adquiriram medicamentos cobertos pelo SUS, mas que estavam em falta nas farmácias públicas (85%). Os GPM foram associados a fatores capacitantes, como maior renda pessoal (OR=1,92; IC 95%:1,02-3,62), possuir plano de saúde (OR=1,40; IC 95%:1,01-1,95) e maior confiança na vizinhança (OR=1,34; IC95%:1,01-

1,79), e a fatores de necessidade, ou seja, pior percepção de saúde (OR=1,63; IC95%:1,20-2,21), múltiplas comorbidades (OR=1,70; IC95%:1,18-2,46) e maior número de medicamentos prescritos (OR=2,84; IC95%:1,90-4,26).

Os resultados revelam uma alta prevalência de GPM entre usuários do SUS. Esses achados contribuem para o planejamento e implementação de intervenções necessárias para proteger os pacientes da atenção básica desse ônus financeiro, principalmente a população mais vulnerável.

Palavras-chave: Gastos Privados com Medicamentos; Assistência Farmacêutica, Sistema Único de Saúde, Atenção Básica à Saúde

ABSTRACT

Out-of-pocket pharmaceutical expenditure (OOPPE) impacts healthcare users around the world. According to the World Health Organization (WHO), medicines are responsible for the majority of health expenditures and the main cause of impoverishment of families. In Brazil, despite the existence of public pharmaceutical policies to guarantee access to essential medicines, there is still a high occurrence of OOPPE. The need for OOPPE can lead to a compromise in family income and even to an underutilization of medicines for financial reasons, resulting in therapeutic failure and increased public and private health expenditures. There is a lack in the literature of studies that analyze the GPM among users of the Unified Health System (SUS), especially in the context of Primary Health Care (PHC). In this sense, the objective of this thesis was to characterize OOPPE among PHC patients, as well as to determine the prevalence and factors associated with these expenses.

The study is part of the Prover Project, an exit survey carried out in 2017 in a large city (population 234,937) in Minas Gerais State, Brazil. A representative sample of patients (n=1219) from pharmaceutical services based on PHC was selected. Three components of OOPPE were assessed: the general prevalence, the types of medicines purchased (medicines for the treatment of chronic diseases, medicines for the treatment of acute diseases or herbal medicines) and coverage by the National Health System (SUS). The factors associated with OOPPE were examined applying a modified Andersen's behavioral model of health services use. Data were analyzed using descriptive statistics and logistic regression.

The overall prevalence of OOPPE was 77%. Most patients who had OOPPE purchased medicines to treat chronic diseases (94%). In addition, these patients purchased medicines covered by public insurance but were out-of-stock (85%). OOPPE was associated with enabling factors, such as higher personal income (OR=1.92; 95%CI:1.02-3.62), holding health insurance (OR=1.40; 95%CI:1.01-1.95) and higher neighborhood trust (OR=1.34; 95%CI:1.01-1.79), and with need factors, that is, poorer perception of health (OR=1.63; 95%CI:1.20-2.21), multiple comorbidities (OR=1.70; 95%CI:1.18-2.46), and higher number of prescribed medicines (OR=2.84; 95%CI:1.90-4.26).

We found a high prevalence of OOPPE, identifying individuals more likely to incur these expenses. These findings are useful to inform policymakers from the healthcare system to plan and implement the needed interventions to protect primary care patients from this financial burden.

Key-words: Out-of-pocket pharmaceutical expenditure; Pharmaceutical Services; Unified Health System; Primary Health Care

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Processo de coleta da variável “Gastos Privados com medicamentos”....	36
Figura 2 – Determinantes do uso dos serviços de saúde segundo Andersen e Newman (1973)	42
Figura 3 - Parcela de participantes com GPM por cobertura do sistema público.....	53
Figura 4 – Parcela de participantes com GPM por tipo de medicamento adquirido.....	53

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Estudos de abrangência nacional sobre Gastos Privados com Medicamentos (GPM).....	25
Quadro 2 – Indicadores referentes aos GPM.....	39
Quadro 3 – Fatores Predisponentes e suas Categorizações	45
Quadro 4 – Fatores Capacitantes e suas Categorizações	46
Quadro 5 – Fatores de Necessidade e suas Categorizações	48

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Número de indivíduos estimados para participar da pesquisa, de acordo com as unidades dispensadoras.....	34
Tabela 2 – Características dos pacientes da atenção primária à saúde (n=1.219). Fatores predisponentes. Projeto Prover, 2017.....	50
Tabela 3 – Características dos pacientes da atenção primária à saúde (n=1.219). Fatores capacitantes. Projeto Prover, 2017.....	51
Tabela 4 – Características dos pacientes da atenção primária à saúde (n=1.219). Fatores de necessidade. Projeto Prover, 2017.....	52
Tabela 5 – Associação bivariada entre fatores predisponentes e GPM. Prover, Minas Gerais, Brasil, 2017.....	54
Tabela 6 – Associação bivariada entre fatores capacitantes e GPM. Prover, Minas Gerais, Brasil, 2017.....	55
Tabela 7 – Associação bivariada entre fatores de necessidade e GPM. Prover, Minas Gerais, Brasil, 2017.....	56
Tabela 8 - Análise de regressão logística dos fatores associados aos GPM (n=1,219); Projeto Prover, 2017.....	57

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB – Atenção Básica

ABS – Atenção Básica à Saúde

AF – Assistência Farmacêutica

DCNT – Doenças Crônicas não Transmissíveis

CS – Capital Social

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

GPM – Gasto Privado com Medicamentos

OCDE - Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico

OMS – Organização Mundial de Saúde

OR – Odds Ratio

MS – Ministério da Saúde

PMS – Pesquisa Mundial de Saúde

PNAUM - Pesquisa Nacional sobre Acesso, Utilização e Promoção do Uso Racional no Brasil

PNM – Política Nacional de Medicamentos

REMUME – Relação Municipal de Medicamentos Essenciais

RENAME - Relação Nacional de Medicamentos Essenciais

RESME – Relação Estadual de Medicamentos Essenciais

SUS – Sistema Único de Saúde

APRESENTAÇÃO

O projeto “Gastos privados com medicamentos entre usuários da atenção básica” integra o portfólio de pesquisas realizadas pelo Grupo de Estudos Transdisciplinares em Tecnologias em Saúde e Ambiente - GETESA do Instituto René Rachou, Fundação Osvaldo Cruz em Minas Gerais (GETESA/IRR/FIOCRUZ-MG).

O GETESA, antigo LAESA – Laboratório de Educação em Saúde e Ambiente foi criado em 1999, pela pesquisadora Virgínia Schall, responsável pelo delineamento de vários estudos nas temáticas das doenças tropicais negligenciadas, doenças infecciosas e crônicas, além de pesquisas na área de saúde sexual e reprodutiva de adolescentes e estudos de gênero, em especial, a saúde do homem. Atualmente, a liderança do grupo está a cargo da pesquisadora Tatiana Luz, responsável pela introdução de abordagens teórico-metodológicas qualitativas e quantitativas para o estudo e avaliação dos sistemas de saúde, nas perspectivas da gestão, da implementação, monitoramento e avaliação das políticas e de programas e serviços de saúde, dos recursos humanos, capacitação e processos de trabalho e da promoção da saúde. Além disso, nas pesquisas realizadas pelo GETESA considera-se também a perspectiva da população usuária do SUS, sua situação e necessidades de saúde, bem como seus determinantes biopsicossociais e ambientais. O eixo estruturante dos principais projetos do grupo são as tecnologias em saúde – em especial os medicamentos –, em virtude de seu papel na Saúde, com demanda e custos crescentes no mundo.

Dentre os projetos do grupo, destaca-se o Projeto Prover que contou com o financiamento da FAPEMIG (Universal/2016, Processo APQ-01656-16) e da Fiocruz/CNPq (Edital Papes VII, Processo 401792/20153). O Projeto Prover é um inquérito epidemiológico com os usuários da Atenção Básica, para, entre outros objetivos, avaliar o provimento de medicamentos, a prescrição, a dispensação e o nível de conhecimento dos pacientes em relação a sua farmacoterapia.

Para entender os pontos de fragilidade do sistema de saúde, principalmente no que se refere à Assistência Farmacêutica e ao uso dos medicamentos pelos pacientes, esse trabalho estimou o gasto privado com medicamentos na perspectiva dos pacientes e os seus fatores associados. Recomenda-se que seus resultados

sejam incorporados no planejamento e no desenvolvimento de ações que favoreçam a gestão da Assistência Farmacêutica, embasada na ótica da integralidade e no uso racional e custo-efetivo dos medicamentos.

Essa tese apresenta o projeto “Gastos privados com medicamentos entre usuários da atenção básica” que faz parte do Projeto Prover. Almeja-se que os resultados sirvam como fontes de informações para o enfoque de políticas públicas que melhorem o acesso aos medicamentos, garantindo assim um dos princípios doutrinários do SUS: a equidade.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	15
2 OBJETIVOS	18
2.1 Objetivo Geral	18
2.2 Objetivos Específicos	18
3 LEVANTAMENTO BIBLIOGRÁFICO	19
3.1 Atenção Básica à Saúde	19
3.2 Assistência Farmacêutica na Atenção Básica à Saúde	20
3.3 Gastos privados com medicamentos	23
3.4 Capital Social	31
4 MÉTODOS	32
4.1 Delineamento do estudo	32
4.2 Área e população de estudo	32
4.3 Cálculo e distribuição do tamanho amostral	33
4.4 Instrumento e coleta de dados	34
4.5 Aspectos éticos	35
4.6 O Estudo atual	35
5 RESULTADOS	50
6 DISCUSSÃO	58
7 CONCLUSÃO	63
8 CONSIDERAÇÕES FINAIS	63
REFERÊNCIAS	65
ADENDO	74
APÊNDICE – Artigo publicado	77

1. INTRODUÇÃO E JUSTIFICATIVA

Os gastos privados com medicamentos (GPM) são um dos principais impulsionadores dos gastos com saúde, especialmente nos países de baixa e média renda (OMS 2019). De acordo com a Pesquisa Mundial de Saúde (PMS), realizada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) (OMS, 2019), 41% das famílias em países de baixa renda tiveram todos os seus gastos em saúde voltados para a compra de medicamentos. Prashanth et al (2016), na Índia, identificaram que 70% das despesas em saúde dos indivíduos, referem-se a medicamentos comprados em farmácias privadas, devido à falta frequente nos centros da Atenção Básica à Saúde (ABS) e à aquisição e distribuição falha em outros níveis de atenção. Prevalência similar foi encontrada em um estudo realizado no Nepal, em que 64% dos entrevistados tiveram que recorrer ao sistema privado para adquirir medicamentos em falta no setor público (THAPA; GHIMIRE; ADHIKARI, 2016). Essas despesas poderiam ser evitadas, ou minimizadas, caso o sistema público fornecesse os medicamentos de forma efetiva para a população (WAGNER *et al.*, 2011).

No Brasil, a implementação do Sistema Único de Saúde (SUS) teve como princípios universalidade, equidade e integralidade nos serviços e ações de saúde, incluindo a distribuição gratuita de medicamentos essenciais. Sendo assim, a Política Nacional de Medicamentos (PNM) e a Política Nacional de Assistência Farmacêutica (PNAF), publicadas em 1998 e em 2004, respectivamente, foram os marcos legais para a promoção do acesso e para o fomento ao uso racional de medicamentos (OLIVEIRA; ASSIS; BARBONI, 2008). No entanto, pesquisas realizadas no país ainda constataram escassez generalizada de medicamentos nas farmácias públicas comunitárias (BUENO *et al.*, 2021; ALVARES *et al.*, 2017; MENDES *et al.* 2014; BOING *et al.*, 2013). Consequentemente, o acesso aos medicamentos pelos pacientes é precário (BUENO *et al.*, 2021; ALVARES *et al.*, 2017; MENDES *et al.* 2014; BOING *et al.*, 2013) levando-os a adquirir seus tratamentos no setor privado (OMS, 2021).

Como resultado, os brasileiros gastam uma quantia significativa em medicamentos. Estimou-se, por exemplo, que os GPM atingiram quase 30% dos gastos com saúde das famílias, correspondendo a mais de R\$ 100 bilhões de reais

(US\$ 19,1 bilhões, aproximadamente), com aumento de 7,1% entre 2010 e 2017 (IBGE, 2019; VIEIRA e SANTOS, 2020). Em 2017, especificamente, 92% dos gastos com medicamentos foram custeados pelas famílias brasileiras (IBGE, 2019; VIEIRA e SANTOS, 2020).

Os GPM podem desencadear problemas sociais e de saúde ao criar barreiras financeiras para o acesso a medicamentos e incentivar padrões de uso ineficientes, principalmente para aqueles com menor poder aquisitivo, como indivíduos mais pobres e pacientes que recebem assistência médica regularmente (OMS, 2021). No Brasil, a renda comprometida com os GPM é quase três vezes maior entre os mais pobres, que gastam, em média, 7,3% de sua renda total comprando medicamentos (BOING et al., 2011). Evidências empíricas também mostraram que os GPM são particularmente problemáticos em pessoas com múltiplas comorbidades (DU et al., 2019; HABIBOV, 2009; SUM et al., 2018) e menor renda (OMS, 2021; BOING et al., 2011).

Em relação à Atenção Básica à Saúde (ABS), sabe-se que, ela é o núcleo do SUS (GOMES et al., 2011), abordando os problemas mais prevalentes na comunidade, como hipertensão, diabetes e depressão, oferecendo serviços como tratamento de pacientes, promoção da saúde e prevenção de doenças. Além disso, considera-se que a população mais vulnerável em termos sociais, econômicos e de saúde é aquela que mais depende do sistema público (OMS, 2008), portanto, se há necessidade de GPM entre esses pacientes, reforça-se um ciclo de iniquidades.

Apesar disso, pouco se sabe sobre a prevalência e os fatores associados de GPM na Atenção Básica à Saúde (ABS). Também faltam estudos explorando o papel de contexto social para GPM. Um dos elementos-chave do contexto social é o capital social (CS) (SUBRAMANIAN et al., 2003). Apesar de não haver consenso sobre a definição de CS, sabe-se que ele engloba as redes sociais, as reciprocidades que delas decorrem e o valor delas para alcançar objetivos mútuos (KAWACHI et al, 2008; ERIKSSON, 2011). Luz et al (2011 e 2013) descobriram que baixos níveis de CS estavam associados à subutilização de medicamentos por motivos financeiros, sugerindo que altos níveis de CS podem atuar como um amortecedor contra iniquidades em saúde, aumentando a percepção de importância do tratamento a

despeito do custo (LUZ et al, 2011). Assim, é coerente supor que o CS também pode desempenhar um papel na ocorrência de GPM, mas isso não foi avaliado até o momento.

Assim, considerando a carência de estudos e a maior necessidade de aprofundamento na temática de gastos privados com medicamentos na ABS e, tendo em vista a importância do monitoramento dos GPM entre usuários dos serviços e a identificação dos grupos sociais mais vulneráveis, esta tese teve como objetivo analisar a prevalência de GPM entre usuários da ABS, bem como identificar os seus fatores associados. Ressalta-se, a possibilidade de analisar o papel de fatores sociais para o GPM entre usuários da ABS, o que pode contribuir para formulação de políticas públicas que promovam a equidade em saúde.

2. OBJETIVOS

2.1. Objetivo Geral

Investigar a prevalência e os fatores associados ao gasto privado com medicamentos (GPM) entre usuários da Atenção Básica (AB).

2.2. Objetivos Específicos

- a) Estimar a prevalência de GPM;
- b) Estimar a proporção de usuários que adquiriram medicamentos cobertos pelo SUS;
- c) Estimar as proporções de usuários que adquiriram medicamentos para o tratamento de doenças crônicas, doenças agudas ou fitoterápicos;
- d) Identificar os fatores associados, individuais e contextuais relacionados aos GPM.

3. LEVANTAMENTO BIBLIOGRÁFICO

3.1. Atenção Básica à Saúde

O Sistema Único de Saúde (SUS) foi instituído pela Lei 8.080 de 1990, conhecida como a Lei Orgânica da Saúde com o objetivo de regulamentar em todo o território nacional as ações e os serviços de saúde, além de definir os objetivos, atribuições, princípios e diretrizes do SUS. Compreendem os princípios doutrinários do SUS: a universalidade, entendida como o acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência; a integralidade, como um conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema; e a equidade como a garantia de assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie (BRASIL, 1990).

Ainda de acordo com a Lei 8.080, as ações e serviços de saúde do SUS devem ser organizados de maneira hierarquizada e regionalizada em níveis de complexidade crescente (BRASIL, 1990). Considerando essa premissa, dentro da Rede de Atenção à Saúde do SUS, o nível primário de atenção seria o coordenador dos demais níveis de atenção, sendo considerado a porta de entrada preferencial do usuário no sistema, além de ser referência para a estruturação dos sistemas locais de saúde. Este nível de atenção compreende um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte positivamente na situação de saúde e autonomia das pessoas, bem como nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades. No Brasil, a Atenção Básica à Saúde (ABS), é desenvolvida por meio de práticas de cuidado e gestão, democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios definidos, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações (BRASIL, 2012).

A implantação e o fortalecimento da atenção básica foram impulsionados em 2006 pela formulação da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), atualizada em 2011,

estabelecendo como prioridade, entre outras questões, o Programa Saúde da Família, hoje conhecido como Estratégia de Saúde da Família (ESF), a principal ferramenta de ampliação e consolidação desse nível de atenção no Brasil (BRASIL, 2006; BRASIL, 2012).

Os princípios da universalidade, equidade e integralidade são operacionalizados e fortalecidos na ABS por meio das suas diretrizes, a saber: regionalização/hierarquização, territorialização, população adscrita, cuidado centrado na pessoa, resolutividade, longitudinalidade do cuidado, coordenação do cuidado, ordenação da rede e participação da comunidade (BRASIL, 2012). Além disso, dentre os objetivos da ABS encontra-se a prestação da Assistência Farmacêutica, visando a integralidade do tratamento dos pacientes inseridos nesse contexto.

3.2. Assistência Farmacêutica na Atenção Básica à Saúde

Ao longo dos anos, a Atenção Básica à Saúde (ABS) foi assumindo papel relevante no processo de construção do Sistema Único de Saúde (SUS). Sendo assim, foi necessário que as ações desenvolvidas na Assistência Farmacêutica (AF) acompanhassem esse processo, capacitando-se para atender às novas demandas que essa realidade impôs (CONASS, 2007).

Nesse sentido em 1998, a Política Nacional de Medicamentos (PNM) foi aprovada. Seu principal objetivo é o de garantir a segurança, a eficácia, a qualidade, a promoção do uso racional e o acesso da população aos medicamentos considerados essenciais. Duas de suas diretrizes foram a adoção da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) e sua contínua atualização, e a reorientação da Assistência Farmacêutica fundamentada na descentralização da gestão, na promoção do uso racional de medicamentos, na otimização e na eficácia do sistema de distribuição no setor público e no desenvolvimento de iniciativas que possibilitem a redução de preços dos produtos (BRASIL, 1998).

Levando em consideração a reorientação da Assistência Farmacêutica fundamentada na descentralização da gestão, a PNM estabeleceu que a aquisição e a distribuição pelo Ministério da Saúde (MS) dos produtos componentes da assistência farmacêutica básica seriam substituídas pela transferência regular e

automática, fundo a fundo, de recursos federais. Esses recursos deveriam ser utilizados prioritariamente para a aquisição pelos municípios, sob coordenação dos estados, dos medicamentos necessários à atenção básica à saúde (ABS) (BRASIL, 1998).

As normas de financiamento e execução dos produtos componentes da assistência farmacêutica básica foram dispostas por diversas Portarias do Ministério da Saúde ao longo do tempo, sendo a Portaria 1.555, de 30 de julho de 2013, a vigente durante a realização da pesquisa dessa tese, a qual estabelece que o financiamento desse componente seja de responsabilidade da União, dos Estados e dos Municípios (BRASIL, 2013). De acordo com essa portaria, a partida federal é de R\$ 5,10/habitante/ano, e as contrapartidas estadual e municipal devem ser de no mínimo R\$ 2,36/habitante/ano cada, sendo que esses recursos devem ser aplicados no custeio dos medicamentos destinados aos agravos prevalentes e prioritários da AB (BRASIL, 2013).

Visando melhorias na AF na AB, o MS criou em 2012 o Programa Nacional de Qualificação da Assistência Farmacêutica no SUS (BRASIL, 2018b), com o objetivo de aprimorar o processo de estruturação e a qualificação dos serviços de AF nos municípios do Brasil, promovendo de forma articulada, ações voltadas ao acesso a medicamentos, que vão desde investimentos na organização dos serviços farmacêuticos até o cuidado farmacêutico ao usuário do SUS (BRASIL, 2018a). O programa se organiza em quatro eixos: Educação, Cuidado, Informação e Estrutura; e tem como finalidade garantir melhores condições para uma dispensação adequada, com atendimento humanizado e informatizado, promovendo o uso racional dos medicamentos, através da educação permanente de usuários e profissionais de saúde (BRASIL, 2012; BRASIL, 2016).

Apesar dos avanços alcançados no campo das políticas farmacêuticas na AB do SUS ainda existem desafios para a garantia de uma AF de qualidade (COSTA et al, 2017).

Gerlack et al (2017) enfatizam que mesmo com o desenvolvimento da gestão, legislação e normatização da AF, ainda existem lacunas entre a AF estabelecida e a AF vivenciada na AB do SUS, como também há falta de fiscalização no investimento

de recursos, o que predispõe falhas no provimento de medicamentos no SUS devido à ineficiência do setor público.

Ao longo dos anos com o desenvolvimento da AF, houve o aumento de investimentos públicos para melhoria do acesso a medicamentos essenciais para população, porém ainda existem vários dificultadores, como falta de procedimentos operacionais para seleção, programação e aquisição de medicamentos nos municípios, falta de autonomia financeira para gestão municipal da AF, entre outros que impedem o acesso mais eficiente a esses produtos (COSTA et al., 2017; GERLARK et al., 2017; FALEIROS et al., 2018).

De acordo com estudos realizados no Brasil, a prevalência de acesso a medicamentos no setor público varia de 45,3% a 89,6% (BOING et al., 2013; BRASIL, 2005). Dentre eles, Boing et al (2013) mostraram que pouco menos da metade da população que teve medicamentos prescritos no SUS os obteve no próprio sistema. Outro estudo nacional realizado a partir de dados da Pesquisa Nacional sobre Acesso, Utilização e Promoção do Uso Racional no Brasil (PNAUM) mostrou que cerca de 40% dos usuários do SUS declararam não ter acesso total aos medicamentos prescritos (ÁLVARES et al, 2017).

Já Tavares et al (2016) analisaram o acesso gratuito a medicamentos para tratamento de doenças crônicas e encontraram que apenas metade dos brasileiros com essas doenças conseguiram gratuitamente todos os medicamentos para o tratamento.

Nesse cenário, a falta de medicamentos no setor público faz com que os usuários que necessitam de tratamento não tenham muita opção: ou adquirem os produtos farmacêuticos prescritos no mercado privado, ou não aderem ao tratamento pela falta do medicamento (AZIZ et al., 2011; CARVALHO et al., 2005).

No Brasil existem poucos estudos que abordam sobre os gastos privados com medicamentos (BOING et al., 2014; GARCIA et al., 2013; BERTOLDI et al., 2011; LIMA-COSTA et al., 2003, VIEIRA, 2015), principalmente quando o mesmo é prescrito no setor público e deveria ser ofertado pelo próprio sistema aos usuários. Devido à

relevância do tema para a saúde pública, os gastos privados com medicamentos serão abordados a seguir.

3.3. Gastos privados com medicamentos

Os gastos privados com medicamentos são definidos como a quantidade de recursos monetários desembolsados diretamente pelo indivíduo ou pela família para a aquisição de produtos farmacêuticos (BOING et al., 2014; GARCIA et al., 2013; BERTOLDI et al., 2011; BARROS, 2008; VIEIRA 2015).

Estudos sobre os gastos com a farmacoterapia reforçam as profundas iniquidades no acesso. Em países de baixa renda, por exemplo, 76,9% dos gastos com medicamentos são desembolsados pelo próprio paciente, enquanto nos países de alta renda os gastos representaram 38,7%. Em virtude desse alto desembolso, uma parte substancial da população em países de baixa renda continua não tendo acesso a medicamentos essenciais impactando profundamente em sua saúde e bem-estar (OMS, 2011).

O Brasil possui um dos sistemas públicos de saúde mais abrangentes do mundo, com princípios ancorados na universalidade, na integralidade e na equidade. Com base nesses princípios, os medicamentos considerados essenciais são distribuídos de forma gratuita para toda a população. No entanto, em um país de dimensões continentais é um desafio garantir a adequada Assistência Farmacêutica, desde a seleção dos medicamentos até a dispensação. A falta de medicamentos no setor público pode gerar dispêndio financeiro aos pacientes com a aquisição no setor privado (AZIZ et al., 2011; CARVALHO et al., 2005).

Segundo dados do IBGE, entre 2010 e 2017, a despesa de consumo com medicamentos pelas famílias no Brasil foi de aproximadamente 1,5% do PIB. Em 2017, os GPM foram um dos principais impulsionadores dos gastos com saúde no Brasil. Os GPM totalizaram R\$ 103,5 bilhões, correspondendo a 29,9% das despesas com saúde das famílias em 2017. Enquanto isso medicamentos distribuídos pelo setor público tiveram gastos contabilizados em R\$ 8,4 bilhões (IBGE, 2019)

No Brasil, os estudos sobre GPM foram trabalhados sob diferentes aspectos e há variações entre a população de estudo, o desfecho, a janela temporal, entre outros

pontos (**Quadro 1**). Essas diferenças metodológicas dificultam comparações diretas entre os trabalhos publicados no país.

Nos estudos presentes no **Quadro 1** é possível observar uma grande variedade entre a população estudada. Dentre os que estudaram indivíduos com 60 anos ou mais temos as seguintes subpopulações: residentes de Praia Grande, SP (RESTREPO et al., 2020); participantes de grupos de convivência de Porto Alegre, RS (COLET et al., 2016); aposentados e pensionistas de Belo Horizonte, MG (LIMA et al., 2007); brasileiros incluídos na PNAD, inquérito nacional, de 1998 (LIMA-COSTA et al., 2003). Outro grupo estudado foi o de famílias com pacientes obesos (CANELLA et al., 2015). Quatro dos estudos encontrados analisaram dados da população geral (GOES et al., 2016; LUIZA et al., 2016; GARCIA et al., 2013; BERTOLDI et al., 2011). Além disso, um estudo apresentou dados sobre a população adulta entre 20 e 59 anos (BOING et al., 2011).

Outro ponto que merece atenção é a medida dos GPM. Há importantes variações de recorte entre os estudos. Podemos citar, por exemplo, estudos voltados para medir o comprometimento da renda (RESTREPO et al., 2020; BOING et al., 2011; COLET et al., 2016), outro para medir a ocorrência de gasto catastrófico com medicamentos (LUIZA et al., 2016), outro para medir o impacto dos GPM entre pacientes obesos (CANELLA et al., 2015), estudos voltados para medir a obtenção de medicamentos via sistema privado e público (GOES et al., 2016 e BERTOLDI et al., 2011), outro para analisar as desigualdades presentes nos GPM (GARCIA et al., 2013) e estudos voltados para medir o valor médio gasto com medicamentos (LIMA et al., 2007 e LIMA-COSTA et al., 2003).

Quadro 1 – Estudos de abrangência nacional sobre Gastos Privados com Medicamentos (GPM).

Autor (Ano)	Cidade/Estado	População	Tamanho da amostra	Desenho do estudo	Enfoque/Foco	Metodologia de Análise
Restrepo et al (2020)	Praia Grande, São Paulo	Indivíduos com 60 anos ou mais residentes em áreas urbanas	289 pessoas	Inquérito domiciliar	Comprometimento da renda com medicamentos	O valor gasto individual mensal foi calculado pelo somatório de todos os valores despendidos pelo idoso na aquisição dos medicamentos em farmácias privadas para um mês de tratamento e informados durante a entrevista. O comprometimento de renda com a compra de medicamentos foi obtido pela divisão do valor médio gasto pela renda familiar per capita e o quociente multiplicado por 100, a fim de expressar o total na forma de porcentagem.
Colet et al (2016)	Porto Alegre, Rio Grande do Sul	Indivíduos com 60 anos ou mais participantes de grupos de convivência	225 pessoas	Inquérito populacional. Amostra intencional escolhida por conveniência	Comprometimento da renda com medicamentos e perfil de gastos com medicamentos entre idosos	Os custos diretos incorridos com medicamentos foram considerados em duas formas distintas: a) o preço de referência do medicamento: de acordo com o local de aquisição, pública ou privada, que calculou o custo considerando o preço por unidade, a posologia e a forma farmacêutica. O cálculo do custo no setor privado foi realizado considerando: a) o preço máximo ao consumidor estabelecido pelo governo brasileiro; b) o custo social dos medicamentos, independentemente se adquirido no setor público ou privado. O cálculo considerou o preço médio de três farmácias comerciais. Foi calculado o custo mensal médio considerando a porcentagem do comprometimento da renda familiar do idoso.

Quadro 1 – Estudos de abrangência nacional sobre Gastos Privados com Medicamentos (GPM) (Continuação)

Autor (Ano)	Cidade/Estado	População	Tamanho da amostra	Desenho do estudo	Enfoque/Foco	Metodologia de Análise
Goes et al (2016)	Brasil	População geral	55.970 domicílios	Inquérito domiciliar	Via para obtenção de medicamentos	Os indivíduos relataram o motivo da compra do medicamento, o tipo (referência, similar, genérico, fitoterápico), como foi adquirido (compra monetária, doação ou outro), local de aquisição e se o acesso não foi possível por falta de recursos. Os medicamentos adquiridos foram classificados de acordo com o ATC, recomendado pela OMS.
Luiza et al (2016)	Brasil	População geral residente em áreas urbanas do Brasil	20.404 domicílios e 41.433 pessoas	Inquérito domiciliar	Gasto catastrófico (GC) em medicamentos	Os desfechos de interesse foram GC Medicamentos (desfecho primário) e GC Saúde (desfecho secundário). GC Saúde foi considerado existente sempre que a pergunta “Deixou de comprar algo para pagar gastos com problemas de saúde?” obteve resposta afirmativa e GC Medicamentos, sempre que os remédios foram referidos como um dos itens responsáveis pelos gastos com problema de saúde.
Canella et al (2015)	Brasil	População geral e domicílios com indivíduos obesos	55.970 domicílios	Inquérito domiciliar	Gastos medicamentos com entre obesos	O gasto total das famílias com medicamentos foi dividido em gastos no setor público e no setor privado. Os gastos domiciliares com medicamentos foram somados e divididos pelo número de moradores, obtendo-se os gastos domiciliares per capita mensais com medicamentos. Foi analisada a associação entre presença de obesos no domicílio e gastos mensais per capita com medicamentos.

Quadro 1 – Estudos de abrangência nacional sobre Gastos Privados com Medicamentos (GPM) (Continuação)

Autor (Ano)	Cidade/Estado	População	Tamanho da amostra	Desenho do estudo	Enfoque/Foco	Metodologia de Análise
Garcia et al (2013)	Brasil	População geral	2002-2003: 48.568 domicílios 2008-2009: 56.091 domicílios	Inquérito domiciliar	Desigualdades nos gastos com saúde	O GPM foi coletado por meio do questionário de despesa individual, no período de trinta dias anteriores à entrevista. Foram registrados os gastos com medicamentos em geral, independentemente de serem ou não de uso regular. Para investigar a dimensão socioeconômica das desigualdades nos gastos com saúde ao longo do tempo, dividiram-se as famílias em quintos de renda familiar mensal per capita.
Bertoldi et al (2011)	Porto Alegre, Rio Grande do Sul	População geral	900 domicílios	Inquérito domiciliar	Proporção de despesa pública e privada com medicamentos	O valor gasto com medicamentos foi definido como a soma dos preços de varejo de todos os medicamentos usados por familiares nos últimos 15 dias, pagos pela própria família e obtidos no SUS.
Boing et al (2011)	Florianópolis, Santa Catarina	Adultos entre 20 e 59 anos residentes em áreas urbanas	1.720 pessoas	Inquérito domiciliar	Comprometimento da renda com medicamentos	Para o cálculo dos gastos com medicamentos utilizaram-se informações referentes aos últimos 30 dias, valores autorreferidos e descritos em reais. A variável comprometimento de renda foi categorizada segundo pontos de corte iguais a $\geq 5\%$, $\geq 10\%$ e $\geq 15\%$.

Quadro 1 – Estudos de abrangência nacional sobre Gastos Privados com Medicamentos (GPM) (Continuação)

Autor (Ano)	Cidade/ Estado	População	Tamanho da amostra	Desenho do estudo	Enfoque/Foco	Metodologia de Análise
Lima et al (2007)	Belo Horizonte, Minas Gerais	Aposentados e pensionistas com 60 anos ou mais	667 pessoas	Inquérito domiciliar	Características dos medicamentos	Os medicamentos foram classificados segundo o setor de aquisição, a categoria terapêutica, a categoria e o tempo de registro na Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) e a essencialidade. Os preços dos medicamentos industrializados obtidos no setor privado foram coletados com base nos preços máximos ao consumidor permitidos pela legislação.
Lima-Costa et al (2003)	Brasil	Indivíduos com 60 anos ou mais	28.943 pessoas	Inquérito domiciliar	Gastos medicamentos com idosos	Com relação ao consumo de medicamentos, foram considerados os gastos com os mesmos nos últimos trinta dias. Os gastos com medicamentos foram transformados em proporções do salário mínimo da época.

Apesar das diferenças prejudicarem as comparações diretas é possível observar que os GPM é um assunto relevante no país. Canella et al (2016), analisou dados referentes a um inquérito nacional e encontrou que os GPM foram maiores que os custos relacionados aos medicamentos adquiridos no setor público em todas as regiões e rendas.

Quanto ao valor gasto mensalmente pelas populações pesquisadas, foram encontradas diferentes quantias entre os estudos selecionados. Restrepo et al (2020) encontrou que o gasto médio mensal per capita foi de R\$ 34,59, correspondendo à 5,6% do salário mínimo vigente à época (R\$ 622), entre idosos de um município de médio porte no estado de São Paulo. LIMA-COSTA et al (2003) mostrou que a população idosa brasileira, teve o gasto médio com medicamentos de uso regular nos últimos 30 dias anteriores à entrevista igual a 23% do salário mínimo (LIMA-COSTA et al, 2003). Já Lima et al (2007), encontrou que o gasto mensal médio individual foi de R\$ 122,97 entre aposentados e pensionistas com idade igual ou superior a 60 anos, o valor médio gasto equivale a 51% do salário mínimo vigente à época.

Os estudos demonstraram iniquidades relacionadas aos GPM. Colet et al (2016), encontrou diferenças no comprometimento da renda com GPM em diferentes grupos socioeconômicos, entre idosos de Porto Alegre. A parcela da renda familiar mensal gasta com medicamentos para idosos nas classes A, C e E foi 4,0%; 5,7% e 10,0% respectivamente.

Já Goes et al (2016), avaliou os resultados de um inquérito nacional e encontrou que 85% de quem obteve algum tipo de medicamento teve de adquiri-los por meio privado. Além disso, a quantidade de medicamento adquirida foi maior entre indivíduos com melhores condições socioeconômicas.

Outro estudo que utilizou dados de um inquérito nacional, demonstrou que domicílios com moradores pertencentes à classe D ou E tiveram maior proporção de gasto catastrófico em medicamentos, expressado pelo ônus financeiro excessivo para as famílias (LUIZA et al., 2016).

Além disso, Garcia et al. (2013), analisou os gastos das famílias brasileiras com medicamentos segundo a renda familiar e encontrou uma concentração dos gastos entre as famílias de maior renda.

Bertoldi et al. (2011), realizou uma pesquisa entre os moradores de Porto Alegre de todas as idades e encontrou que os indivíduos com melhores condições socioeconômicas têm um gasto 6 vezes maior em medicamentos que indivíduos com piores condições socioeconômicas.

Boing et al. (2011), realizou um estudo transversal entre adultos da área urbana de Florianópolis e encontrou que 3,1% dos mais ricos comprometem mais de 15% de seus rendimentos na compra de medicamentos, enquanto isso, esse valor chega a 9,6% nos mais pobres. Além disso, a proporção de pessoas que tiveram de comprar medicamentos após tentativa fracassada de obtenção pelo SUS foi maior entre os mais pobres (11%). Grande parte dos adultos comprou medicamentos contidos na Relação Municipal de Medicamentos Essenciais (REMUME) (28,6%).

Quanto aos fatores que explicam as ocorrências dos GPM no país, ainda existem poucos estudos publicados. Embora não haja consenso, os autores têm mostrado associações entre os desfechos relacionados a gastos privados e fatores sociodemográficos, econômicos e condições de saúde (LIMA-COSTA et al., 2003, WIRTZ et al., 2012).

Lima-Costa et al. (2003), estudou o gasto com medicamentos entre idosos no Brasil e mostrou o aumento do gasto médio com a compra de medicamentos em função da idade, em ambos os sexos, porém destacou que a proporção de gastos foi maior para os homens. Já na região sul do Brasil a proporção de pessoas que tiveram de comprar medicamentos por não conseguirem obtê-los no SUS foi maior entre os mais pobres (11,0%), mulheres (10,2%) e naqueles com maior idade (11,1%) (BOING et al. 2011).

Segundo a literatura, as condições de saúde também impactam nos gastos com medicamentos. Indivíduos que possuem doenças crônicas estão mais propensos a ter dispêndio financeiro com produtos farmacêuticos (GARCIA et al., 2013).

Outro aspecto relevante é que há carência de estudos que explorem de forma mais ampla o papel do contexto social no qual os pacientes estão inseridos para o GPM. Nesse sentido, um dos componentes essenciais do contexto social é o Capital Social (CS), considerado um importante determinante da saúde (ERIKSSON, 2011) que pode ser compreendido como uma rede de relacionamentos cooperativos e confiáveis entre os indivíduos, que permite o alcance de objetivos em comum (COLEMAN, 1998). Entendendo a importância desse conceito para o GPM, o CS será apresentado em uma sessão especial.

3.4. Capital Social

A teoria do Capital Social (CS) vem sendo discutida e instrumentalizada por diversos teóricos e pesquisadores sociais, entretanto, é um conceito complexo, relativamente recente que se caracteriza por ter uma abordagem multidimensional (GONTIJO, SILVA, INOCENTE, 2013).

Segundo Coleman (1990) o CS é definido como um conjunto de recursos socioestruturais que são inerentes à estrutura das relações pessoais. Já Putnam (1993) amplia o conceito de CS em uma perspectiva coletivista; a comunidade representa o resultado de como as relações, as normas, o envolvimento dos cidadãos com seus deveres e direitos cívicos e os interesses dos indivíduos funcionam.

Assim, o CS refere-se a características da organização social como confiança, normas e redes sociais que podem aperfeiçoar a eficiência da sociedade promovendo ações coordenadas entre seus membros; implicando que quanto maior a capacidade de os cidadãos confiarem uns nos outros, e quanto maior a construção e manutenção de vínculos ou associações existirem numa sociedade, maior será o “aporte” de capital social (PUTNAM, 1993).

Na saúde pública, observa-se a evolução na abordagem do CS nos desfechos relacionados à saúde. De acordo com Mohnen et al (2019) a vizinhança pode afetar os cuidados de saúde. Sendo assim, levar em conta as características da vizinhança pode melhorar a precisão de modelos que buscam prever a utilização serviços de saúde (MOHNEN et al., 2019).

Apesar de não haver consenso sobre a definição de CS, é possível identificar resultados dos estudos da área da saúde que apontam para uma relação positiva entre CS e redução de mortalidade geral (POULSEN et al., 2012; OKSANEN et al., 2011), menor chance de recaída no hábito de fumar (MOORE et al, 2014), melhor controle do diabetes (FARAJZADEGAN et al., 2013), melhor autopercepção em saúde (GANNA; INGELSSON, 2015). Desse modo, pessoas com melhores indicadores de CS apresentam menor quantidade de elementos de risco a saúde (LOCH et al., 2014).

No contexto dos GPM, Luz et al (2011 e 2013) descobriram que baixos níveis de CS estavam associados à subutilização de medicamentos por motivos financeiros, sugerindo que altos níveis de CS podem atuar como um amortecedor contra iniquidades em saúde, ajudando as pessoas a acessar serviços e recursos, como medicamentos (LUZ et al, 2011). Assim, é coerente supor que o CS também pode desempenhar um papel na ocorrência de GPM, mas isso não foi avaliado até o momento.

Considerando as lacunas na literatura nacional, a presente tese tem como objetivo descrever a prevalência e os fatores individuais e contextuais associados aos GPM entre usuários da ABS.

4. MÉTODOS

4.1. Delineamento do Estudo

Essa tese apresenta o projeto “Gastos privados com medicamentos entre usuários da atenção básica” que integra o Projeto Prover (LUZ et al. 2017), um estudo epidemiológico com foco na Atenção Básica e nos usuários dos serviços farmacêuticos.

4.2. Área e população de estudo

O Projeto Prover foi conduzido em um município de grande porte localizado no centro-oeste de Minas Gerais. A cidade possui 213 mil habitantes e é polo de saúde, ou seja, referência regional para serviços de média e alta complexidade, atendimento

de urgência e emergência, tratamento oncológico, entre outros, para 54 municípios (IBGE, 2015).

Em relação à organização da Atenção Básica à Saúde (ABS) o município está dividido em 6 distritos sanitários. Parte da população é atendida pela Equipe Saúde da Família – ESF, por volta de 30%) e a outra parte da população, em Unidades Básicas de Saúde, chamadas “Centros de Saúde”. Todos os medicamentos da atenção básica são fornecidos pelas 5 farmácias distritais do município.

A população elegível para a pesquisa foi composta por usuários da ABS com idade igual ou superior a 18 anos, usuários de uma das 5 farmácias distritais do município há seis ou mais meses e portadores de prescrição médica no momento da entrevista.

4.3. Cálculo e distribuição do tamanho amostral

O tamanho da amostra foi calculado levando em consideração a seguinte fórmula (LEVIN,1987):

$$n = \frac{z_{\alpha/2}^2 (pq)}{d^2}$$

Em que:

- $Z_{\alpha/2}$ = escore z relativo ao nível de $(1-\alpha)$ % de confiança. (Considerando 95% de confiança, $Z_{\alpha/2} = 1,96$);
- p = prevalência do evento de interesse = 0,5;
- q = proporção complementar a $p = 0,5$;
- d = margem de erro tolerada = 0,03.

Assim, o tamanho da amostra foi estimado considerando 50% de prevalência do evento de interesse, nível de confiança de 95% e margem de erro tolerada de 3%, resultando em 1067 indivíduos. Para compensar possíveis perdas, foi adicionado um percentual de 15%, totalizando uma amostra de 1228 pessoas. A amostra foi dividida proporcionalmente ao número de pacientes cadastrados em cada uma das cinco

farmácias públicas comunitárias da ABS, com base em informações da Secretaria Municipal de Saúde.

A quantidade de indivíduos estimados para participar da pesquisa, encontram-se descritos na **Tabela 1**.

Tabela 1 – Número de indivíduos estimados para participar da pesquisa, de acordo com as unidades dispensadoras.

Unidade Dispensadora	Média Mensal de Usuários Atendidos ^a	Nº de Usuários Estimados
1	2682	491
2	555	102
3	1261	231
4	1308	239
5	902	165
Total	6709	1228

a: Valores obtidos pelo Sistema Integrado de Saúde do Município.

4.4. Instrumento e coleta de dados

O instrumento de coleta de dados foi desenvolvido com base em questionários aplicados em grandes pesquisas (IBGE, 2020; IBGE, 2010; LOCH et al., 2015), como a Pesquisa Nacional de Saúde (PNS), a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) e o Projeto Servir (pesquisa qualitativa para avaliar o papel dos serviços farmacêuticos no acesso a medicamentos). As entrevistas foram realizadas no período de agosto a novembro de 2017, com os usuários dos serviços de saúde após o atendimento na farmácia, por meio de questionário multidimensional, estruturado e pré-testado. Durante a coleta de dados, os entrevistadores abordaram todos os pacientes das farmácias públicas comunitárias e forneceram informações sobre o projeto e seus objetivos. Após a dispensação de medicamentos, os pacientes foram novamente abordados e convidados a participar da pesquisa. Os indivíduos que não aceitaram foram convidados a preencher um questionário de recusa, que é uma versão curta do instrumento principal, contendo questões sobre sexo, idade e cor da pele autorreferida.

Estruturalmente, o questionário foi dividido em seis partes, sendo abordada uma temática para cada bloco, a saber: (1) Variáveis referentes ao Capital Social; (2) Variáveis referentes à saúde e aos hábitos de vida; (3) Variáveis referentes às despesas/gastos com medicamentos; (4) Variáveis referentes aos medicamentos prescritos; (5) Variáveis referentes ao armazenamento de medicamentos e (6) Variáveis referentes às condições sociodemográficas.

4.5. Aspectos éticos

A participação dos usuários ocorreu de forma voluntária, após esclarecimento sobre o projeto, leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). O estudo foi aprovado pelo Comitê de ética do Instituto René Rachou (Fiocruz Minas) sob parecer 1.395.369 e teve a anuência e apoio da Secretaria Municipal de Saúde do município estudado.

4.6. O Estudo atual

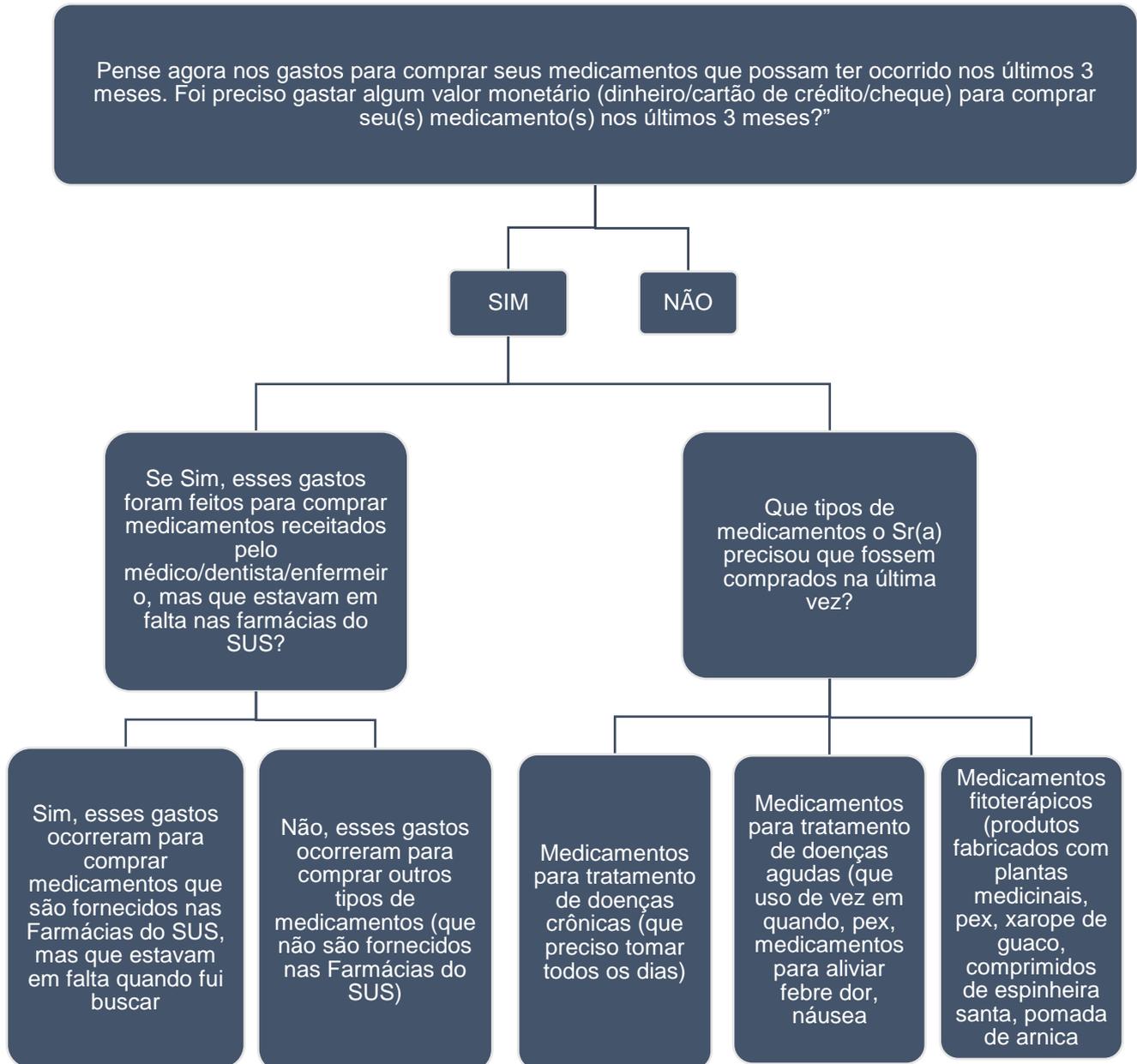
Para o presente trabalho foram utilizados os dados coletados no “Projeto Prover”.

A variável de interesse central foi o Gasto Privado com Medicamentos (GPM) entre usuários da Atenção Básica. As informações necessárias para a avaliação foram coletadas por meio de auto-relato. Essa tese usou 3 questões relacionadas aos gastos privados avaliadas no Projeto Prover: (1) a ocorrência de algum gasto com medicamentos nos últimos três meses (sim/não); (2) ocorrência de despesas para aquisição de medicamentos cobertos pelo SUS, mas em falta na farmácia pública (sim/não); (3) tipo de medicamentos adquiridos (medicamentos para o tratamento de doenças crônicas/ medicamentos para o tratamento de doenças agudas/ fitoterápicos. Essa questão era multivalorada, ou seja, o paciente poderia escolher uma ou mais opções de resposta). Os medicamentos fitoterápicos foram avaliados como categoria separada por estarem incluídos na Relação Municipal de Medicamentos Essenciais (REMUME).

Foram incluídos no estudo 1.219 indivíduos que responderam os dados a respeito dos GPM e preencheram os critérios de inclusão.

Na **Figura 1** é apresentado um fluxograma com as perguntas originais do Projeto Prover, para melhor entendimento sobre o processo da coleta de dados da variável “Gastos Privados com Medicamentos”.

Figura 1 - Processo de coleta da variável “Gastos Privados com medicamentos”.



FONTE: Autoria Própria, elaborado a partir do questionário do Projeto Prover.

4.6.1 Preparo dos dados para análises

Indicadores referentes aos GPM

Os indicadores referentes aos GPM foram caracterizados em três etapas, sendo que na primeira realizou-se a classificação de ocorrência de gastos com medicamentos, na segunda a cobertura pelo SUS e na terceira o tipo de medicamento adquirido.

Na etapa 1, foi avaliada a pergunta “Pense agora nos gastos para comprar seus medicamentos que possam ter ocorrido nos últimos 3 meses. Foi preciso gastar algum valor monetário (dinheiro/cartão de crédito/cheque) para comprar seu(s) medicamento(s) nos últimos 3 meses”. Foi considerado que houve ocorrência de gastos quando as respostas foram “sim” para a pergunta.

Na etapa 2, foram avaliadas as perguntas “Pense agora nos gastos para comprar seus medicamentos que possam ter ocorrido nos últimos 3 meses. Foi preciso gastar algum valor monetário (dinheiro/cartão de crédito/cheque) para comprar seu(s) medicamento(s) nos últimos 3 meses” e “Se Sim, esses gastos foram feitos para comprar medicamentos receitados pelo médico/dentista/enfermeiro, mas que estavam em falta nas farmácias do SUS?”. Foi considerado que houve ocorrência de despesas para aquisição de medicamentos cobertos pelo SUS, mas em falta na farmácia pública quando as respostas foram “sim” para primeira pergunta e “Sim, esses gastos ocorreram para comprar medicamentos que são fornecidos nas Farmácias do SUS, mas que estavam em falta quando fui buscar” para a segunda pergunta.

Na etapa 3, foram avaliadas as perguntas “Pense agora nos gastos para comprar seus medicamentos que possam ter ocorrido nos últimos 3 meses. Foi preciso gastar algum valor monetário (dinheiro/cartão de crédito/cheque) para comprar seu(s) medicamento(s) nos últimos 3 meses” e “Que tipos de medicamentos o Sr(a) precisou que fossem comprados na última vez?”. Esse item era multivalorado, possibilitando mais de uma opção de resposta. O tipo de medicamentos adquiridos foi considerado como para o tratamento de doenças crônicas quando as respostas foram “Medicamentos para tratamento de doenças crônicas (que preciso tomar todos os

dias)”, para o tratamento de doenças agudas quando as respostas foram “Medicamentos para tratamento de doenças agudas (que uso de vez em quando, pex, medicamentos para aliviar febre dor, náusea” e fitoterápicos quando as respostas foram “Medicamentos fitoterápicos (produtos fabricados com plantas medicinais, pex, xarope de guaco, comprimidos de espinheira santa, pomada de arnica”

A construção dos indicadores analisados nessa tese é mostrada no quadro abaixo.

Quadro 2 – Indicadores referentes aos GPM

Indicador	Fórmula
Proporção de pacientes que reportaram gasto com medicamentos nos últimos três meses (sim/não)	<p>GPM</p> $\frac{\text{Pacientes que reportaram GPM}}{\text{Total de pacientes}} \times 100$
Proporção de pacientes que reportaram despesas para aquisição de medicamentos cobertos pelo SUS, mas em falta na farmácia pública (sim/não)	<p>Cobertos pelo SUS</p> $\frac{\text{Pacientes que reportaram GPM cobertos pelo SUS}}{\text{Pacientes que reportaram GPM}} \times 100$ <p>Não cobertos pelo SUS</p> $\frac{\text{Pacientes que reportaram GPM não cobertos pelo SUS}}{\text{Pacientes que reportaram GPM}} \times 100$

Quadro 2 – Indicadores referentes aos GPM (Continuação)

Indicador	Fórmula
Proporção de pacientes que adquiriram medicamentos para o tratamento de doenças crônicas, doenças agudas ou fitoterápicos	<p>Doenças crônicas</p> $\frac{\text{Pacientes que reportaram GPM para o tratamento de doenças crônicas}}{\text{Pacientes que reportaram GPM}} \times 100$
	<p>Doenças agudas</p> $\frac{\text{Pacientes que reportaram GPM para o tratamento de doenças agudas}}{\text{Pacientes que reportaram GPM}} \times 100$
	<p>Fitoterápicos</p> $\frac{\text{Pacientes que reportaram GPM com fitoterápicos}}{\text{Pacientes que reportaram GPM}} \times 100$

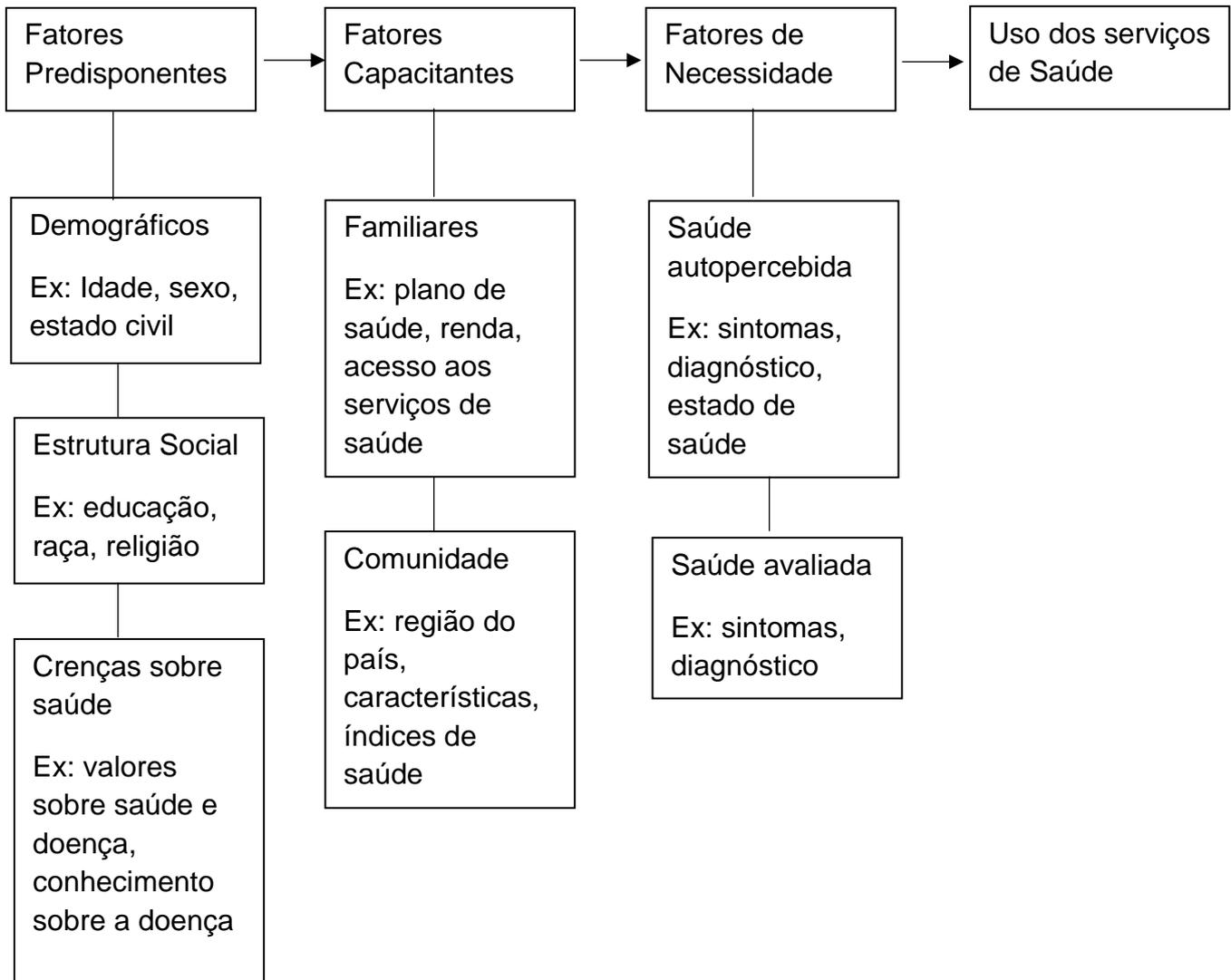
Modelo teórico proposto

Para determinar quais os fatores associados à disponibilidade integral da prescrição, utilizou-se como desfecho os GPM, definido pela ocorrência de algum gasto com medicamentos nos últimos três meses, categorizado em sim/não, sendo a primeira a categoria de referência. As variáveis selecionadas para investigação foram propostas com base na revisão da literatura (LIMA-COSTA et al., 2003; WIRTZ et al., 2012; BOING et al. 2011; GARCIA et al., 2013) e de acordo com o potencial impacto no desfecho de interesse.

As variáveis independentes foram organizadas com base no modelo de utilização de saúde de Andersen e Newman (1973) combinado com o modelo de vizinhança de Mohnen et al. (2019).

Segundo Andersen e Newman (1973) o uso de serviços de saúde depende de: (1) Fatores predisponentes (predisposição do indivíduo para usar os serviços); (2) Fatores capacitantes (sua capacidade de garantir o uso desses serviços) e (3) Fatores de necessidade (seu estado de saúde). O modelo desenvolvido por Andersen e Newman (1973) está mostrado na **Figura 2**.

Figura 2 – Determinantes do uso dos serviços de saúde segundo Andersen e Newman (1973)



FONTE: Adaptado de Andersen e Newman (1973)

Andersen e Newman (1973) escolheram as variáveis do modelo considerando pesquisas anteriores que as relacionavam com o uso de serviços de saúde. Abaixo estão detalhadas cada um dos fatores incluídos no modelo.

Fatores predisponentes: alguns indivíduos têm uma propensão a usar mais os serviços de saúde que outros indivíduos, onde a propensão ao uso pode ser prevista em características individuais que existem antes mesmo de episódios específicos da

doença. Tais características incluem variáveis demográficas, estruturas sociais e crenças sobre saúde. Idade e sexo, por exemplo, estão entre as variáveis demográficas, essas variáveis estão intimamente relacionadas à saúde e à doença. No entanto, ainda são considerados como fatores predisponentes, uma vez que a idade em si não é motivo de procura de cuidados de saúde. Em vez disso, pessoas de diferentes faixas etárias têm diferentes doenças e conseqüentemente diferentes necessidades de tratamento.

Fatores Capacitantes: mesmo que os indivíduos possam estar predispostos para usar os serviços de saúde, alguns meios devem estar disponíveis para eles o fazerem. Nesse sentido, as condições que permitem a uma família agir sobre um valor ou satisfazer uma necessidade de uso dos serviços de saúde é definida como capacitante. Portanto condições favoráveis tornam o uso dos serviços de saúde mais disponíveis para o indivíduo. Essas condições favoráveis podem ser medidas pelos recursos familiares, como renda e nível de cobertura de seguro de saúde. Além dos atributos familiares, certas características da comunidade em que o indivíduo vive também pode afetar o uso dos serviços. Por exemplo, essas variáveis podem ser ligadas à utilização de serviços de saúde devido aos valores da comunidade que influenciam o comportamento do indivíduo que nela vive.

Fatores de necessidade: assumindo a presença de fatores predisponentes e capacitantes, o indivíduo ou sua família deve perceber a doença ou a probabilidade de sua ocorrência para que ocorra a utilização dos serviços de saúde. A existência ou percepção da doença representa a causa mais imediata de utilização dos serviços de saúde.

Considerando que os fatores capacitantes são determinados por variáveis correspondentes à comunidade em que o indivíduo está inserido (ANDERSEN E NEWMAN, 1973), foram analisados nessa tese fatores contextuais associados aos GPM, além dos fatores individuais.

Considerando o modelo de uso de serviços de saúde de Andersen e Newman (1975) e a importância dos fatores contextuais em desfechos relacionados à saúde, as variáveis selecionadas para o estudo atual estão descritas abaixo:

1. Fatores predisponentes: sexo, idade, cor da pele autorreferida, estado civil e escolaridade.

2. Fatores capacitantes: renda pessoal, plano de saúde individual, e percepções de Capital Social (CS) com base no modelo de Loch et al (2015). As variáveis de percepção do CS foram 1) número de amigos próximos; 2) número de pessoas que estariam dispostas a emprestar dinheiro ao respondente, se necessário; 3) confiabilidade dos moradores do bairro, de acordo com a opinião dada sobre a seguinte afirmação “a maioria das pessoas que moram no bairro/local é de confiança”; 4) percepção da frequência com que as pessoas se ajudam no bairro; (5) percepção de segurança no bairro; 6) participação em atividades comunitárias ou cívicas (LOCH et al., 2015).

3. Fatores de necessidade: saúde autorreferida, número de doenças crônicas e número de medicamentos prescritos usados nas últimas duas semanas.

As categorias originais das variáveis independentes, assim como a recategorização e codificação estão apresentadas nos **Quadros 3,4 e 5**.

Quadro 3– Fatores Predisponentes e suas Categorizações

Variáveis	Codificação Original	Categorias do Estudo Atual
Sexo	(0) Masculino (1) Feminino	(0) Masculino (1) Feminino
Idade	Qual a sua idade? __anos	(0) 18-59 anos (1) ≥ 60 anos
Cor	Se o(a) Sr(a) tivesse que responder ao Censo do IBGE hoje, como se classificaria a respeito de sua cor ou raça? (0) Preta (1) Parda (2) Branca (3) Amarela (4) Indígena	(0) Branca (1) Não branca (Preta/parda/amarela/Indígena)
Estado Civil	Atualmente sua situação conjugal/estado civil é: O(a) Sr(a) é solteiro, casado? (0) Solteiro(a) (1) Casado(a) (2) Em união estável (3) Separado(a)/ divorciado(a) (4) Viúvo(a)	(0) Divorciado/Viúvo/ Solteiro (1) Casado/União Estável
Escolaridade	O(a) Sr(a) estudou até que série? (0) Fundamental 1 incompleto (1) Fundamental 1 completo (2) Fundamental 2 incompleto (3) Fundamental 2 completo (4) Médio incompleto (5) Médio completo (6) Superior incompleto (7) Superior completo (8) Especialização (9) Mestrado (10) Doutorado (11) Outros	(0) 0-4 anos (1) ≥ 5 anos

FONTE: Autoria própria com base no questionário do Projeto Prover.

Quadro 4 – Fatores Capacitantes e suas Categorizações

Variáveis	Codificação Original	Categorias do Estudo Atual
Renda pessoal mensal	<p>No último mês, qual foi aproximadamente sua renda pessoal mensal?</p> <p>(0) Menor que um salário (1) 1 salário mínimo (2) Entre 1 e 2 salários (3) Maior que 2 e menor que 4 salários (4) Maior que 4 salários (5) Não possui renda</p>	<p>(0) Menos de um Salário Mínimo (1) Um a dois Salários Mínimos (2) Mais de dois Salários Mínimos</p>
Plano de Saúde	<p>Possui algum tipo de plano ou seguro de saúde?</p> <p>(0) Não possuo plano de saúde (1) Sim, possuo plano particular de saúde pago pela empresa (2) Sim, possuo plano particular de saúde pago por mim ou por minha família</p>	<p>(0) Não possui plano de saúde (1) Possui plano de saúde</p>
Capital social		
Número de pessoas próximos	<p>Número de pessoas próximas (amigos, vizinhos, parentes) com quem se sente a vontade para conversar sobre assuntos particulares. ____</p>	<p>(0) 0-3 (1) ≥ 4</p>
Número de pessoas que emprestariam dinheiro	<p>Número de pessoas de fora do seu domicílio que estariam dispostas a lhe emprestar dinheiro</p> <p>(0) Ninguém (1) Uma ou duas pessoas (2) Três ou quatro pessoas (3) Cinco ou mais pessoas</p>	<p>(0) nenhuma (1) pelo menos uma pessoa</p>
Confiança nas pessoas do bairro	<p>Pode confiar na maioria das pessoas que moram no seu bairro/localidade</p> <p>(0) Concordo totalmente (1) Concordo em parte (2) Não concordo e nem discordo (3) Discordo em parte (4) Discordo totalmente</p>	<p>(0) negativa (Não concordo e nem discordo/Discordo em parte/Discordo totalmente) (1) positiva (concordo totalmente/concordo em parte)</p>

Quadro 4 – Fatores Capacitantes e suas Categorizações (Continuação)

Variáveis	Codificação Original	Categorias do Estudo Atual
Frequência de ajuda entre as pessoas do bairro	Frequência que pessoas deste bairro/localidade ajudam umas às outras: (0) Sempre ajudam (1) Quase sempre ajudam (2) Algumas vezes ajudam (3) Poucas vezes ajudam (4) Nunca ajudam	(0) negativa (Algumas vezes ajudam/poucas vezes ajudam/nunca ajudam) (1) positiva (sempre ajudam/quase sempre ajudam)
Segurança no bairro	Segurança do seu bairro/localidade (0) Muito pacífico (1) Moderadamente pacífico (2) Nem pacífico nem violento (3) Moderadamente violento (4) Muito violento	(0) negativa (Nem pacífico nem violento/moderadamente violento/muito violento) (1) positiva (Muito pacífico/moderadamente pacífico)
Participação em atividades comunitárias	Participação nos últimos 12 meses nessas atividades: Associação de moradores, ONGs ou projeto social, Reunião de conselho, Campanha eleitoral ou campanha informativa Protestos para reclamar de condições no bairro/cidade/país, Contato político Alertou alguma mídia sobre problemas no bairro ou cidade, Contato com polícia ou justiça a respeito de problemas no bairro ou cidade.	(0) não (nenhuma) (1) sim (Pelo menos 1 atividade)

* Valor do salário mínimo à época do estudo: R\$ 937,00.

FONTE: Autoria própria com base no questionário do Projeto Prover.

Quadro 5 – Fatores de Necessidade e suas Categorizações

Variáveis	Codificação Original	Categorias do Estudo Atual
Estado de saúde autorreferido	Em geral como o(a) Sr(a) avalia a sua própria saúde ? (1) Muito boa ou excelente (2) Boa (3) Regular (4) Ruim (5) Muito ruim	(0) Muito Boa/ Boa (1) Regular/Ruim/Muito Ruim
Número de doenças crônicas	Algum médico já lhe disse que o(a) Sr(a): Tem ou teve Hipertensão arterial? (0) Não (1) Sim (2) Sim, na gravidez Tem ou teve doença cardiovascular? (0) Não (1) Sim Tem ou teve diabetes? (0) Não (1) Sim Tem ou teve doenças respiratórias? (0) Não (1) Sim Tem ou teve úlcera péptica? (0) Não (1) Sim Tem ou teve ansiedade, transtorno de humor, depressão? (0) Não (1) Sim Tem ou teve colesterol alto? (0) Não (1) Sim	(0) Até duas condições de saúde (1) Três ou mais condições de saúde
Número de medicamentos prescritos nas duas últimas semanas	Quantos medicamentos receitados pelo médico/dentista/enfermeiro o Sr(a) tomou nos últimos 15 dias? (0) 1 Med (1) 2 Med (2) 3 Med (3) 4 Med (4) 5 Med (5) Mais de 5 Med. Especificar: _____	(0) Até 2 medicamentos (1) 3 ou 4 medicamentos (2) 5 ou mais medicamentos

FONTE: Autoria própria com base no questionário do Projeto Prover.

4.6.2. Análise de dados

Foram realizadas análises descritivas, bivariadas e multivariadas, conforme descrito a seguir.

Análise descritiva

Inicialmente foi estimada a prevalência das variáveis dependentes e independentes, as medidas de tendência central (médias) e de dispersão (desvios-padrão) para as características estudadas. As variáveis foram categorizadas com base na mediana e na literatura.

Análise bivariada

A análise bivariada foi realizada para verificar as possíveis diferenças entre indivíduos que efetuaram gastos com medicamentos e aqueles que não reportaram despesas com esses produtos, considerando-se as características demográficas, sócio-econômicas, relativas à saúde e às medidas de capital social. A análise foi baseada no teste qui-quadrado de Pearson.

Análise multivariada

A análise dos fatores associados às variáveis dependentes foi realizada por meio de análise de Regressão Logística Multivariada. Foram incluídas no modelo inicial todas as variáveis que apresentarem nível de significância inferior a 0,20, conforme análise bivariada. A análise de regressão logística multivariada foi realizada utilizando o método stepwise forward em que foram incorporadas as variáveis independentes por ordem de significância estatística apresentada nas análises bivariadas. Foram mantidas no modelo de regressão final as variáveis que apresentaram significância estatística de p-valor < 0,05. Os resultados do modelo foram apresentados segundo razões de chance e intervalos de 95% de confiança (IC 95%). Os dados foram analisados no programa estatístico Stata.

5. RESULTADOS

Um total de 1.219 indivíduos responderam os dados a respeito dos GPM e preencheram os critérios de inclusão para participarem do estudo. A comparação entre respondentes (n = 1.219) e não respondentes (n = 387) não revelou diferenças estatisticamente significativas para sexo (p = 0,193), cor da pele (p = 0,982) e idade (p = 0,294).

A descrição das características dos participantes da pesquisa é mostrada nas **Tabelas 2-4**.

Dentre os fatores predisponentes (**Tabela 2**), a amostra foi composta em sua maioria por indivíduos do sexo feminino (65,2%), a faixa etária compreendida entre 60 anos ou mais foi a mais frequente (55,0%). Quanto à cor, a maioria das observações é de indivíduos declarados como não brancos (53,3%). Além disso, quase metade da população (48,7%) possuía menos que quatro anos de estudo.

Tabela 2 – Características dos pacientes da atenção primária à saúde (n=1.219). Fatores Predisponentes. Projeto Prover, 2017.

Características	População estudada	Porcentagem (%)
Sexo		
Masculino	424	34.8
Feminino	795	65.2
Idade		
18-59	549	45.0
60 ou mais	670	55.0
Cor		
Branca	547	46.7
Não-branca	624	53.3
Estado Civil		
Divorciado/Viúvo/ Solteiro	516	42.4
Casado/União Estável	700	57.6
Escolaridade ^b		
0-4	590	48.7
5 ou mais	621	51.3

^a em anos de estudo

Já dentre os fatores capacitantes, a maioria da população estudada (71,7%) não possuía plano privado de saúde. Além disso, a renda pessoal mensal entre um e dois salários-mínimos (65,3%) foi predominante na amostra.

No que se refere ao capital social, a maioria da população apresentou resultados negativos para fatores relacionados ao número de pessoas próximas, à frequência de ajuda entre as pessoas do bairro, à segurança no bairro e à participação comunitária.

Tabela 3 – Características dos pacientes da atenção primária à saúde (n=1.219). Fatores Capacitantes. Projeto Prover, 2017.

Características	População estudada	Porcentagem (%)
Renda pessoal mensal ^a		
< 1	335	27.7
1-2	791	65.3
> 2	85	7.0
Plano de Saúde		
Não	874	71.7
Sim	345	28.3
Capital Social		
Número de pessoas próximas		
0-3	711	58.3
4 ou mais	508	41.7
Pessoas que emprestariam dinheiro em caso de necessidade		
0	464	39.0
1 ou mais	727	61.0
Confiança nas pessoas do bairro		
Negativa	524	43.4
Positiva	682	56.6
Frequência de ajuda entre as pessoas do bairro		
Negativa	597	50.1
Positiva	595	49.9
Segurança no bairro		
Negativa	788	65.1
Positiva	422	34.9
Participação Comunitária		
Não	806	66.1
Sim	413	33.9

^a 1 = salário mínimo mensal (R\$ 937)

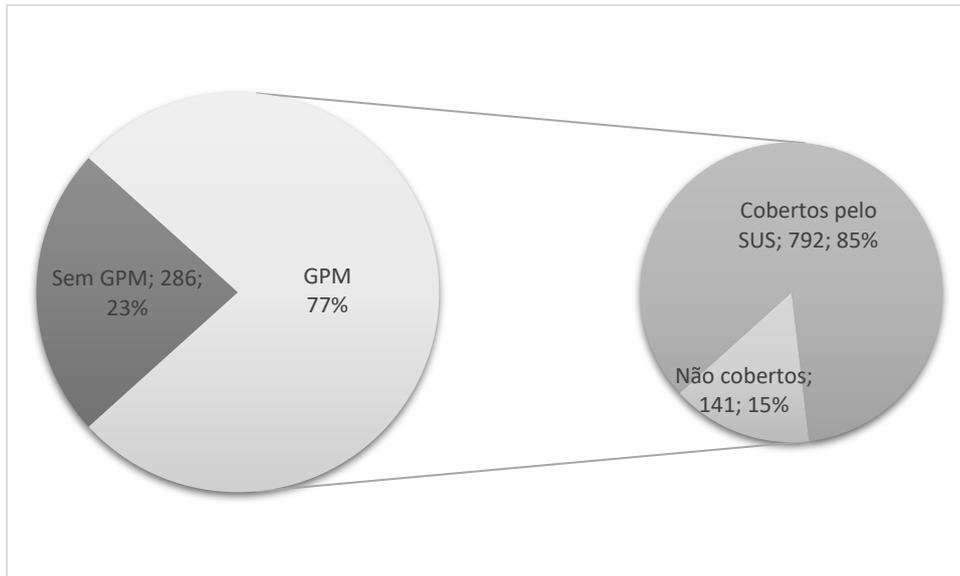
Finalmente, dentre os fatores de necessidade, a maioria da população declarou estado de saúde como regular/ruim/muito ruim (57,4%) e ter mais de cinco medicamentos prescritos nas duas semanas anteriores à entrevista (42,8%). Além disso quase 40% da população possui três ou mais doenças crônicas diagnosticadas.

Tabela 4 – Características dos pacientes da atenção primária à saúde (n=1.219). Fatores de Necessidade. Projeto Prover, 2017.

Características	População estudada	Porcentagem (%)
Estado de saúde autorreferido		
Muito boa/boa	512	42.6
Regular/ruim/muito ruim	690	57.4
Número de doenças crônicas		
0-2	735	60.3
3 ou mais	484	39.7
Número de medicamentos prescritos nas duas últimas semanas		
0-2	330	27.1
3-4	367	30.1
5 ou mais	522	42.8

Entre os participantes, 77% tiveram algum GPM nos 3 meses anteriores à entrevista e a maioria teve que usar a farmácia privada para comprar medicamentos que eram cobertos pelo Sistema Único de Saúde (SUS) que não estavam disponíveis na farmácia pública (**Figura 3**).

Figura 3 - Parcela de participantes com GPM por cobertura do sistema público.

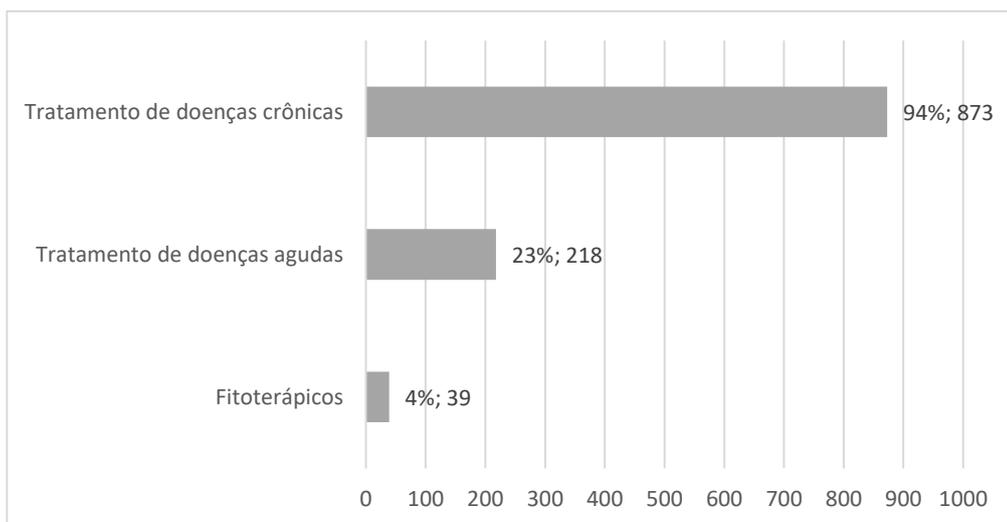


GPM: Gastos Privados com Medicamentos; SUS: Sistema Único Universal

FONTE: Autoria Própria

Em relação às características dos GPM, a **figura 4** mostra que entre os participantes que tiveram algum gasto com medicamentos, a maioria comprou medicamentos para o tratamento de doenças crônicas (94%).

Figura 4– Parcela de participantes com GPM por tipo de medicamento adquirido.



FONTE: Autoria Própria

Os resultados das análises bivariadas, com o Odds Ratio estimado para os fatores predisponentes, capacitantes, de necessidade e GPM encontram-se, respectivamente, nas **Tabelas 5-7**.

Observa-se na **Tabela 5** que, em relação aos fatores predisponentes, apenas idade apresentou, nessa análise, associações estatisticamente significantes ($p < 0,05$) com GPM. Dentre os indivíduos com mais de 60 anos, 79% teve algum tipo de GPM.

Tabela 5 – Associação bivariada entre fatores predisponentes e GPM. Prover, Minas Gerais, Brasil, 2017.

Características	GPM Prevalência (%)	OR (95% IC)	p-valor
Sexo			
Masculino	76.2	1.00	0.791
Feminino	76.8	1.04 (0.79-1.37)	
Idade			
18-59	73.8	1.00	0.033
60 ou mais	79.0	1.33 (1.02-1.74)	
Cor			
Branca	78.6	1.00	0.100
Não-branca	74.5	0.79 (0.61-1.04)	
Estado Civil			
Divorciado/Viúvo/ Solteiro	78.9	1.00	0.102
Casado/União Estável	74.8	0.80 (0.61-1.05)	
Escolaridade ^a			
0-4	78.8	1.00	0.080
5 ou mais	74.6	0.79 (0.60-1.03)	

GPM: Gasto privado com medicamentos; OR: Odds Ratio; IC: Intervalo de Confiança

^a em anos de estudo

Já em relação aos fatores capacitantes, observa-se na **Tabela 6** que renda e cobertura por plano de saúde apresentaram, nessa análise, associações estatisticamente significantes ($p < 0,05$) com GPM. Além disso, os GPM foram mais prevalentes entre aqueles que possuíam renda de mais de dois salários mínimos (80%). Dentre a população coberta por plano de saúde privado, 81,7% dos indivíduos tiveram gastos com medicamentos. Quanto ao nível de capital social, observa-se que apenas o nível de confiança nas pessoas do bairro e o nível de segurança no bairro apresentou associação estatisticamente significativas ($p < 0,05$) para GPM.

Tabela 6 – Associação bivariada entre fatores capacitantes e GPM. Prover, Minas Gerais, Brasil, 2017.

Características	GPM		
	Prevalência (%)	OR (95% IC)	p-valor
Renda pessoal mensal ^a			
< 1	71.6	1.00	0.034
1-2	78.5	1.44 (1.08-1.93)	
> 2	80.0	1.58 (0.88-2.83)	
Plano de Saúde			
Não	74.6	1.00	0.008
Sim	81.7	1.52 (1.11-2.08)	
Capital Social			
Número de pessoas próximas			
0-3	75.8	1.00	0.428
4 ou mais	77.7	1.11 (0.85-1.46)	
Pessoas que emprestariam dinheiro em caso de necessidade			
0	74.6	1.00	0.212
1 ou mais	77.7	1.19 (0.90-1.56)	
Confiança nas pessoas do bairro			
Negativa	73.1	1.00	0.016
Positiva	79.0	1.39 (1.06-1.81)	
Frequência de ajuda entre as pessoas do bairro			
Negativa	74.5	1.00	0.080
Positiva	78.8	1.27 (0.97-1.66)	
Segurança no bairro			
Negativa	74.9	1.00	0.041
Positiva	80.1	1.35 (1.01-1.80)	
Participação Comunitária			
Não	77.0	1.00	0.623
Sim	75.8	0.93 (0.71-1.23)	

GPM: Gasto privado com medicamentos; OR: Odds Ratio; IC: Intervalo de Confiança

^a 1 = salário mínimo mensal (R\$ 937)

Finalmente, para os fatores de necessidade, observa-se na **Tabela 7** que todas as variáveis apresentaram, nessa análise, associações estatisticamente significantes ($p < 0,05$) com os desfechos propostos.

Aproximadamente 87% das pessoas que referiram possuir três ou mais doenças crônicas e que alegaram ter cinco ou mais medicamentos prescritos incorreram em despesas para aquisição de medicamentos. Observou-se também que a auto percepção de saúde regular/ruim/muito ruim também esteve associada aos gastos, sendo que a maioria dos indivíduos desta categoria apresentaram GPM (82,7%).

Tabela 7 – Associação bivariada entre fatores de necessidade e GPM. Prover, Minas Gerais, Brasil, 2017.

Características	GPM Prevalência (%)	OR (95% IC)	p-valor
Estado de saúde autorreferido			
Muito boa/boa	68.5	1.00	0.000
Regular/ruim/muito ruim	82.7	1.90 (1.65-2.19)	
Número de doenças crônicas			
0-2	69.9	1.00	0.000
3 ou mais	86.8	2.82 (2.07-3.83)	
Número de medicamentos prescritos nas duas últimas semanas			
0-2	60.3	1.00	0.000
3-4	76.3	2.11 (1.53-2.94)	
5 ou mais	87.2	4.47 (3.19-6.27)	

GPM: Gasto privado com medicamentos; OR: Odds Ratio; IC: Intervalo de Confiança

Os resultados significativos ($p < 0,05$) da análise multivariada dos fatores associados ao GPM são apresentados na **Tabela 8**.

Entre os fatores capacitantes, indivíduos que possuíam renda pessoal mensal superior a dois salários mínimos brasileiros tinham quase duas vezes mais chances de gastar dinheiro com medicamentos em comparação a indivíduos de menor renda. A chance de GPM também foi maior entre aqueles que possuíam plano de saúde e que relataram alta confiança na vizinhança.

Considerando os fatores de necessidade, o estado de saúde autorreferido regular/ruim/muito ruim e a presença de três ou mais doenças crônicas foram significativamente associados ao GPM. Além disso, o número de medicamentos prescritos utilizados mostrou relação dose-resposta com GPM. Quanto maior o número de medicamentos prescritos utilizados, maior a ocorrência de GPM.

Tabela 8- Análise de regressão logística dos fatores associados aos GPM (n=1,219); Projeto Prover, 2017.

Características	OR (95% IC)	p-valor
Fatores Capacitantes		
Renda pessoal mensal ^a		
< 1	1.00	-
1-2	1.30 (0.95-1.78)	0.096
> 2	1.92 (1.02-3.62)	0.042
Plano de Saúde		
Não	1.00	
Sim	1.40 (1.01-1.95)	0.048
Confiança nas pessoas do bairro		
Negativa	1.00	-
Positiva	1.34 (1.01-1.79)	0.044
Fatores de Necessidade		
Estado de saúde autorreferido		
Muito boa/boa	1.00	-
Regular/ruim/muito ruim	1.63 (1.20-2.21)	0.002
Número de doenças crônicas		
0-2	1.00	-
3 ou mais	1.70 (1.18-2.46)	0.004
Número de medicamentos prescritos nas duas últimas semanas		
0-2	1.00	-
3-4	1.81(1.29-2.55)	0.001
5 ou mais	2.84 (1.90-4.26)	<0.001
Goodness-of-fit teste	0.5810	

GPM: Gastos Privados com Medicamentos; OR: Odds Ratio; IC: Intervalo de Confiança

^a 1 = salário mínimo mensal (R\$ 937)

6. DISCUSSÃO

O gasto privado com medicamentos (GPM) pode criar uma barreira financeira ao acesso, resultando em necessidades não atendidas, ou levar a dificuldades financeiras para as pessoas que utilizam os serviços de saúde (OMS, 2019). Nosso estudo avaliou a prevalência e os fatores associados aos GPM entre os pacientes da ABS. Constatamos que os GPM eram muito prevalentes (77%), e muitas vezes eram feitos para medicamentos que eram cobertos pelo sistema público, mas não estavam disponíveis nas farmácias públicas. Além disso, os GPM foram associados à renda pessoal mensal, plano de saúde, confiança no bairro, estado de saúde autorreferido, número de doenças crônicas e número de medicamentos prescritos.

Estudos anteriores realizados em países com distribuição gratuita de medicamentos, como Ucrânia e Áustria, mostraram grande divergência em seus resultados. Por exemplo, na Ucrânia a prevalência de GPM foi de 96% (OMS, 2020). Em contraste, a Áustria, um país de alta renda, encontrou uma prevalência de apenas 12% (SANWALD e THEURL, 2017). É importante ressaltar, no entanto, que comparações diretas entre as estimativas de prevalência de diferentes estudos devem ser realizadas com cautela, pois existem diferenças metodológicas, como o local do estudo (SANWALD e THEURL, 2017; OMS, 2020; CESAR et al., 2008; LIMA et al., 2007; CANELLA et al., 2015), a faixa etária dos participantes (CESAR et al., 2008; LIMA et al., 2007), os tipos de medicamentos incluídos para avaliação (LIMA et al., 2007) e também diferenças intrínsecas aos sistemas de saúde de cada país (SANWALD e THEURL, 2017; OMS, 2020).

Embora avanços tenham ocorrido no fornecimento de medicamentos em todo o mundo, grandes desigualdades permanecem em países de média renda e o progresso é particularmente lento na melhoria de acesso aos medicamentos essenciais (OMS, 2021). Nossos resultados mostraram uma prevalência de GPM de 77%. Esse resultado está de acordo com estudos anteriores realizados no Brasil, onde a prevalência de GPM variou entre 65% e 83% (CESAR et al., 2008; LIMA et al., 2007; CANELLA et al., 2015). Por outro lado, considerando que incluímos apenas os pacientes atendidos regularmente no SUS, seria esperado uma taxa menor de GPM. O sistema de saúde opera sob a premissa de distribuição gratuita e universal de

medicamentos, portanto, deveria proteger os pacientes, principalmente os de menor renda, desse gasto (BARROS et al., 2008).

A maioria dos pacientes teve algum tipo de GPM com itens cobertos pelo SUS, mas que estavam em falta nas farmácias públicas. Esse resultado confirma achados anteriores no mesmo município que mostraram que a indisponibilidade de medicamentos no SUS era um problema recorrente na percepção de farmacêuticos e pacientes (LUZ et al., 2017). Recentemente, outro estudo avaliou a disponibilidade de medicamentos no sistema público e constatou que apenas 39,4% dos os pacientes tinham acesso a todos os medicamentos prescritos (BUENO et al., 2021). O fornecimento adequado de medicamentos gratuitos reduziria os GPM e aumentaria o acesso aos medicamentos. A indisponibilidade de medicamentos no sistema, no entanto, faz com que os pacientes gastem mais com medicamentos prescritos ou deixem de tomar alguns medicamentos (BERTOLDI et al., 2011) piorando a qualidade de vida e aumentando a morbimortalidade (TAVARES et al., 2016).

Por fim, constatamos que os medicamentos adquiridos para doenças crônicas foram o principal motivo da ocorrência de GPM. É provável que indivíduos com doenças crônicas necessitem de mais cuidados de saúde e tenham maior probabilidade de receber prescrição médica, além de fazerem maior uso de medicamentos, principalmente os de uso contínuo. Nessa situação, o alto nível de GPM é preocupante, pois uma das prioridades do SUS é fornecer acesso gratuito a medicamentos para diabetes, hipertensão e outras doenças crônicas prevalentes (BERTOLDI et al., 2011). Como esses medicamentos nem sempre estão disponíveis no SUS, os pacientes fazem pagamentos diretos para obter seus tratamentos, o que, por sua vez, pode levá-los a um maior empobrecimento, pois tratamentos de longo prazo podem indicar um ônus econômico constante (MENDES et al., 2014). Considerando que a população usuária da ABS é composta principalmente por indivíduos com doenças crônicas (GUIBU et al., 2017) e essas condições de saúde são responsáveis por 70% da taxa de mortalidade no país (IBGE, 2014), reforça-se a importância de uma oferta adequada de medicamentos de uso contínuo para a população usuária do SUS.

Outro aspecto investigado neste estudo foram os fatores associados aos GPM. Três fatores capacitantes (maior renda pessoal mensal, presença de plano de saúde

e alto nível de confiança na vizinhança) e três fatores de necessidade (saúde autorreferida, número de doenças crônicas e número de medicamentos prescritos) contribuíram para explicar os GPM. Nossos resultados em relação à renda pessoal são consistentes com os observados em outros estudos que mostram uma associação positiva entre maior renda e GPM (DU et al., 2019; SANWALD e THEURL, 2017). É possível supor que a população de maior renda tem mais facilidade de acesso aos medicamentos pelo setor privado enquanto a população de menor renda busca mais o setor público e depende de uma oferta gratuita de medicamentos para não comprometer seu orçamento familiar e seu tratamento (BOING et al., 2013; MONTEIRO et al., 2019).

Os resultados encontrados sobre plano de saúde também estão de acordo com outros estudos, que apontam o vínculo do plano de saúde como um importante fator explicativo da maior GPM (COSTA-FONT et al., 2007). Isso pode refletir o fato de que os pacientes com plano de saúde costumam ter melhores condições financeiras para cobrir os custos de medicamentos prescritos e, conseqüentemente, apresentam maiores GPM (KLEIN et al., 2004).

Neste estudo, o maior nível de confiança na vizinhança, foi associado à maior ocorrência de GPM. O nível de confiança da vizinhança é um indicador de Capital Social (CS). Embora não haja consenso na literatura em torno do conceito e operacionalização do CS (VILLALONGA-OLIVES et al., 2015), vários estudos têm demonstrado sua associação com desfechos de saúde, como melhor autopercepção de saúde (LOCH et al., 2015), redução da subutilização de medicamentos por motivos financeiros (BARROS et al., 2008) e redução da mortalidade geral (GONTIJO et al., 2019). No entanto, não encontramos outros estudos que investigaram o papel do CS nos GPM que permitissem comparações diretas. Por outro lado, estudos anteriores mostraram que o CS pode estar associado a uma melhor adesão ao tratamento médico apesar dos custos (BARROS et al., 2008). A relação entre GPM e adesão é complexa, pois muitos pacientes continuam usando seus medicamentos mesmo enfrentando altos custos para aquisição da medicação, baixa renda, e falta de cobertura de medicamentos prescritos (STEINMAN et al., 2001; PIETTE et al., 2004). Nossos resultados reforçam a ideia de que mesmo populações que compartilham vulnerabilidades semelhantes, como altas necessidades de saúde e baixas condições

socioeconômicas, podem se comportar de maneira muito diferente em relação à medicação prescrita, dependendo do contexto social e cultural a que pertencem.

Em relação aos fatores de necessidade considerados neste estudo, todos estiveram associados à ocorrência de GPM. Pacientes que apresentam piores condições de saúde apresentaram maior probabilidade de ter GPM, o que seria esperado dado o perfil de gastos revelado na análise descritiva. Pacientes com três ou mais condições crônicas, por exemplo, tiveram quase duas vezes mais chances de ter GPM quando comparados àqueles que relataram ter até duas doenças crônicas no mesmo período. Outro fator de necessidade para a determinação do GPM foi o número de medicamentos prescritos utilizados nas duas semanas anteriores. Esse achado está de acordo com o observado por outros autores que mostraram que indivíduos com maior número de medicamentos prescritos tiveram significativamente menos chances de obter toda a farmacoterapia no sistema público (FENG et al., 2016; ELGAR, 2010).

Por fim, pacientes com pior estado de saúde autorreferido foram mais propensos a ter GPM, resultado semelhante foi encontrado por Costa-Font (2007). Esse resultado era previsto pois estudos anteriores postulam que quanto pior a saúde autorreferida, maior o número de doenças crônicas e o uso de medicamentos (SILVA et al., 2018; SILVA et al., 2012). Esses achados estão de acordo com estudos prévios (HABIBOV, 2009; SUM et al., 2018; COSTA-FONT et al., 2007) e evidenciam que o SUS está deixando de atender justamente os pacientes com maiores necessidades de saúde.

Algumas limitações do estudo merecem consideração. Em primeiro lugar, as pesquisas são inerentemente propensas ao viés de informação, o que pode afetar seus resultados. Para evitar esse viés, vários cuidados metodológicos foram tomados, como recrutamento, treinamento e supervisão da equipe de campo para garantir o cumprimento do protocolo do estudo, pré-teste dos instrumentos e acompanhamento de todo o processo de coleta de dados.

Em segundo lugar, avaliar os GPM é particularmente desafiador, considerando a ausência de consenso na literatura sobre como medir essa variável, qual o período de tempo a ser analisado, onde e como coletar os dados. Usamos um questionário de

10 itens abordando diferentes aspectos dos GPM, cobrindo vários períodos de tempo e detalhes específicos da última compra para minimizar o viés de memória. Os pacientes relataram se os medicamentos prescritos eram cobertos pelo SUS. Portanto, para minimizar o viés de informação, incluímos apenas participantes que eram usuários das farmácias públicas e, conseqüentemente, do sistema de saúde, há pelo menos seis meses. A maior experiência com o sistema permitiu fornecer informações mais precisas sobre os gastos com medicamentos em falta nas farmácias públicas.

Em terceiro lugar, devido a fatores logísticos e de custo, adotamos uma técnica de amostragem não aleatória, e essa opção poderia ter, teoricamente, gerado viés de resposta voluntária e prejudicado as conclusões de nosso estudo (WANG et al., 2019). No entanto, nos esforçamos para controlar essa fonte potencial de viés. Estratificamos a população em subpopulações e adotamos procedimentos operacionais padronizados para inclusão dos participantes, evitando viés de seleção.

Nosso estudo foi realizado em um município polo de saúde, portanto, estratégico para a organização do sistema de saúde e com perfil social e de saúde comparável ao Brasil como um todo. Espera-se encontrar taxas semelhantes de prevalência e fatores associados de GPM entre pacientes da atenção básica em outras partes do Brasil, principalmente municípios de grande porte, entre 100 e 900 mil habitantes, considerando que a atenção básica no país está sujeita às mesmas políticas, regulamentações de execução e financiamento (BRASIL, 2017; BRASIL, 1998; BRASIL, 2004). Além disso, a análise do perfil dos participantes e não participantes do estudo não revelou diferenças estatisticamente significativas, e a população do estudo é semelhante à população atendida na ABS no país (BERTOLDI et al., 2016). Juntos, esses pontos reforçam a validade externa dos nossos resultados (LESKO et al., 2017; MURAD et al., 2018).

7. CONCLUSÃO

O Brasil possui um dos maiores sistemas públicos de saúde do mundo, incluindo acesso gratuito a medicamentos, no entanto, permanecem desafios consideráveis para o financiamento e fornecimento de medicamentos no país. A baixa disponibilidade e falta de estoque de medicamentos no SUS podem levar os pacientes a GPM. Nossos achados evidenciam que os GPM são multifatoriais, com fatores individuais e contextuais desempenhando papéis importantes. O cenário atual tem mostrado que pacientes com melhores condições socioeconômicas, maior capital social e pior estado de saúde são mais propensos a GPM. Esse resultado mostra diferenças no acesso a medicamentos entre os pacientes do SUS. É importante notar, no entanto, que os pacientes do SUS compartilham vulnerabilidades semelhantes, como, por exemplo, baixa condição socioeconômica e escolaridade. Nesse contexto, a ocorrência de GPM representa o risco de gerar dificuldades financeiras para essa população. Nossos resultados podem indicar que os pacientes que apresentaram GPM priorizaram a adesão ao tratamento, apesar das pressões relacionadas ao custo.

8. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os gastos privados com medicamentos (GPM) é um problema mundial. De acordo com o relatório da OCDE (2021), na maioria dos países, os gastos privados com produtos farmacêuticos cresceram mais rápido do que os gastos públicos na última década. Até 90% da população dos países em desenvolvimento compra medicamentos por meio de GPM (OMS, 2017). Os GPM podem criar uma barreira financeira ao acesso, resultando em necessidades não atendidas, ou gerar dificuldades financeiras aos pacientes usuários dos serviços de saúde. Apesar da relevância do tema, há poucas informações sobre esses gastos na atenção básica e o Brasil não é exceção.

Esta tese, avaliou a prevalência e os fatores associados aos GPM entre os pacientes da atenção básica à saúde (ABS) do Sistema Único de Saúde (SUS). Os resultados mostraram uma alta prevalência de GPM entre usuários da ABS no SUS, sendo a indisponibilidade de medicamentos nas farmácias públicas o principal motivo para esses GPM.

De maneira geral, nossos achados apontam para a necessidade de melhorias no sistema de financiamento e fornecimento de medicamentos no SUS. Os formuladores de políticas devem focar em intervenções direcionadas a pacientes com piores condições financeiras e, conseqüentemente, menor acesso a medicamentos em farmácias privadas, e em pacientes com pior estado de saúde. Melhorar a oferta de medicamentos, principalmente para esses grupos, contribui para menor ônus financeiro, melhor adesão ao tratamento e melhor resultado terapêutico.

REFERÊNCIAS

ÁLVARES, J. et al. Acesso aos medicamentos pelos usuários da atenção primária no Sistema Único de Saúde. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v.51, n.2, 2017.

ANDERSEN R, NEWMAN JF. Societal and individual determinants of medical care utilization in the United States. **Milbank Meml Fund Q Health Soc**, v.51, p.95–121, 1973.

AZIZ, M.M. 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. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 27, n. 10, p. 1939-1950, out. 2011.

BARROS, A. et al. Out-of-pocket health expenditure in a population covered by the Family Health Program in Brazil. **International Journal of Epidemiology**, v.37 p.758–765, 2008.

BERTOLDI, A. et al. Household Expenditures for Medicines and the Role of Free Medicines in the Brazilian Public Health System. **Am J Public Health**, v.101, n. 5, p.916–921,2011.

BERTOLDI A.D. et al. Sociodemographic profile of medicines users in Brazil: results from the 2014 PNAUM survey. **Rev Saude Publica**, São Paulo, v. 50, supl.2, 5s, 2016.

BOING, A.C. et al. Desigualdades socioeconômicas nos gastos e comprometimento da renda com medicamentos no Sul do Brasil. **Rev Saúde Pública**, São Paulo, v.45, n.5, p. 897-905, 2011.

BOING A. C. et al. Acesso a medicamentos no setor público: análise de usuários do Sistema Único de Saúde no Brasil. **Cad Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.29, n.4, p. 691-701, 2013.

BOING, A. C. et al. A influência dos gastos com saúde no empobrecimento de famílias no Brasil. **Rev Saúde Pública**, São Paulo, v.48, n.5, p. 797-807, 2014.

BUENO M.A.M.; SIMOES T.C.; LUZ T.C.B. Diferenças na disponibilidade de medicamentos prescritos na Atenção Primária: evidências do Projeto Prover. **Cien Saude Coletiva**, v. 27, n. 3, p. 1191-2003, 2021.

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Lei Orgânica da Saúde. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Lex: Assuntos Jurídicos, Brasília, v. 128, n. 182, p.18055-18059, 20 set. 1990. Legislação Federal.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº. 176 de 8 mar. 99. Estabelece critérios e requisitos para a qualificação dos Municípios e Estados ao Incentivo à Assistência

Farmacêutica Básica e defines valores a serem transferidos. Lex: Assuntos Jurídicos, Brasília, 1999. Legislação Federal.

_____. Portaria Nº 3.916, de 30 de outubro de 1998. Aprovar a Política Nacional de Medicamentos, cuja íntegra consta do anexo desta Portaria. Determinar que os órgãos e entidades do Ministério da Saúde, cujas ações se relacionem com o tema objeto da Política agora aprovada, promovam a elaboração ou a readequação de seus planos, programas, projetos e atividades na conformidade das diretrizes, prioridades e responsabilidades nela estabelecidas. Lex: Assuntos Jurídicos, Brasília, 1998. Legislação Federal.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Gerência Técnica de Assistência Farmacêutica. Incentivo à Assistência Farmacêutica Básica: o que é e como funciona. Brasília – DF, abril, p 25, 2001.

_____. Resolução Nº 338, de 06 de maio de 2004. Aprovar a Política Nacional de Assistência Farmacêutica. Lex: Assuntos Jurídicos, Brasília, 2004. Legislação Federal.

_____. Ministério da Saúde. 1ª Conferência Nacional de Medicamentos e Assistência Farmacêutica: relatório final: efetivando o acesso, a qualidade e a humanização na assistência farmacêutica, com controle social. 2005.

_____. Ministério da Saúde. Assistência farmacêutica na atenção básica instruções técnicas para a sua organização. Brasília – DF 2006. Disponível em: http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd03_15.pdf .Lex: Brasília, 2006.

_____. Ministério da Saúde. A construção do SUS: histórias da Reforma Sanitária e do Processo Participativo / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Brasília, 2006.

_____. 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 Sistema Único de Saúde (QUALIFAR-SUS), 2012.

_____. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica / Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Secretaria de Atenção à Saúde; 2012.

_____. Ministério da Saúde. Portaria Nº 1.555, de 30 de julho de 2013. Dispõe sobre as normas de financiamento e de execução do Componente Básico da Assistência Farmacêutica no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), 2013. Lex: Assuntos Jurídicos, Brasília, 2013. Legislação Federal.

_____. Ministério da Saúde. QUALIFARSUS Programa Nacional de Qualificação da Assistência Farmacêutica no Âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília – DF 2016.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM n. 2436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Lex: Assuntos Jurídicos, Brasília, 2017. Legislação Federal.

_____. Ministério da Saúde. Assistência farmacêutica no SUS: 20 anos de políticas e propostas para desenvolvimento e qualificação. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos, Brasília – DF 2018a.

_____. Ministério da Saúde. Qualifar-SUS – Sobre Qualifar-SUS. Disponível em: <http://portalms.saude.gov.br/assistencia-farmacutica/qualifar-sus/sobre-qualifar-sus>. Acesso em setembro 2018b.

BRIESACHER, B.A. et al. Patients At-Risk for Cost-Related Medication Nonadherence: A Review of the Literature. **J Gen Intern Med**, v.22, n.6, p.864–871, 2007.

CANELLA, D. S.; NOVAES, H.M.; LEVY, R. B. Medicine expenses and obesity in Brazil: an analysis based on the household budget survey. **BMC Public Health**, v.16, n.1, p.1-8, 2015.

CARVALHO, G. I.; SANTOS, L. Comentários à Lei Orgânica de Saúde (Lei 8.080/90 e Lei 8.142/90): Sistema Único de Saúde. **Ed. Hucitec**, São Paulo, p. 290, 1995.

CARVALHO M.F.et al. Utilization of medicines by the Brazilian population, 2003. **Cad Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21 Sup, S100-S108, 2005.

CASTILLO-LABORDE, C.; VILLALOBOS, P. D. Describing out-of-pocket health payments in Chile: a look at two health care systems. **Revista medica de Chile**, v.141, n.11, p.1456-1463, 2013.

CESAR JA, OLIVEIRA-FILHO JA, BESS G, ET AL. Perfil dos idosos residentes em dois municípios pobres das regiões Norte e Nordeste do Brasil: resultados de estudo transversal de base populacional. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.24, n.8, p. 1835-1845, 2008.

COLEMAN, J.S. Social theory, social research, and a theory of action. **American journal of Sociology**, v.91, n.6, p.1309-1335, 1986.

COLEMAN, J.S. Social capital in the creation of human capital. **AJS**, v.94, p. 95-120, 1998.

COLET, C. D. F.; BORGES, P. E. M.; AMADOR, T. A. Profile of drug spend among elderly individuals from different socioeconomic groups. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v.19, n.4, p. 591-601, 2016.

CONASS. Assistência Farmacêutica no SUS. 2007. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/colecao_progestores_livro7.pdf. Acesso 08 de dezembro de 2021.

COSTA E. A. et al. Concepções de assistência farmacêutica na atenção primária à saúde, Brasil. **Rev Saude Publica**, São Paulo, v. 51, Suppl 2,5s, 2017.

COSTA-FONT J., KANAVOS P., ROVIRA J. Determinants of out-of-pocket pharmaceutical expenditure and access to drugs in Catalonia. **Appl Econ**, v.39, n.5, p.541–551, 2007.

DU J. et al. Socioeconomic determinants of out-of-pocket pharmaceutical expenditure among middle-aged and elderly adults based on the China Health and Retirement Longitudinal Survey. **BMJ Open**, v.9, n.7, e024936, 2019. doi:10.1136/bmjopen-2018-024936

ELGAR F.J. Income inequality, trust, and population health in 33 countries. **Am J Public Health**, v.100, n.11, p.2311-2315, 2010.

ERIKSSON M. Social capital and health-implications for health promotion. **Glob Health Action**, v.8, n.4, 56110 2011. doi: 10.3402/gha.v4i0.5611

FALEIROS D. R. et al. Financiamento da assistência farmacêutica na gestão municipal do Sistema Único de Saúde. **Rev Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.51, Supl 2,14s, 2018.

FARAJZADEGAN Z. et al. Social capital – a neglected issue in diabetes control: a cross-sectional survey in Iran. **Health and social care in the community**, v.21, n.1, p. 98-103, 2013.

FENG Z. et al. Social trust, interpersonal trust and self-rated health in China: A multi-level study. **Int J Equity Health**, v.15, n.1, p.1-11, 2016.

GANNA, A.; INGELSSON, E. 5 year mortality predictors in 498 103 UK Biobank participants: a prospective population-based study. **Lancet**, v.386, p.533-40, 2015.

GARCIA, L.P. et al. Gastos das famílias brasileiras com medicamentos segundo a renda familiar: análise da Pesquisa de Orçamentos Familiares de 2002-2003 e de 2008-2009. **Cad Saúde Pública**, São Paulo, v.29, n.8, pp.1605-1616, 2013.

GERLACK I L. F. et al. Management of pharmaceutical services in the Brazilian primary health care. **Rev Saude Publica**. v.51, suppl 2, 15s. doi: 10.11606/S1518-8787.2017051007063..

GOES, F.C.S.; HOMEM-DE-MELLO, M., CALDAS, E. D. Access to medicines in Brazil based on monetary and non-monetary acquisition data obtained from the 2008/2009 Household Budget Survey. **Rev Saude Publica**, v.50, n.79, 2016.

GOMES K.D.O. et al. Atenção Primária à Saúde-a " menina dos olhos" do SUS: sobre as representações sociais dos protagonistas do Sistema Único de Saúde. **Cien Saude Colet**, v.16, p.881-892, 2011.

GONTIJO C.F. et al. A longitudinal study of the association between social capital and mortality in community-dwelling elderly Brazilians. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 35, n. 2, p. 1-10, 2019

GONTIJO, É.E.L.; SILVA, M.G.; INOCENTE, N. Capital social dos idosos atendidos no ambulatório do centro universitário Unirg na cidade de Gurupi, Tocantins. **Biológicas & Saúde**, v.3, n.8, p. 5, 2013.

GUIBU I.A. et al. Main characteristics of patients of primary health care services in Brazil. **Rev Saude Publica**, v.51, suppl 2, 17s. doi: 10.11606/S1518-8787.2017051007070.

HABIBOV N. Determinants of out-of-pocket expenditures on prescribed medications in Tajikistan. **J Health Organ Manag.**, v. 23, n. 2, p. 170-182, 2009. DOI:10.1108/14777260910960911 2009.

IBGE. Conta Satélite de Saúde – Brasil 2010 a 2013. Disponível em: https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101690_notas_tecnicas.pdf. Acesso em 01 Setembro 2021

_____. Conta-satélite de saúde Brasil: 2010-2017. Disponível em: https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101690_notas_tecnicas.pdf. Acesso 01 Setembro 2021.

_____. Pesquisa Nacional de Saúde. Proposição do Questionário da PNS. Disponível em: <https://www.pns.icict.fiocruz.br/index.php?pag=proposicao>. Acesso em 01 Setembro, 2021.

_____. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios - 2008. Um panorama da saúde no Brasil. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/monografias/GEBIS%20-%20RJ/panorama.pdf>. Acesso em 01 Setembro, 2021.

_____. Pesquisa Nacional de Saúde, 2013: Percepção do Estado de Saúde, Estilos de Vida e Doenças Crônicas: Brasil, Grandes Regiões e Unidades da Federação. Published 2014. Disponível em: <http://www.dive.sc.gov.br/conteudos/agrivos/publicacoes/PNS%202013%20Percep%C3%A7%C3%A3o%20do%20estado%20de%20sa%C3%BAde%20estilos%20de%20vida%20e%20doen%C3%A7as%20cr%C3%B4nicas.pdf>. Acesso em 01 Setembro, 2021.

KAWACHI I., SUBRAMANIAN S.V., KIM D. Social capital and health: a decade of progress and beyond. In: Kawachi I, Subramanian SV, Kim D, eds. Social capital and health. **NY: Springer**. https://doi.org/10.1007/978-0-387-71311-3_1

KLEIN D., TURVEY C., WALLACE R. Elders who delay medication because of cost: health insurance demographic health and financial correlates. **Gerontologist**, v.44, p.779-787, 2004.

LESKO C.R. et al.. Generalizing Study Results: A Potential Outcomes Perspective. **Epidemiology**, v.28, n.4, p.553-561, 2017.

LEVIN, J. Estatística Aplicada a Ciências Humanas. 2ed. São Paulo: Editora Harbra Ltda, 1987.

LIMA, M.G. et al. Out-of-pocket drug expenditures by retirees and pensioners 60 years and older in Belo Horizonte, Minas Gerais, Brazil. **Cad Saude Publica**, v.23, n.6, p.1423-1430, 2007.

LIMA-COSTA, MF; et al. Condições de saúde, capacidade funcional, uso de serviços de saúde e gastos com medicamentos da população idosa brasileira: um estudo descritivo baseado na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. **Cad Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 735-743, 2003.

LOCH, M.R.; SOUZA, R.K.T. Capital social: dados descritivos de estudo de base populacional e associação com comportamentos simultâneos de risco à saúde. **Rev Bras Ativ Fis Saúde**, v.19, n.6, p. 774-784, 2014.

LOCH M.R. et al. Association between social capital and self-perception of health in Brazilian adults. **Rev Saude Publica**, 2015, p. 49:53, 2015.

LUIZA, V. L. et al. Gasto catastrófico com medicamentos no Brasil. **Rev Saúde Pública**, v.50, supl 2, 15s, 2016.

LUZ T.C.B., LOYOLA FILHO A.I.D., LIMA-COSTA M.F. Perceptions of social capital and cost-related non-adherence to medication among the elderly. **Cad Saude Publica**, v.27, p.269-276, 2011.

LUZ T.C.B., LOYOLA FILHO A.I., LIMA-COSTA M.F. Social capital and under-utilization of medication for financial reasons among elderly women: evidence from two Brazilian health surveys. **Cien Saude Colet**, v.18, n.12, p3721-3730, 2013.

LUZ T.C.B. et al. Avaliação do provimento de medicamentos na Atenção Básica em município do centro-oeste mineiro. Projeto Prover. Grupo de Estudos Transdisciplinares de Educação em Saúde e Ambiente (Getesa/IRR/Fiocruz/MG), Belo Horizonte, 2014.

LUZ T.C.B. et al. Pharmaceutical Services in Primary Health Care: are pharmacists and users on the same page? **Cien Saude Colet**, v.22, n.8, p.2463–2474, 2017.

MENDES, L. V. et al. Availability of medicines in primary health care facilities and related factors: a cross sectional approach. **Saúde em Debate**, v.38, p.109-123, 2014.

MOHNEN S.M., SCHNEIDER S., DROOMERS M. Neighborhood characteristics as determinants of healthcare utilization—a theoretical model. **Health Econ Rev**, v.9, n.7, 2019.

MONTEIRO C.N. et al. Utilização de anti-hipertensivos e antidiabéticos no Brasil: análise das diferenças socioeconômicas. Pesquisa Nacional de Saúde 2013. **Rev Bras Epidemiol**. v. 22, supl.2, E190014, 2019.

MURAD M.H. et al. External validity, generalisability, applicability and directness: a brief primer. **BMJ Evid Based Med**, v.23 n.1, p.17-19, 2018.

OCDE iLibrary. Disponível em: https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-at-a-glance-2021_ae3016b9-en. Acesso em 01 Setembro, 2021.

OKSANEN T. et al. Workplace Social Capital and All-Cause Mortality: A Prospective Cohort Study of 28 043 Public-Sector Employees in Finland. **American Journal of Public Health**, v.101, n.9, p.1742-1748, 2011.

OLIVEIRA, L.C.F.; ASSIS, M.M.A.; BARBONI, A.R. Assistência Farmacêutica no Sistema Único de Saúde: da Política Nacional de Medicamentos à Atenção Básica à Saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, v.15, n.3, p. 3561-3567, 2008.

OMS. Organização Mundial de Saúde. Can people afford to pay for health care? New evidence on financial protection in Europe. Published 2019. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/311654/9789289054058-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em 01 Setembro, 2021.

_____. *Health statistics and information systems: WHO World Health Survey*. Disponível em: <http://www.who.int/healthinfo/survey/en/>. Acesso em: 17 abr. 2019.

_____. Can people afford to pay for health care? Ukraine. Disponível em: https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/381590/ukraine-fp-eng.pdf. Acesso em 01 Setembro, 2021.

_____. Can people afford to pay for health care? New evidence on financial protection in Europe. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/311654/9789289054058-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em 01 Setembro, 2021.

_____. World Health Organization. Ten years in public health, 2007–2017: report by Dr Margaret Chan, Director-General, World Health Organization. World Health

Organization. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/255355>. Acesso 01 Setembro, 2021.

PANIZ, Vera Maria Vieira. Access to continuous-use medication among adults and the elderly in South and Northeast Brazil. 2009. 224 f. Tese (Doutorado em Medicina) - Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2009.

PRASHANTH, N. S. *et al.* Improving access to medicines for non-communicable diseases in rural India: a mixed methods study protocol using quasi-experimental design. **BMC Health Services Research**, v. 16, 421, 2016.

PIETTE J.D., HEISLER M., WAGNER T.H. Cost-related medication underuse among chronically ill adults: the treatments people forgo, how often, and who is at risk. **Am J Public Health**, v.94, n.10, p.1782-1787, 2004.

PONTES M.A. *et al.* Aplicação de recursos financeiros para aquisição de medicamentos para atenção básica em municípios brasileiros. **Cien Saude Colet**, v.22, n.8, p.2453-2462, 2017.

POULSEN T. *et al.* Impacto f social capital on 8-year mortality among older people in 34 danish municipalities. **Journal of Anging and Health**, v.24, n.7, p.1203-22, 2012.

PUTNAM R.D. The prosperous community: social capital and public life. **The American Prospect**, v.13, p. 35-42, 1993.

RESTREPO, S. F. *et al.* Medicines' private costs among elderly and the impairment of family income in a medium-sized municipality in the state of São Paulo. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v.23, e200042, 2020.

ROEBUCK, M. C. *et al.* Medication adherence leads to lower health care use and costs despite increased drug spending. **Health affairs**, v.30, n.1, p.91-99, 2011.

SANWALD A., THEURL E. Out-of-pocket expenditures for pharmaceuticals: lessons from the Austrian household budget survey. **Eur J Health Econ**, v.18, n.4, p.435-447, 2017.

SCHWARZ, J. *et al.* Out-of-pocket expenditures for primary health care in Tajikistan: a time-trend analysis. **BMC Health Services Research**, v.13, 103, 2013.

SILVA R.J.D.S. *et al.* Prevalência e fatores associados à percepção negativa da saúde em pessoas idosas no Brasil. **Rev Bras Epidemiol**, v.15, n.1, p.49-62, 2012.

SILVA V.H., ROCHA J.S.B., CALDEIRA A.P. Fatores associados à autopercepção negativa de saúde em mulheres climatéricas. **Cien Saude Colet**, v.23, p.1611-1620, 2018.

SOUZA, G.S. *et al.* Caracterização da institucionalização da assistência farmacêutica na atenção básica no Brasil. **Rev Saúde Pública**, v.51, Suppl 2, 7s, 2017.

STEINMAN M.A., SANDS L.P., COVINSKY K.E. Self-restriction of medications due to cost in seniors without prescription coverage. **J Gen Intern Med**, v.16, n.12, p.793-799, 2001.

SUBRAMANIAN S.V., LOCHNER K.A., KAWACHI I. Neighborhood differences in social capital: a compositional artefact or a contextual construct? **Health Place**, v.9, p. 33-44, 2003.

SUM G. et al. Multimorbidity and out-of-pocket expenditure on medicines: a systematic review. **BMJ Glob Health**, v.3, n.1, e000505, 2018.

TAVARES N.U.L. et al. Acesso gratuito a medicamentos para tratamento de doenças crônicas no Brasil. **Rev Saude Publica**, v.50, supl 2, 7s, 2016.

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

VIEIRA, Valquíria Fernandes Marques. Gastos privados com medicamentos em população adulta em Minas Gerais. 2015. 78 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva. Concentração Epidemiologia)-Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. Centro de Pesquisas René Rachou. Fundação Oswaldo Cruz. Belo Horizonte. 2015

VIEIRA, F. S.; DOS SANTOS, M. A. B. O setor farmacêutico no Brasil sob as lentes da conta-satélite de saúde. Texto para Discussão, 2020. DOI:10.38116/td2615

VILLALONGA-OLIVES E., KAWACHI I. The measurement of bridging social capital in population health research. **Health Place**, v.36, p.47-56, 2015.

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

WANG W. et al. Evaluating primary health care performance from user perspective in China: review of survey instruments and implementation issues. **Int. J. Environ. Res. Public Health**, v.16, n.6, p.926, 2019;

WIRTZ, V. et al. Heterogeneous Effects of Health Insurance on Out-of-Pocket Expenditure on Medicines in Mexico. **Value in Health**, Estados Unidos, 2012.

ADENDO

QUADRO 1 – Condições sociodemográficas e econômicas: variáveis de estudo e codificações originais.

VARIÁVEIS	CODIFICAÇÃO ORIGINAL	FREQUÊNCIA % (Média ± DP)	
Sexo	Masculino	34,8	
	Feminino	65,2	
Idade	A informação foi obtida de modo aberto, sem categorização prévia*	(59,5 ± 13,4)	
Escolaridade (anos de estudo)	Fundamental 1	Incompleto	19,0
		Completo	26,4
	Fundamental 2	Incompleto	13,2
		Completo	13,3
	Médio	Incompleto	3,4
		Completo	46,5
	Superior	Incompleto	2,2
		Completo	2,3
	Pós-graduação	Especialização	0,2
		Mestrado	0,0
Doutorado		0,0	
Outros		2,9	
Renda pessoal mensal (salários mínimos)	Menor que 1 salário mínimo	11,8	
	1 Salário mínimo	37,7	
	Entre 1 e 2 salários	27,6	
	Maior que 2 e menor que 4 salários	6,3	
	Maior que 4 salários	0,8	
	Não possui renda	15,9	
Cor/raça (autoreferida)	Preta	11,7	
	Parda	37,4	
	Branca	44,9	
	Amarela	1,7	
	Indígena	0,3	
Estado civil	Solteiro	14,8	
	Casado	51,8	
	União Estável	5,6	
	Separado/Divorciado	10,9	
	Viúvo	16,6	
Cobertura de plano de saúde ou seguro saúde	Não possui	71,7	
	Possui pela empresa	4,9	
	Possui particular	23,4	

Salário mínimo no período estudado = R\$ 937,00

QUADRO 2 – Condições de Saúde: variáveis de estudo, codificações originais e frequência de distribuição.

VARIÁVEIS	CODIFICAÇÃO ORIGINAL	FREQUÊNCIA % (Média ± DP)
Número de DCNT	pressão alta (hipertensão arterial)	71,2
	doença do coração, como infarto, angina, insuficiência cardíaca, arritmia ou outra	20,4
	diabetes (açúcar no sangue)	30,6
	asma, bronquite crônica, enfisema, DPOC (doença pulmonar obstrutiva crônica) ou outra doença pulmonar	8,6
	úlceras pépticas [perfuração ou ferida no estômago ou no duodeno (intestino)]	6,9
	ansiedade, transtorno do humor ou depressão	42,4
	colesterol alto	47,3
Estado de saúde (autoreferido)	Muito boa ou excelente	5,0
	Boa	37,0
	Regular	45,4
	Ruim	8,3
	Muito Ruim	2,8
Número de medicamentos usados receitados pelo médico nas duas últimas semanas	0 medicamentos	6,1
	1 medicamento	7,6
	2 medicamentos	13,3
	3 medicamentos	14,4
	4 medicamentos	15,7
	5 medicamentos	13,8
	Mais de 5 medicamentos	29,0

QUADRO 3 - Capital Social: variáveis de estudo, codificações originais e categorização proposta.

VARIÁVEIS	CODIFICAÇÃO ORIGINAL		FREQUÊNCIA % (Média ± DP)
Número de pessoas próximas	A informação foi obtida de modo aberto, sem categorização prévia		(5,4 ± 7,7)
Pessoas que emprestariam dinheiro em caso de necessidade	Acho que ninguém estaria disposto a emprestar dinheiro		38,0
	Uma ou duas pessoas		38,7
	Três ou quatro pessoas		12,9
	Cinco ou mais pessoas		8,2
Confiança nas pessoas do bairro "pode-se confiar na maioria das pessoas que moram neste(a) bairro/localidade"	Concordo totalmente		14,2
	Concordo em parte		41,8
	Não concordo nem discordo		12,4
	Discordo em parte		16,5
	Discordo totalmente		14,1
Frequência de ajuda entre as pessoas do bairro	Sempre ajudam		23,7
	Quase sempre ajudam		25,1
	Algumas vezes ajudam		26,2
	Poucas vezes ajudam		12,7
	Nunca ajudam		10,1
Segurança no bairro	Muito pacífico		10,6
	Moderadamente pacífico		24,1
	Nem pacífico nem violento		21,1
	Moderadamente violento		29,2
	Muito violento		14,2
Participação Comunitária	Nos últimos 12 meses (de um ano para cá), o Sr(a) participou de alguma dessas atividades comunitárias?	associação de bairro, igrejas ou de algum projeto social	21,9
		reunião de conselho, reunião aberta ou grupo de discussão	9,4
		campanha eleitoral ou campanha informativa	2,8
		protesto para reclamar ou pedir para mudar alguma coisa no seu bairro/cidade/país	1,9
		encontrou um político, telefonou para ele/ela, ou enviou- lhe uma carta ou e-mail	7,4
		alertou algum jornal, rádio ou televisão sobre algum problema no seu bairro ou cidade	2,8
		entrou em contato com a polícia ou com a Justiça a respeito de algum problema no seu bairro ou cidade	5,2

APÊNDICE

Artigo publicado



ScienceDirect

Contents lists available at sciencedirect.com
Journal homepage: www.elsevier.com/locate/vhri

Health Policy Analysis

Prevalence and Factors Associated With Out-of-Pocket Pharmaceutical Expenditure Among Primary Healthcare Patients: Evidence From the Prover Project



Jéssica C. Alves, MD, Michael R. Law, PhD, Tatiana C.B. Luz, PhD

ABSTRACT

Objectives: This study aimed to determine the prevalence and associated factors of out-of-pocket pharmaceutical expenditure (OOPPE) among primary healthcare patients.

Methods: The study is part of the Prover Project, an exit survey conducted in 2017 in a large city (population 234 937) in Minas Gerais State, Brazil. A representative sample of patients (n = 1219) from pharmaceutical services based on primary healthcare was selected. Three components of OOPPE were assessed: the general prevalence, the types of medicines purchased (medicines for the treatment of chronic diseases, medicines for the treatment of acute diseases, or herbal medicines), and coverage by the National Health System. The factors associated with OOPPE were examined applying a modified Andersen's behavioral model of health services use. Data were analyzed using descriptive statistics and logistic regression.

Results: The overall prevalence of OOPPE was 77%. Most patients who had OOPPE purchased medicines to treat chronic diseases (94%). In addition, these patients purchased medicines covered by public insurance but were out of stock (85%). OOPPE was associated with enabling factors, such as higher personal income (odds ratio [OR] 1.92; 95% confidence interval [CI] 1.02-3.62), holding health insurance (OR 1.40; 95% CI 1.01-1.95), and higher neighborhood trust (OR 1.34; 95% CI 1.01-1.79), and with need factors, that is, poorer perception of health (OR 1.63; 95% CI 1.20-2.21), multiple comorbidities (OR 1.70; 95% CI 1.18-2.46), and higher number of prescribed medicines (OR 2.84; 95% CI 1.90-4.26).

Conclusions: We found a high prevalence of OOPPE, identifying individuals more likely to incur these expenses. These findings are useful to inform policy makers from the healthcare system to plan and implement the needed interventions to protect primary care patients from this financial burden.

Keywords: Brazilian public health system, out-of-pocket pharmaceutical expenditure, primary healthcare.

VALUE HEALTH REG ISSUES. 2022; 30:83-90