

**UNIVERSIDADE MUNICIPAL DE SÃO CAETANO DO SUL
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA PROGRAMA
DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ADMINISTRAÇÃO MESTRADO**

SÉRGIO RICARDO GASPAR

**ANÁLISE DA EFICÁCIA DO
PROGRAMA DOSE CERTA NA DISPONIBILIDADE
DE MEDICAMENTOS PARA A POPULAÇÃO IDOSA:
Um Recorte para Municípios do
Grande ABC Paulista**

SÃO CAETANO DO SUL

2017

SÉRGIO RICARDO GASPAR

**ANÁLISE DA EFICÁCIA DO
PROGRAMA DOSE CERTA NA DISPONIBILIDADE
DE MEDICAMENTOS PARA A POPULAÇÃO IDOSA:
Um Recorte para Municípios do
Grande ABC Paulista**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Administração da Universidade Municipal de São Caetano do Sul, para obtenção do grau de Mestre em Administração Área de Concentração: Gestão e Regionalidade.

Orientador: Prof. Dr. Leandro Campi Prearo

SÃO CAETANO DO SUL

2017

FICHA CATALOGRÁFICA

GASPAR, Sérgio Ricardo.

Análise da Eficácia do Programa Dose Certa na Disponibilidade de Medicamentos para a População Idosa: Um Recorte para os Municípios do Grande ABC Paulista / Sérgio Ricardo Gaspar. São Caetano do Sul: USCS/Programa de pós-graduação em Administração, 2017. 129f.

Orientador: Prof. Dr. Leandro Campi Prearo

Dissertação (Mestrado) – USCS, Universidade Municipal de São Caetano do Sul, Programa de Pós-Graduação em Administração, 2017.

1. Assistência farmacêutica. 2. Doenças Crônicas não transmissíveis. 3. Grande ABC. 4. Idoso. 5. Programa Dose Certa.

REITOR DA UNIVERSIDADE MUNICIPAL DE SÃO CAETANO DO SUL

Prof. Dr. Marcos Sidnei Bassi

Pró-reitora de Pós-graduação e Pesquisa

Prof.^a Dra. Maria do Carmo Romeiro

Gestora do Programa de Pós-graduação em Administração

Prof.^a Dra. Raquel da Silva Pereira

Dissertação defendida e aprovada em 12 / 05 / 2017 pela Banca Examinadora constituída pelos professores:

Prof. Dr. Leandro Campi Prearo (orientador)

Prof. Dr. Luís Paulo Bresciani
Universidade Municipal de São Caetano do Sul

Prof. Dr. Fernando de Souza Coelho
Universidade de São Paulo

DEDICATÓRIA

Para Antônia Gaspar, minha mãe amada.

Agradecimentos

Evidentemente agradeço ao meu orientador Prof. Dr. Leandro Campi Prearo, não apenas por mostrar que o caminho do conhecimento é árduo, mas que o companheirismo na construção do conhecimento é elemento básico.

Agradeço também aos professores doutores Antonio Carlos Gil e Fernando de Souza Coelho pelas valiosos apontamentos e sugestões na banca de qualificação e pela confiança depositada no trabalho.

Gostaria de também agradecer a todos os funcionários do Inpes, especialmente a Jacy Dnéa Lacorte que contribuiu sobremaneira, para esta pesquisa.

Agradeço a três pessoas especiais que conheci e aprendi a admirar no mestrado minhas amigas Alessandra Rosa e Débora Gouveia e, meu amigo Renato Ferreira.

Como não poderia deixar de ser agradeço especialmente a Luiza Matias, que por vezes cuidou de minha mãe, enquanto estava estudando e trabalhando.

Por fim agradeço a mulher batalhadora que muito trabalhou para que tivesse a oportunidade de produzir esta dissertação, minha mãe Antônia Gaspar.

RESUMO

A região do Grande ABC Paulista é conhecida pelas especificidades socioespaciais, como a composição etária, sobressaindo-se questões associadas à população idosa em políticas públicas. Nesse sentido, esta Dissertação visa a analisar o Programa Dose Certa, programa público este de assistência farmacêutica do Governo do Estado de São Paulo. Programa este que objetiva disponibilizar medicamentos da assistência básica em municípios paulistas com até 250.000 habitantes, condição está preenchida pelos municípios de Rio Grande da Serra e São Caetano do Sul. Com esse propósito, escolheram-se duas doenças crônicas não transmissíveis e com incidência e prevalências associadas a populações idosas. Para tanto, as patologias elencadas para a pesquisa foram a hipertensão arterial sistêmica e a artrite reumatoide, visto que a literatura aponta estas doenças associadas a populações idosas, entendendo-se que idosos são pessoas com idade igual ou superior a 60 anos, como definido no Estatuto do Idoso. Os dados foram analisados de acordo com o método estatístico descritivo, teste para variáveis não probabilísticas e amostras intencionais decorrentes de questionário aplicado a 406 usuários do Programa Dose Certa. O resultado da pesquisa evidenciou que, nos municípios de Rio Grande da Serra e São Caetano do Sul, o Programa Dose Certa atende parcialmente ao aspecto de disponibilização dos medicamentos. Apesar disso, a assistência farmacêutica entendida como prestação de serviço é satisfatória para os municípios quando analisado o atendimento dispensado aos usuários.

Palavras-chave: Assistência farmacêutica. Doenças crônicas não transmissíveis. Grande ABC. Idoso. Programa Dose Certa.

ABSTRACT

The Grande ABC paulista region is known for its socio-spatial specificities, such as age composition, with issues associated with the elderly population in public policies. In this sense, this Dissertation aims to analyze the Dose Certa Program, a public health assistance program of the State Government of São Paulo. This program aims to provide medicines for basic care in São Paulo municipalities with up to 250,000 inhabitants, a condition that is filled by the municipalities of Rio Grande da Serra and São Caetano do Sul. Two non-communicable chronic diseases were chosen for this purpose, with incidence and prevalence associated with elderly populations. Therefore, the diseases listed for the study were systemic arterial hypertension and rheumatoid arthritis, since the literature indicates these diseases associated with elderly populations, with the understanding that the elderly are people aged 60 years or older, as defined in Statute of the Elderly. Data were analyzed according to the descriptive statistical method, test for non-probabilistic variables and intentional samples from a questionnaire applied to 406 users of the Dose Certa Program. The result of the research showed that, in the municipalities of Rio Grande da Serra and São Caetano do Sul, the Dose Certa Program partially attends to the aspect of drug availability. Despite this, the pharmaceutical assistance understood as service delivery is satisfactory for the municipalities when analyzing the service provided to the users.

Keywords: Chronic noncommunicable diseases; Dose Certa Program; elderly Grande ABC; Pharmaceutical care

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AF	Assistência Farmacêutica
ADHB	Atlas de Desenvolvimento Humano no Brasil
AR	Artrite Reumatoide
CF	Constituição Federal da República Federativa do Brasil
CIB	Comissão Intergestores Bipartite
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CS	Conselho de Saúde
DCNT	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
DUDH	Declaração Universal dos Direitos Humanos
EUA	Estados Unidos da América
FURP	Fundação para o Remédio Popular “Chopin Tavares de Lima”
Grande ABC	Grande ABC
GAF	Grupo de Assistência Farmacêutica
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDHM	Índice de Desenvolvimento Humano Municipal
IPVS	Índice Paulista de Vulnerabilidade Social
LDO	Lei de Diretrizes Orçamentárias
LOS	Lei Orgânica da Saúde
LOA	Lei Orçamentária Anual
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
MS	Ministério da Saúde
PAF	Política de Assistência Farmacêutica
PPA	Plano Plurianual
PNAF	Plano Nacional de Assistência Farmacêutica
PNM	Plano Nacional de Medicamentos
PNI	Plano Nacional do Idoso
PNSI	Plano Nacional de Saúde do Idoso
RAG	Relatório Anual de Gestão
Rename	Relação Nacional de Medicamentos
RGS	Rio Grande da Serra

RM	Região Metropolitana
RMSP	Região Metropolitana de São Paulo
RGS	Rio Grande da Serra
SCS	São Caetano do Sul
SEADE	Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados
SES	Secretaria do Estado da Saúde
SES/SP	Secretaria do Estado da Saúde do Estado de São Paulo
SUS	Sistema Único de Saúde

Lista de Quadros

Quadro 1 - Cronograma anual de operacionalização do Programa Dose Certa	59
Quadro 2 - Critério Faixa Populacional aplicado por número de municípios com os pontos determinados.....	59
Quadro 3 - Índice Paulista de Vulnerabilidade Social.....	61
Quadro 4 - Faixas do critério IDH e IPVS com os respectivos pontos	61
Quadro 5 - Sobre renda, pobreza e desigualdade em RGS no ano de 2010	80
Quadro 6 - Estabelecimentos públicos de saúde em RGS	81
Quadro 7 - Unidades básicas de Saúde de Rio Grande da Serra pesquisadas	82
Quadro 8 - Sobre renda, pobreza e desigualdade em SCS no ano de 2010.....	84
Quadro 9 – Estabelecimentos públicos de saúde em SCS.....	85
Quadro 10 - Unidades Básicas de Saúde de SCS pesquisadas	85

Lista de Figuras

Figura 1 - Eficácia, eficiência, efetividade	50
Figura 2 - Quadro-resumo das variáveis componentes do IPVS –.....	60
Figura 3 - Ciclo da Assistência Farmacêutica59	
Figura 4- Distribuição da população por sexo, segundo os grupos de idade de RGS no censo de 2010	72
Figura 4 - Distribuição da população por sexo, segundo os grupos de idade de RGS	79
Figura 5 - Distribuição da população, segundo grupos do IPVS do Estado de São Paulo e do Município de Rio Grande da Serra no ano de 2010.....	81
Figura 6 - Distribuição da população por sexo, segundo os grupos de idade de SCS no censo de 2010	82
Figura 7 - Distribuição da população, segundo grupos do IPVS do Estado de São Paulo e do Município de São Caetano do Sul no ano de 2010.....	84
Figura 8 - Estrutura dos procedimentos metodológicos	93

Lista de Tabelas

Tabela 1 - Distribuição da população de Rio Grande da Serra urbana/rural por gênero, e população idosa	79
Tabela 2 - Indicadores que compõem o IPVS de Rio Grande da Serra – 2010	80
Tabela 3 - Distribuição da população de São Caetano do Sul urbana/rural por gênero, e.....	83
Tabela 4 - Indicadores que compõem o IPVS de São Caetano do Sul – 2010	83
Tabela 5 - Grau de instrução dos usuários.....	97
Tabela 6 - Faixa de rendimento familiar do mês de dezembro de 2016 dos entrevistados.....	98
Tabela 7 - Estado civil dos entrevistados.....	98
Tabela 8 - Autodeclaração de cor/raça dos usuários.....	99
Tabela 9 - Gênero dos entrevistados e usuários.....	99
Tabela 10 - Perfil etário dos usuários.....	100
Tabela 11 - Município de residência dos usuários.....	101
Tabela 12 - Ocupação principal dos usuários.....	101
Tabela 13 - DCNT em idosos por gênero nas amostras.....	102
Tabela 14 - DCNT em idosos por raça/cor.....	103
Tabela 15 - Número de lugares na busca de medicamentos por usuários.....	105
Tabela 16 - Facilidade na obtenção de medicamentos gratuitos próximos e residência dos usuários.....	105
Tabela 17 - Retirada de medicamentos em RGS e em SCS por usuários.....	105
Tabela 18 - Retirada de medicamentos nos últimos dois meses em RGS.....	106
Tabela 19 - Retirada de medicamentos nos últimos dois meses em SCS.....	107
Tabela 20 - Locais para a obtenção dos medicamentos pelos usuários.....	107
Tabela 21 - Possibilidade de aquisição dos medicamentos pelos usuários.....	108
Tabela 22 - Uso de transporte público por parte dos usuários.....	109
Tabela 23 - Lugares diferentes para a obtenção dos medicamentos em RGS.....	110
Tabela 24 - Lugares diferentes para a obtenção dos medicamentos em SCS.....	110
Tabela 25 - Possibilidade de retorno para a obtenção de medicação.....	111
Tabela 26 - Local de distribuição dos medicamentos aos usuários.....	111
Tabela 27 - Estatísticas sobre as notas associadas à facilidade em encontrar medicamentos nas UBS dos municípios de RGS e SCS.....	112

Tabela 28 - Frequência de uso dos medicamentos pelos usuários.....	113
Tabela 29 - Frequência diária de uso de medicamentos pelos usuários.....	114
Tabela 30 - Quantidade de medicamentos diferentes utilizados pelos usuários.....	114
Tabela 31 - Nota dada ao serviço público de saúde municipal.....	116
Tabela 32 - Estatísticas das notas dadas aos usuários ao atendimento da equipe que fornece os medicamentos nas UBS.....	117
Tabela 33 - Estatísticas das notas atribuídas pelos usuários quanto as informações e esclarecimentos do pessoal das UBS quanto a posologia e cuidados na ingestão dos medicamentos.....	118
Tabela 34 - Prescrição de medicamentos por médicos do SUS ao usuário.....	119
Tabela 35 - Necessidade por parte do usuário para que parente ou amigo busque o medicamento.....	119
Tabela 36 - Perfil de acompanhantes de usuários para pegar os medicamentos...	120
Tabela 37 - Conhecimentos dos usuários e entrevistados sobre o Programa Dose Certa.....	121
Tabela 38 - Nota atribuída pelos usuários sobre a satisfação sobre o Programa Dose Certa.....	123

Sumário

1 INTRODUÇÃO	31
1.1 Pergunta-problema	34
1.2 Objetivo geral	34
1.2.1 Objetivo específico.....	34
1.3 Justificativa e delimitação.....	34
1.4 Estrutura do trabalho.....	35
2 REFERENCIAL CONCEITUAL.....	37
2.1 Política pública.....	37
2.1.1 Programa público	42
2.2 Avaliação de políticas públicas.....	43
2.2.1 Tipologias de avaliação	44
2.2.2 Efetividade em programas públicos.....	47
2.2.3 Eficácia	49
2.3 Avaliação de políticas públicas.....	50
2.3.1 Avaliação de programas públicos.....	51
3 DIREITO A SAÚDE	53
3.1 Programa Dose Certa	57
3.1.1 Operacionalização do Programa Dose Certa.....	58
3.2 Doenças crônicas não transmissíveis.....	61
3.2.1 Artrite reumatoide	64
3.2.2 Hipertensão arterial sistêmica.....	65
3.3 Assistência farmacêutica e acesso ao medicamento	67
3.3.1 Financiamento da assistência farmacêutica	69
3.3.1.1 Financiamento da assistência farmacêutica no Programa Dose Certa	71
3.3.1.1.1 Critérios para definição do recurso destinado aos municípios aderentes ao Programa Dose Certa	72
3.3.1.1.2 Base de cálculo para definição do recurso destinado aos municípios aderentes ao Programa Dose Certa.....	73
3.4 Envelhecimento	74
3.4.1 População idosa	76
3.4.2 Feminização do envelhecimento	77
3.5 Saúde e idosos.....	77
3.5.1 Aspectos sociodemográficos e de saúde de Rio Grande da Serra.....	78
3.5.2 Aspectos sociodemográficos e de saúde de São Caetano do Sul	82
4 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	87
4.1 Amostragem de quotas	87

4.2 Amostra intencional	88
4.3 Técnicas de coleta de dados.....	89
4.4 Implicações acadêmicas	93
4.5 Implicações gerenciais.....	94
5 ANÁLISE DOS RESULTADOS.....	96
5.1 Perfil sociodemográfico da amostra.....	96
5.2 Perfil das patologias.....	101
5.3 Acesso aos medicamentos	103
5.4 Uso de medicamentos	113
5.5 Assistência farmacêutica	115
5.6 Programa Dose Certa	120
REFERÊNCIAS	127
ANEXO – PESQUISA REFERENTE AO PROGRAMA DOSE CERTA	139

1 INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional que ocorre mundialmente é considerado pela Organização das Nações Unidas (ONU) de tal significância que a entidade cunhou o termo Era do Envelhecimento para referir-se ao período compreendido de 1975 a 2025, dada a importância sobre aspectos econômicos, sociais e de saúde na atualidade. Todavia, essa mudança se dá de maneira distinta entre países em desenvolvimento e desenvolvidos, segundo a ONU. E, no caso brasileiro, agrava-se pelos problemas demográfico e epidemiológico já instalados e ainda não controlados da população não idosa que são somados à desigualdade social, à fragilidade das instituições públicas e à pobreza (VERAS, 2007).

Então, para enfrentar o desafio da saúde pública, o Brasil instituiu o Sistema Único de Saúde (SUS), que pretende garantir acesso universal, igualitário e integral de ações e serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde, focando na Atenção Básica (AB), abrangendo diagnóstico, promoção, proteção, prevenção de agravos, reabilitação, redução de manutenção e dos danos e tratamento da saúde (BRASIL, 2011).

Tendo em vista a progressão do envelhecimento nacional e decorrências, ampliou-se a importância de ações, programas e políticas públicas em saúde como os voltados à Assistência Farmacêutica (AF), para que se garanta o acesso contínuo, gratuito e oportuno de medicamentos. Para tanto, a estratégia escolhida foi a delegação aos entes federativos de diversas responsabilidades e competências de atuação na área da saúde, conforme destacam Santos-Pinto, Costa e Osório-de-Castro (2011).

Como princípio constitucional, a legalidade também é aplicada à saúde e, em meio ao movimento de descentralização de ações neste campo, desenvolveu em conjunto normativo em AF, iniciado pelas Normas Operacionais Básicas (NOBs), que pautaram as diretrizes da Política Nacional de Medicamentos (PNM), o que orientou a AF no sentido da ampliação do acesso, na descentralização da gestão, na garantia de qualidade e segurança dos medicamentos, seguida pela Política Nacional de Assistência Farmacêutica (PNAF) e, mais recentemente, no Pacto de Gestão em Saúde.

Entende-se que o conjunto de ações em saúde que tenha o medicamento como insumo essencial, é fato garantidor na prevenção e recuperação de grande

parte das patologias e determinante para a eficácia e efetividade da AF na atenção e nos serviços de saúde. A importância da AF é de tal ordem que dados das Pesquisas de Orçamentos Familiares (POF) de 2003 e de 2008-2009 evidenciaram que o gasto com aquisição de medicamentos em orçamentos familiares de pessoas de mais baixa renda compromete proporcionalmente mais do que famílias de maior renda. E, mesmo sobre as famílias de maior renda, estes insumos de saúde também detinham significativa importância (IBGE, 2004, 2010).

Compreende-se até aqui a AF como elemento no setor de saúde, mas também possui importância econômica e relaciona-se ao direito do cidadão. Nesse último, é consubstanciado na Constituição Federal de 1988, em seu artigo 6º, pela Lei Orgânica da Saúde (LOS) e, evidentemente, pelo princípio de integralidade de atendimento em saúde, estabelecendo-se, assim, que a AF é direito dos cidadãos e dever do Estado.

E, em se tratando das ações de AF no âmbito da Assistência Básica (AB), Oliveira *et al.* (2010) verificaram que há dificuldades na implementação e na sua organização em grande parte dos municípios brasileiros. Entretanto, as deficiências administrativas transformam-se em oportunidades de estudos em avaliação de ações, programas e políticas públicas em AF no tocante aos serviços farmacêuticos técnico-gerenciais, com vistas às práticas de regulação, ao planejamento, à distribuição, bem como à articulação e à formulação de modo a garantir a implementação e a sustentabilidade da AF na AB.

Nesse contexto, faz-se necessária a atuação dos gestores da saúde para o desenvolvimento da AF municipal segundo Oliveira *et al.* (2010), lembrando-se de que a saúde é uma questão governamental transversal e federativa, apoiada e estruturada pelo SUS com a disponibilização do medicamento ao paciente, em momento oportuno, como fator determinante para a adesão desse paciente ao tratamento integral.

Ainda que seja uma questão federativa, gradativamente, a descentralização das ações e serviços de saúde no Brasil recaiu sobre os municípios, impelindo-os a aumentarem responsabilidades, acarretando maior comprometimento orçamentário neste setor. Ainda que a regulação, majoritariamente da saúde, seja capitaneada pela União, os efeitos mais contundentes recaem nos sistemas estaduais e municipais de saúde.

O setor de AF é diversificado tanto em estados quanto em municípios brasileiros, mesmo que se tome como parâmetro para a organização do serviço público de saúde o nível de atenção e o número de habitantes de dada região. A dessemelhança indica, nesse caso, a falta de diretrizes, complicando a comparação de resultados e criação de estratégias de monitoramento e de avaliação em AF.

Não obstante, a todo o material disponível e o interesse inicial de parte de alguns governos estaduais, municipais e federal indicam haver carência de estudos de avaliação da eficácia, de eficiência ou mesmo da efetividade de ações, de programas ou de políticas públicas em AF. Nesse sentido, esta Dissertação tem por objetivo contribuir para academia, governos e sociedade sobre a avaliação da AF como serviço público.

Assim, fazem-se necessárias a mensuração e a avaliação da eficácia de ações, programas e políticas de AF como o Programa Dose Certa, pela ótica dos indivíduos que utilizam os serviços públicos de saúde. O primeiro ponto escolhido é de ordem mais geral, a análise do Programa Dose Certa, quanto ao suprimento de medicamentos da população idosa residente nos municípios da região do Grande ABC Paulista.

O segundo ponto a que se propõe esse estudo, com um caráter mais específico, é a avaliação do Programa Dose Certa na disponibilização gratuita de medicamentos para o tratamento de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), no caso a hipertensão arterial sistêmica (HAS) e artrite reumatoide (AR), na população idosa residente no Grande ABC Paulista.

Para tanto, pesquisou-se fontes acadêmicas como artigos científicos nacionais e estrangeiros, livros que se referissem à avaliação de programas públicos, assistência farmacêutica, DCNT, idosos e políticas públicas. Após leitura cuidadosa de todo o material, verificou-se que existem diversas linhas analíticas sobre avaliação em políticas públicas, fato que corrobora para a percepção de que seja um tema emergente e relevante à sociedade.

Todavia, o interesse identificado na leitura sobre ações, programas e políticas públicas não se refletiu sobre o tópico de avaliação em políticas públicas, tão menos em métodos avaliativos de programas quanto à eficácia, suscitando, desta forma, o interesse para o aprofundamento do estudo e potencial colaboração à academia, assim como na disponibilização a gestores públicos de instrumento racional com crivo e robustez científica, que é típica de uma pesquisa acadêmica.

Então, a pesquisa aqui delineada alinha-se ao interesse estratégico e crescente da academia e da Administração Pública, pela transversalidade que lhe é intrínseca, com análise estatística minuciosa a gestores públicos das esferas estaduais e municipais da região do Grande ABC Paulista, servindo a esses como baliza de eventuais ajustes do programa Dose Certa. Dessa forma, o intuito do presente trabalho é contribuir para um melhor entendimento das demandas em saúde e distribuição gratuita de medicamentos aos idosos portadores de HAS e AR.

1.1 Pergunta-problema

Da problematização apresentada, emerge o seguinte problema de pesquisa: em que medida o Programa Dose Certa atende à demanda de medicamentos para o tratamento da população idosa portadora de doenças crônicas não transmissíveis de Rio Grande da Serra e São Caetano do Sul?

1.2 Objetivo geral

Analisar em que medida o Programa Dose Certa atende às necessidades por medicamentos da população idosa residente nos municípios da região do Grande ABC Paulista, pela via da disponibilização gratuita de medicamentos para o tratamento de doenças crônicas não transmissíveis.

1.2.1 Objetivo específico

Analisar a disponibilidade de medicamentos para o tratamento da hipertensão arterial sistêmica e a artrite reumatoide, na população idosa residente nos municípios de São Caetano do Sul e Rio Grande da Serra.

1.3 Justificativa e delimitação

O assunto aqui delineado é de interesse estratégico e crescente para a academia e a Administração Pública, visto que integra informações dos campos de assistência farmacêutica, saúde e aos gestores públicos da região do Grande ABC Paulista com o fornecimento de dados da eficácia do estadual Programa Dose Certa.

A pesquisa apresentada legitima-se igualmente por auxiliar na avaliação da disponibilidade de medicamentos por meio do Programa Dose Certa para o tratamento das doenças crônicas não transmissíveis prevalentes nas populações residentes idosas da região do Grande ABC Paulista, contextualizando-se a organização, implementação e formulação do programa público.

Por último, a importância do estudo é corroborada pelo curso de envelhecimento da população brasileira, o que amplia sobremaneira terapias medicamentosas variadas e, por vezes, de longo prazo, como no caso de DCNT, o que aumenta a relevância de programas de assistência farmacêutica públicos ofertados pelo Sistema Único de Saúde (SUS).

1.4 Estrutura do trabalho

Para que se atingissem os objetivos do presente estudo, estruturou-se este em cinco capítulos. O capítulo 2 registrou o delineamento do problema e objetivos da pesquisa, a partir da orientação de uma seleção preliminar de estudos. Registra, ainda, a justificativa e a delimitação sobre a avaliação do Programa Dose Certa, circunscrito à região do Grande ABC Paulista.

O referencial conceitual do estudo, por sua vez, foi apresentado na forma de dois capítulos. No capítulo 3, a discorreu-se sobre os tópicos: políticas públicas; avaliação de programas e políticas públicas; efetividade e eficácia em programas públicos. Centrando-se todos no exame rigoroso, atualizado de conteúdo científico de modo a contribuir sobre a temática da avaliação em AF.

O capítulo 4, que é também parte do referencial conceitual, abordou aspectos como direito à saúde; descreve minuciosamente o Programa Dose Certa; explana as doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), mais especificamente, a hipertensão arterial sistêmica (HAS) e a artrite reumatoide (AR). Discorre sobre a AF e o acesso aos medicamentos no sistema público de saúde brasileiro, assim como, descreve o envelhecimento populacional. E, finaliza relacionando idosos e saúde pública.

O capítulo 5 discorreu sobre os procedimentos metodológicos na pesquisa de campo, destacando os recortes etário, social e espacial para a definição do público-alvo do estudo e escolha do método quantitativo, com a técnica de coleta de dados primários pela aplicação de surveys; as técnicas estatísticas descritivas

para apuração dos resultados, dando sustentação à pesquisa do tipo pesquisa exploratória. Possibilitando a ampliação do conhecimento e o aprofundamento da compreensão do problema deste estudo.

2 REFERENCIAL CONCEITUAL

O referencial discorre sobre tópicos relevantes para o desenvolvimento da pesquisa sobre a eficácia do Programa Dose Certa na região do Grande ABC Paulista. Inicia-se pela conceituação e o estado da arte em políticas públicas, destacando-se a avaliação sobre políticas públicas, seguindo-se de elementos correlatos e decisivos na avaliação que são a eficácia, a eficiência e a efetividade, terminando por aprofundar a definição de programa público.

Um segundo tópico é o do direito à saúde, elencando-se a legislação pertinente, as diretrizes do SUS e, evidentemente, a relação dessas com a política de assistência farmacêutica.

O terceiro e o quarto tópicos, respectivamente, mantêm relação próxima, visto que a pesquisa aqui delineada analisa a eficácia do Programa Dose Certa na disponibilidade de medicamentos para doenças crônicas não transmissíveis, a população idosa, justamente o tópico seguinte do referencial conceitual, que trata do processo de envelhecimento e os impactos desta transição etária e social sobre o SUS.

Finaliza-se o tópico “Referencial conceitual” com o tópico da inter-relação da população idosa com a disposição da saúde pública brasileira, em que se demonstrará a relevância crescente do SUS como fonte de medicamentos a uma população que se encontra em meio a transição demográfica e etária.

2.1 Política pública

As políticas públicas são básicas para as democracias modernas e é basicamente por meio delas que o Estado ou os governos entram em ação (DYE, 2009; SOUZA, 2006), caso em que se enquadram os Estados Unidos da América (EUA) que, segundo Frey (2002), iniciaram pesquisas na área a partir dos anos 1950, sob a denominação *policy science* e, na Europa, somente a partir do início dos anos 1970 é que estudos ganharam notoriedade.

Por sua vez, para que problemas sejam reconhecidos pelo Estado, é necessário que o Estado os inclua pela via política na agenda¹ de prioridades (BRASIL, 2011b, p. 50). Nesse sentido, de acordo com Leon (2014), quanto mais mobilizada a sociedade e democrático o Estado, maiores são as chances de reconhecimento de demandas sociais, em que pese a capacidade operacional, os recursos e a governabilidade² do Estado para operar.

Um modelo heurístico aplicável à *policy analysis* é o entendimento do agir público e do processo político-administrativo em sequência de fases, estágios e acontecimentos nas políticas públicas. Todavia, Meira (2013) aponta que dada política pública chega ao êxito, caso haja clareza de fases e especificidades.

Dentro do universo de conceitos sobre políticas públicas, tem-se a clássica conceituação “o governo em ação” de Souza (2006), definição essa que propicia diferentes entendimentos, mas, se empregada corriqueiramente, induz à percepção de consenso e de falsa neutralidade, de acordo com Macedo *et al.* (2016).

Dando prosseguimento à exposição de diferentes acepções de política pública, a literatura especializada denota vieses tal como o social defendido por Peters (1986), que, segundo o autor, é a somatória das atividades dos governos que operam direta ou indiretamente de maneira a influenciar a vida dos cidadãos (SOUZA, 2006).

Já para Bucci (2006), a concepção de políticas públicas passa pelo entendimento de que programas de ações governamentais tentam articular os meios estatais disponíveis e as atividades privadas e a consecução de objetivos e interesses públicos, desde que socialmente relevantes e politicamente determinados.

¹ A agenda política corresponde ao conjunto de assuntos e problemas que os gestores públicos e a comunidade política entendem como mais relevantes em dado momento e não necessariamente à lista de preocupações da sociedade ou destaques da imprensa. Afinal, o reconhecimento de uma questão social como problema de governo ou Estado não é um processo simples e imediato, que responde automaticamente às estatísticas disponíveis, por mais reveladoras que sejam da gravidade da questão, quando comparada a outros países ou a outros momentos do passado (BRASIL, 2014a, p. 26).

² “[...] o uso corrente do termo diz respeito as condições de sustentabilidade dos governos, tanto no campo político-parlamentar como no da sua legitimidade em termos mais amplos. Em outros termos, as condições de governabilidade dependem tanto de recursos de poder situados no interior do sistema político como de algum grau de aceitação – ou de ausência de oposição – por parte dos diferentes atores sociais” (LESSA, 2015, p. 417).

Um segundo entendimento com viés social é a compreensão de Leon (2014, p. 187), que inicialmente relaciona a alteração de objetivo econômico, político ou ambiental por meio de programas ou intervenções realizadas de forma institucional pelo Estado, com a intenção de influir no bem-estar social dos cidadãos em dada localização.

Em perspectiva institucional sobre políticas públicas, identifica-se no trabalho de Baptista (2012, p. 45) autores como Heidemann (2009), Rua (1998) e Saravi (2006), que consideram a existência de políticas públicas tão somente quando o Estado age concretamente com vistas a atingir metas, objetivos e propósitos definidos.

Características conceituais comuns são identificáveis em Amabile (2012), pois, no entendimento desse autor, políticas públicas são ações sobre responsabilidade legal de autoridade estatal designada, resultante de complexos processos decisórios e que geram efeitos sobre a realidade social. Outra forma de revelação de políticas públicas associa-se à edição de legislação, indicada por Resende (2010).

Posto que se discorreu sobre diversas leituras sobre o que são políticas públicas, destaca-se a conceituação de Fonseca (2013, p. 45) apresentada a seguir:

[...] um processo de decisão política que se materializa em objetivos com resultados esperáveis, normalmente vinculados à transformação de uma dada realidade, com vetores distintos, e que envolvem: a) técnicos estatais e não governamentais, burocratas e políticos (tomadores de decisão); b) atores distintos (com “recursos de poder” assimétricos), cenários e conjunturas (por vezes voláteis); c) capacidade e viabilidade de o Estado disponibilizar recursos orçamentários, humanos, legais e logísticos; d) mecanismos de mensuração dos resultados.

Depreende-se pela explanação de Fonseca (2013) que os aspectos institucional e administrativo são basilares para a assimilação e a contextualização das fases constituintes das políticas públicas, reforçando a compreensão do Estado como agente responsável pelas ações e efeitos das políticas públicas.

Quanto à análise de políticas públicas e como base a literatura corrente, Saravia (2015) indica que há fundamentalmente três etapas em políticas públicas, sendo essas: a formulação, a implementação e a avaliação. Entretanto, Amabile

(2012) diverge dessa estrutura e admite a existência de pauta ou agenda pública, como uma quarta fase e antecedente às supracitadas.

Dye (2009) compreende que a teoria do ciclo de políticas públicas como simplificação da realidade ou representação da vida política, por conseguinte, deve colaborar com a identificação de aspectos relevantes, a orientação de pesquisas e a proposição de explicações. Considerando o mesmo autor, ele afirma que políticas públicas são dinâmicas formadas por ações e não ações, por parte do poder governamental.

Porém, a ideia corrente de linearidade e simetria quanto à ação de atores em políticas públicas posta pela teoria do ciclo é questionada por Fonseca (2013). Uma vez que se desconsiderariam os efeitos da heterogeneidade de atores e interesses envolvidos, a dinâmica de mercado e demandas da sociedade civil sobre as políticas públicas, de acordo com o autor supracitado.

A análise das políticas públicas, no modelo por ciclo, coloca como etapa inicial a formulação, de acordo com Howlett (2013, p. 123). A fase é descrita pelo autor como a identificação de possibilidades e proposições de ações, e a viabilidade das soluções tendo em vista o problema público posto.

Silva e Bassi (2012) e Secchi (2013) indicam como primeira fase do ciclo de políticas públicas a identificação do problema em seu caráter público, entendimento divergente do posicionamento de Souza (2006) e Howlett (2013), que arguem a formulação e a definição de agenda, respectivamente, como sendo processo inicial na primeira etapa de seus modelos de políticas públicas.

Para Howlett (2013, p. 99), o desempenho do ganho de relevância de um problema é algo intrincado e que afeta seu *status* de interesse público. A complexidade associada ao ganho de relevância é decorrente das inter-relações de fatores como: atores políticos, ideais e instituições, gerando efeitos de variação súbita ou incrementais na formação da agenda política, a depender do comportamento dos fatores.

Macedo *et al.* (2016) destacam que instrumentos políticos, baseados em informações, na autoridade, na organização e na viabilidade técnica e política, atingem a agenda. Assim como o referido autor assinala que a organização dos atores pode interferir na formulação de políticas públicas, de modo a propiciar um ambiente de oportunidades.

Para parte de estudiosos em análise de políticas públicas que se baseiam na ideia de ciclo, a fase de implementação é ulterior à formulação, sendo essa fase tipificada, de acordo com Howlett, Ramesh e Perl (2013), pela participação ampliada de atores governamentais e não governamentais, em comparação com a fase anterior à tomada de decisão.

Como processo evolutivo, a trajetória da concepção de implementação, segundo Giovanni (2015, p. 449), inicia-se com o pressuposto de que modelos de decisão centralizados influenciavam o padrão e a implementação seria a do tipo de cima para baixo (*top-down*).

Uma segunda alternativa de modelo de implementação é a *bottom-up*, de acordo com Hill (2006) e Secchi (2013) que, segundo Giovani (2015, p. 449-450), é mais realista e reconhece a ocorrência de momentos de negociação, barganhas, dissenso e contradição de objetivos. Verifica-se, então, um afastamento progressivo da ideia da relação entre implementação e formulação de políticas públicas como movimento gradativo e linear.

Para Macedo *et al.* (2016), as ações dos indivíduos, na implementação de políticas públicas, são soluções construídas por meio redes ativas de atores não governamentais do subsistema político, tais como beneficiários, *stakeholders*,³ movimentos sociais, ONGs e veículos de comunicação. Além desses, há os atores governamentais que, conforme afirmam Howlett, Ramesh e Perl (2013), são os servidores ligados aos órgãos estatais e corpos burocráticos, responsáveis pelas ações de implementação e pelo cotidiano da Administração Pública.

Como é perceptível nos trabalhos de Howlett, Ramesh e Perl (2013) e Macedo *et al.* (2016), há um caráter político intrínseco na implementação de políticas públicas pelo modelo *botton-up*, no qual representantes do Poder Público atuam com certa autonomia. Todavia, nesse ambiente político-conflitivo podem ocorrer *deficits* de autoridade, de legitimidade ou mesmo de habilidade de coordenação, de acordo com Lascoumes e Le Galés (2004, p. 13).

³ *Stakeholder* é qualquer pessoa, grupo ou organização social com interesse ou poder para influenciar alguma ação social. O termo *stakeholder* foi cunhado na Universidade de Stanford, em 1963 (FREEMAN, 1984). Em princípio, a teoria dos *stakeholders* era utilizada na elaboração de estratégias empresariais e tinha como objetivo principal identificar oportunidades e ameaças à implementação dessas estratégias. Com o passar do tempo e em função da adoção pela Administração Pública de técnicas e ideias próprias do meio empresarial, o termo passou a fazer parte da vida de governos e outras entidades públicas. Fonte: GOMES, Ricardo Corrêa. *Stakeholders*. In: **Dicionário de Políticas Públicas**. 2ª ed. São Paulo: Editora da Unesp; Fundap, 2015, p. 968.

Diante da complexidade da implementação de políticas públicas e, em cada uma de suas etapas, impele aos agentes do Poder Público desenvolver uma visão estratégica que considere aspectos como competição interburocrática, fragmentação institucional e relevância de atores não governamentais (GIOVANI, 2015, p. 450).

Segundo Giovani (2015), para que se agreguem em agentes públicos capacidades de coordenação a setores para a percepção estratégica em políticas públicas, eles devem mirar na construção de consensos, ou seja, o êxito da implementação de políticas públicas ou programas, na visão de Lascoumes e Le Galés (2004, p. 13), supera a capacidade de manejo técnico.

Seguindo o entendimento de Lascoumes e Le Galés (2004), há de se levar em conta nas escolhas os instrumentos, depois, a partir desse ponto é que se adequa o uso de ferramentas da intervenção e a modalidade política em curso. Por conseguinte, com o diagnóstico do ambiente político finalizado, é possível selecionar, desde que se maximizem as chances de obtenção de objetivos e metas postas pelas políticas e programas públicos, as ações públicas ou serão deflagradas ou serão contidas.

Resumidamente, Giovani (2015, p. 450) defende que, inerente a todas as ações públicas, há duplicidade, tanto de aspectos técnicos quanto sociais, indiferentemente de sua natureza legal, econômica, informativa etc. Então, conforme o autor assevera, recursos e instrumentos de *policy* não devem apresentar exclusivamente atributos técnicos, mas devem fazer sentido do mesmo modo, para a maior parte possível dos atores envolvidos, sobretudo os destinatários finais das políticas públicas.

2.1.1 Programa público

Programa público, de acordo com Gambi (2012, p. 12), é uma unidade de trabalho que operacionaliza uma política pública e que, por sua vez, se divide em projetos específicos que consolidam a intervenção nos distintos setores públicos componentes do programa geral. Já a Organização das Nações Unidas (ONU) define programa como “[...] um conjunto organizado de atividades, projetos, processos servidos e orientados a consecução de objetivos específicos” (ONU, 1984, p. 15-16 *apud* GAMBI, 2012).

Para a OCDE (1999 *apud* Silva, 2002), os programas majoritariamente devem apresentar atributos como: atividades conjuntamente articuladas, com tempo específico de duração e previsão orçamentária para atingir metas ou colocar em ação determinada a orientação de política pública.

Dentre as partes componentes de um programa público, segundo Gambi (2012, p. 12), há uma hierarquia intrínseca às intervenções governamentais, a saber: a política pública é o nível superior, que identifica e explicita o objetivo político buscado; o programa operacionaliza o objetivo político para uma determinada área de atuação; e, por fim, o projeto representa o nível micro, que concretiza ações específicas orientadas a cumprir metas relacionadas ao programa, que inclusive são a face operacional da garantia jurídica da saúde.

2.2 Avaliação de políticas públicas

Associa-se ao aumento de ações estatais nos anos 1960 nas democracias ocidentais, basicamente no EUA e Canadá, à aplicação e avaliação de programas e de políticas públicas, devido ao progressivo processo de racionalização na tomada de decisões e funcionamento das administrações públicas, apoiado na disponibilização de dados estatísticos de organizações nacionais e internacionais, facilitando-se a avaliação de políticas e programas públicos de diferentes governos (RUBIA *et al.*, 2013, p. 108).

Faz-se necessário designar que a avaliação é a fase posterior à implementação de programas no ciclo de políticas e programas públicos, de acordo com Brasil (2014a, p. 41), e que ela pode se diferenciar do conceito de monitoramento, sendo esse último baseado em atividades de pesquisas de avaliação e sistemas de indicadores, ressaltando-se que tanto a avaliação quanto o monitoramento podem ser efetuados depois da implementação do ciclo da política pública.

Resumidamente, para Silva (2002, p. 15), as políticas, os programas e os projetos são um conjugado de atividades estabelecidas de modo racional, visando a resultados predeterminados a partir de sua implantação e são destinados a viabilizar vários propósitos de intervenção, que funcionam como objeto de pesquisas de avaliação dos resultados aguardados.

2.2.1 Tipologias de avaliação

De acordo com Mendes e Sordi (2013, p. 99), as avaliações podem ser classificadas como formativas ou somativas, segundo o critério temporal de aplicação de avaliação em programa/política pública. A primeira ocorre durante a execução, com vistas a fornecer subsídios para melhoria do programa ou projeto, levando a decisões sobre o desenvolvimento do programa.

A avaliação somativa, por sua vez, refere-se à pesquisa dos resultados ou efeitos de um programa/política, para ceder aos responsáveis pela tomada de decisões ou consumidores critérios de apreciação sobre o seu valor ou mérito (MENDES; SORDI, 2013, p. 99), definindo, desta forma, se foram observados objetivos ou efeitos preditos e, assim, subsidiando decisões quanto à continuidade ou encerramento, ampliação, adoção, eventuais modificações, entre outros procedimentos em políticas públicas.

A atenção na avaliação somativa volta-se para a identificação da relação entre os objetivos determinados pelo governo e a transformação desses objetivos em resultados concretos ou *outputs* e, em caso de impacto desses resultados sobre a sociedade, a denominada *outcomes* (RUBIA *et al.*, 2013, p. 108), sendo que os autores recomendam ao avaliador não interagir com personagens detentoras de cargos de elaboração e/ou implementação da política pública, para se garantir a neutralidade da avaliação.

Quanto à classificação de avaliações de acordo com o vínculo dos especialistas e à instituição ou programa em análise, elas podem ser internas, externas ou mistas. No caso de avaliações realizadas por especialistas de fora da instituição, é denominada externa, conforme descrevem Ramos e Schabbach (2012, p. 1274), e possuem vantagens como a isenção e objetividade dos avaliadores.

Rua (2012, p. 112), em sua pesquisa, apresenta que avaliações internas são aquelas em que a intervenção política, programa ou projeto é avaliado pelo corpo técnico envolvido com a sua implementação. Mas, de acordo com a autora, a excessiva proximidade com o objeto pode gerar distorções de perspectiva. Rua (2012, p. 112) reforça que o objeto a ser avaliado é a intervenção, processos e produtos para a obtenção dos objetivos e das metas em políticas públicas, não a atuação da equipe de implementação.

Outro aspecto de classificação de avaliação é quanto à natureza dos dados, sendo ela estratificada em avaliação qualitativa ou quantitativa. Para León (2014, p. 175), as de natureza qualitativa utilizam-se da aplicação de entrevistas com beneficiários selecionados e outras fontes de informação. Todavia, a colaboração entre pesquisadores e agentes públicos dá-se através da contextualização dos resultados quantitativos no universo qualitativo, o que possibilita a aplicação de questionários pelos avaliadores ao público-alvo e suposições de fatos geradores de falhas.

Trevisan e Van Bellen (2008, p. 537) afirmam que a avaliação pode ser classificada em função do seu *timing*, levando-se em conta o momento de realização ou *timing* das avaliações, podendo acontecer antes, durante ou depois da implementação das políticas públicas ou programas, dividindo-se em dois tipos os estudos avaliativos, e diferenciam-se em *ex ante* e *ex post*.

A avaliação *ex ante*, na visão de Giovanni (2015, p. 103), é a que se fundamenta racionalmente em hipóteses e expectativas, e em juízos cautelares sobre as etapas do ciclo de *policy* e suas decorrências, envolvendo a qualidade, a viabilidade e as consequências das escolhas sobre a fase de tomadas de decisões. De acordo com Lobo (1998 *apud* TREVISAN, 2008; VAN BELLEN, 2008, p. 537), essa avaliação analisa o custo-benefício e o custo-efetividade das taxas de retorno econômico dos investimentos previstos, possibilitando ordenar projetos de acordo com eficiência de alcance a objetivos determinados.

Por sua vez, a avaliação *ex post* é realizada durante a execução de um programa ou ao seu final, quando as decisões passam a se basear nos resultados alcançados (RAMOS; SCHABBACH, 2012, p. 1275), possibilitando aos tomadores de decisão preferir pela permanência da formulação original ou pela alteração do programa com redirecionamento de objetivos, propostas e atividades, ou mesmo indicar a sua descontinuidade.

Outro tipo de avaliação é a de processo, que visa a acompanhar e avaliar a execução dos procedimentos de implantação, detectar falhas na elaboração de ações e obstáculos e a implementação de programas, assim como por meio do registro de intercorrências e de atividades, possibilitando uma eventual reprogramação de atividades e incorporação de mudanças ao conteúdo do programa em avaliação (COSTA; CASTANHAR, 2003).

O último tipo de avaliação exposto neste trabalho é a avaliação de impacto que, conforme descreve Carvalho (2003, p. 186), é aquela que foca os efeitos ou impactos causados sobre a sociedade e, por conseguinte, para além dos beneficiários diretos da ação pública, afere a efetividade social. O que, no entendimento de Chiari (2012, p. 44), é a detecção das mudanças provocadas e se seguiram a direção aspirada.

Carvalho (2003) indica em sua pesquisa que duas suposições orientam a avaliação de impacto: a primeira pressupõe a existência de relação causal entre o programa e a mudança social produzida. A segunda é a que reconhece as intenções de mudança social na política pública em análise, o que explicaria a conformação da avaliação para mensurar impactos, por meio da política. A referida autora, tendo em vista a natureza da avaliação de impacto, qualifica-a como avaliação *ex post facto*.

Então, para que o modelo de Estado eficiente fosse aferido, era mister avaliá-lo. Daí as funções da avaliação que, de acordo com Bueno (2013 *apud* LÉON, 2014, p. 172), são o prognóstico da aplicação adequada de recursos frente à oportunidade e utilidade, e como instrumento de proposições de melhoria no desenho e na gestão de políticas públicas evidenciava racionalidade do modelo.

Assim, de acordo com o texto Brasil (2014a, p. 17), os diagnósticos contratados pelo setor público colaborariam para amenizar, em muitas das vezes, a falta de clareza dos objetivos e da natureza do programa implementado. Mas as lacunas de formação e o pouco domínio de conceitos e técnicas no campo de monitoramento e avaliação, entre os gestores públicos, geram problemas na especificação dos instrumentos de monitoramento e avaliação das ações governamentais (BRASIL, 2014a, p. 23).

O destaque dado à avaliação de políticas no Brasil, centrada em pesquisas que aplicam metodologias de avaliação de resultados ou de impacto, conforme descrevem Ramos e Schabbach (2012, p. 1279), ainda não incitou o interesse dos analistas de políticas públicas, nem sociólogos e nem cientistas políticos, pois ainda se privilegiam estudos dos processos decisórios nas análises, em prejuízo da implementação e da avaliação de programas e políticas públicas.

Com o crescente interesse referente às pesquisas em avaliação como ferramenta de aperfeiçoamento dos serviços públicos, sendo que a alteração qualitativa da produção e apropriação de conhecimentos na área está em curso no Brasil, há um aproveitamento de descobertas no campo por diversos agentes

públicos ou privados (RAMOS; SCHABBACH, 2012, p. 1278), sobretudo aos grupos formados pelos corpos burocráticos ativos, inovadores na formulação de programas, racionalmente técnicos na tomada de decisões, conforme Brasília (2014, p. 41).

Para Frey (2002), a avaliação é indispensável para a adaptação contínua e o desenvolvimento dos instrumentos de ação pública, fase denominada pelo autor como “aprendizagem política”. Assim como há o mérito da avaliação, segundo Arretche (2003), na promoção do controle social sobre a atuação estatal. Não obstante, Gertler *et al.* (2011 *apud* LEON, 2014, p. 173) indicam que a contextualização da avaliação é mister para que a sociedade civil obtenha resultados parametrizados, críveis e confiáveis.

Visto que inexistente mercado de referência para qualidade e eficácia da prestação de serviços públicos, especialmente para comportamento da demanda, é forçoso avaliar de maneira regular o desempenho de programas, atividades e políticas públicas. Costa e Castanhar (2013, p. 971) indicam a pesquisa de desempenho dos programas públicos como forma de aferir o êxito da ação governamental pela eficácia e efetividade de programas e políticas públicas.

Sarti e Cyrillo (2010, p. 241) destacam que a avaliação, conforme a gestão do campo de saúde, é parte fundamental no planejamento e que um sistema de avaliação efetivo colaboraria para redistribuição da execução de ações e serviços, de forma a contemplar as necessidades do serviço público nesta área com maior racionalidade ao uso de recursos.

Neste estudo tomar-se-á o entendimento de Ramos e Schabbach (2012, p. 1274) e Bueno (2013 *apud* LÉON, 2014, p. 172), que apoiam a ideia que avaliar é uma forma racional de medir os resultados, os meios e os recursos empregados para gerar efeitos em políticas públicas. Porém, não ignorando a advertência de Januzzi (2012, p. 40) que, na realidade, indica que as atividades conduzidas por tecnocratas governamentais não são totalmente objetivas e neutras.

2.2.2 Efetividade em programas públicos

No Brasil, o progressivo interesse dos governos na avaliação de programas e políticas públicas alia-se aos conceitos de eficácia, de eficiência e de

*accountability*⁴ na gestão, permitindo que a informação obtida por meio de avaliação fosse utilizada no aprimoramento da concepção e implementação, na fundamentação teórica de decisões e na de prestação de contas das ações públicas (RAMOS; SCHABBACH, 2012, p. 1278).

Arretche (1998 *apud* TREVISAN, 2008; BELLEN, 2008) indica que, na literatura de avaliação de políticas públicas, é típica a distinção dos termos de eficácia, eficiência e efetividade, pois são conjecturas analíticas diferentes entre si dos objetivos, da percepção dos métodos e dos métodos de avaliação.

Costa e Castanhar (2003) possuem postura distinta de Arretche (1998), pois, a esses autores, a avaliação é maneira de mensurar e ponderar valor, fazendo-se imperativa a definição primária de critérios de avaliação, e exatamente nesse aspecto é que surgem desacordos entre disposições conceituais e metodológicas.

Subirats, Knoepfel e Varrone (2010, p. 217) listam em sua pesquisa alguns dos critérios mais comuns na avaliação de programas e políticas públicas para o alcance de seus objetivos, formando uma tríade recorrente na literatura, iniciando-se pela eficácia ou verificação de hipóteses causais.

O critério de efetividade, *effectivity compliance*, aplica-se como indicador de efeitos positivos ambientais, econômicos, institucionais, técnicos e socioculturais sobre o ambiente externo em que interferiu, ou seja, os *outputs* gerados. Mais profundamente é o grau de conformidade entre os planos de ação e atos formais de implementação de uma política, e as modificações de conduta causadas nos públicos-alvo (SUBIRATS; KNOEPFEL; VARRONE, 2010, p. 219).

Há também um segundo grupo de critérios proposto por Costa e Castanhar (2013) para a avaliação de programas e políticas públicas com a satisfação do beneficiário. Neste aspecto, avalia-se a postura do usuário frente à qualidade de atendimento ofertada e a sustentabilidade, fator relacionado à capacidade de prosseguimento dos efeitos benéficos obtidos por meio do programa social, após sua conclusão.

⁴ Termo cunhado na língua inglesa e de difícil tradução para o português, principalmente devido à complexidade das aplicações que pode ter. A palavra que melhor o traduz é “responsabilização”. *Accountability* é a expressão utilizada para tratar da obrigação e capacidade de uma pessoa ou instituição de prestar contas à outra pessoa ou instituição, ou seja, quando determinada instituição age em nome de um conjunto de pessoas, e essa instituição pode ser, de alguma maneira, responsabilizada, punida ou recompensada por essas ações, podemos afirmar que essa instituição é *accountable* e existe um processo de *accountability* na relação entre a instituição e o conjunto de pessoas que ela representa. Fonte: MARQUES, Fernando Gonçalves. *Accountability*. In: **Dicionário de Políticas Públicas**. São Paulo, Editora da Unesp. Fundap, 2015, p. 45.

Dada a explanação sobre avaliação e o trato com seus resultados, Costa e Castanhar (2013, p. 981) destacam que os indicadores de resultado mensuram os efeitos do programa junto à população-alvo como um todo e usuários em particular. No primeiro caso, de acordo com os autores, levantam-se indicadores de resultado com o auxílio de bases de dados e/ou cadastros já existentes ou pesquisas de campo, o que corrobora como instrumento de análise e avaliação de programas públicos.

2.2.3 Eficácia

A eficácia para Cohen e Franco (1993, p. 102) refere-se ao “[...] grau em que se alcançam os objetivos e metas do projeto da população beneficiária, em um determinado período de tempo, independentemente dos custos implicados”. Assim, partindo-se dessa definição de eficácia, é possível identificar a relação dela com a avaliação por resultados e os efeitos de projetos e programas públicos sobre os beneficiários.

Já para Subirats, Knoepfel e Varrone (2010, p. 217), o critério de eficácia relaciona-se à categoria dos efeitos (*outcomes*) observáveis do programa ou política pública sobre valores-objetivos e metas esperados, e o que acontece na realidade social. Conforme os autores, em sua estrutura lógica, a eficácia é intrinsecamente analítica e causal, porque relaciona certa política pública e seus efeitos sobre a realidade social. Por outro lado, esse critério opera normativamente quando entendido como a distância entre os objetivos políticos e a solução real do problema.

Mas, para que se compreenda a diferença entre eficácia e efetividade, faz-se necessário detalhar produtos finais e efeitos de uma avaliação de resultados. De acordo com Rua (2012, p. 113), o denominado *output*, ou produto final, é o resultado objetivamente constatável da operação de um sistema que forneça bens tangíveis ou serviços. Por sua vez, quando se avalia o efeito de intervenção em política pública, programa ou projeto que expressam mudança na realidade, denomina-se *outcome*, como esquematizado na Figura 1.

Figura 1 - Eficácia, eficiência, efetividade



Fonte: adaptado de Brasil (2015, p. 14).

Tendo em vista a explanação dos conceitos de efetividade e eficácia, optou-se pela eficácia, pois o objetivo desta Dissertação é avaliar a disponibilização de medicamentos pela rede pública de saúde dos municípios aderentes ao programa de assistência farmacêutica do Estado de São Paulo, denominado Programa Dose Certa, descrito no item 3.3.

2.3 Avaliação de políticas públicas

As avaliações como instrumento em políticas públicas, no caso da América Latina, iniciam-se apenas nos anos 1990 e são decorrentes de questionamentos sobre o tamanho e a eficiência do setor público, extrapolando tipologias de Estado ou mesmo culturas administrativas, de acordo com Trevisan e Van Bellen (2008, p. 535).

Há suficiente entendimento de que avaliação de políticas públicas diz respeito ao julgamento de valores associados a distintas etapas do processo de produção de políticas públicas (BRASIL, 2014a, p. 57). Porém, inexistente consenso na literatura especializada sobre o conceito de avaliação a ser aplicado na análise de políticas públicas, ainda que, para Gambi (2010), ela possa ser definida como a intervenção do Estado manifestada em decisões de autoridade pública, que atende a análise técnico-racional para tema e finalidade determinados e que siga curso formal, em meio a um contexto de intenso processo político de articulação e confrontação de interesses.

Cabe destacar, ainda, que a avaliação em políticas públicas tem caráter eminentemente político e teórico, vinculado a estratégias, interesses dos decisores e demais envolvidos (FARIA, 2005), e que se caracteriza como atividade acadêmica (RAMOS; SCHABBACH, 2012, p. 1278).

Apesar da prática de avaliar as políticas públicas estender-se a boa parte dos sistemas políticos democráticos ocidentais, Rubia *et al.* (2013, p. 108) asseguram que há diferenças com respeito ao grau de institucionalização, na abordagem das avaliações nos âmbitos internos e externos. Além disso, há diferentes tipologias e, dentre essas, as mais empregadas tomam como critério a ocasião que se leva a cabo os objetivos perseguidos.

O caráter analítico de avaliação em políticas públicas é o voltado à solução de problemas sociais de ordem prática (RAMOS; SCHABBACH, 2012, p. 1278), assim como na leitura de Trevisan e Van Bellen (2008, p. 537), tanto fomentar o debate público sobre as alternativas de intervenção governamental em dada realidade social quanto assegurar à sociedade civil a transparência das ações do Estado.

Dentre os atores envolvidos direta ou indiretamente na avaliação de políticas públicas, Ramos e Schabbach (2012, p. 1278) destacam os financiadores do programa, o alto escalão governamental, os encarregados da implementação, os “burocratas de nível de rua”,⁵ os beneficiários, os gerentes de programas similares e/ou das diferentes esferas governamentais e os membros do Legislativo engajados na melhoria de programas existentes ou na elaboração de novas propostas, dentre outros.

2.3.1 Avaliação de programas públicos

A avaliação de programas públicos é realizada mundialmente por diversas instituições e é conhecida por diferentes denominações, tais como auditoria de desempenho, auditoria operacional, *value for money*, dentre outros (BRASIL, 2015

⁵ O termo “burocratas de nível de rua” é tradução literal para o português da expressão utilizada por Lipsky (1980), *street level bureaucrats*, para referir-se aos servidores públicos que interagem diretamente com os cidadãos e que representam a linha de frente da política do governo. Partindo do pressuposto de que há discricionariedade na burocracia de nível de rua, os trabalhos atuais concentram-se em discutir como isso ocorre e quais são as implicações para as diferentes áreas de políticas públicas quanto à sua trajetória, resultados e seu desenho (CAVALCANTE; CAMÕES; KNOP, 2015, p. 57).

c). Para o estudo aqui apresentado, a acepção escolhida sobre avaliação de programas públicos é a exposta logo abaixo:

[...] empreendimento técnico-científico de uso de métodos da pesquisa social para investigar a situação, problemas e diferentes aspectos da gestão de um programa público, ao longo de seu “ciclo de vida”, sua concepção ao usufruto dos produtos e serviços por ele disponibilizado, considerando o contexto organizacional e político em que ele se insere, com a finalidade última de informar as necessidades de aprimoramento de suas ações, de modo a contribuir, juntamente com outros programas, na melhoria das condições sociais da população (BRASIL, 2014a, p. 45).

E, justamente com este caráter, Donald Kettl (1998, p. 87-92 *apud* COSTA; CASTANHAR, 2013, p. 977) destaca que o desenho de um programa público ou a ação de uma agência governamental pode ser agregado por definições correspondentes, no caso: missão, metas e objetivos.

3 DIREITO A SAÚDE

Silva, Silva e Elias (2010), sustentados na Declaração Universal dos Direitos Humanos (DUDH), apontam a saúde como direito universal e fundamental do ser humano. Com relação à Organização Mundial da Saúde (OMS), o estado de completo bem-estar físico, mental e social deve ser alicerçado por políticas sociais e econômicas, propiciando, assim, a redução do risco de doenças e de outros agravos, por meio do acesso universalizado e igualitário às ações e aos serviços para a promoção, proteção e recuperação da saúde das pessoas.

Tomando como base as diretrizes constitucionais, Barros (2006, p. 30) apresenta direito à saúde “[...] como a missão estatal de prestar serviços de saúde, e que se fundamenta na cidadania e na dignidade humana como condições precípua do Estado democrático, como indicados no art. 1º, incisos II e III da CF”.

A saúde como direito, no caso do Brasil, os ideais da DUDH, no tocante ao direito à saúde, é identificável na Constituição Federal (CF) de 1988 que, por seu caráter democrático, participativo e voltado à cidadania, é reconhecida como constituição cidadã. Tal documento é um marco referencial das profundas mudanças acontecidas no país, incluindo-se a indicação do campo da saúde como direito social, e no artigo 196 elenca a saúde como um princípio universal de igual acesso a todos e um dever do Estado, como no trecho exposto a seguir:

[...] a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1988, art. 196).

Como decorrência, enquanto direito assegurado pela Carta Magna, a saúde é também abordada no art. 6, e apresentada no parágrafo posterior:

São direitos sociais a educação, a saúde, a alimentação, o trabalho, a moradia, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados, na forma desta Constituição (BRASIL, 1988, art. 6).

Adicionalmente, a acepção de saúde como direito e a busca do cumprimento dos objetivos constitucionais da construção de uma sociedade livre, justa e solidária e com a promoção do bem de todos, de acordo com contido no art. 3º, incisos I e IV da CF.

No mesmo sentido proposto pela CF, o modelo britânico de saúde pública proposto pelo *Center for Public Health Excellence*, de acordo com Duncan *et al.* (2012, p. 129), reconhece que mecanismos biológicos são insuficientes para a compreensão da saúde pública. Sendo assim, é mister a inclusão de fatores causadores de danos cumulativos ao *lifeworld* de indivíduos ou grupos em seus espaços cognitivo e subjetivo de vivência, para o aprofundamento da discussão sobre saúde.

Para além dos aspectos individuais, a saúde também é um bem intangível essencial à coletividade. Bem esse que é produzido e disseminado em espaços coletivos, indistintamente a todas as pessoas (MACÍAS, 2008). Aliado à compreensão de que saúde não se refere a apenas doenças, Silva, Silva e Elias. (2010) a ampliam de forma que o entendimento sobre saúde coletiva permita a imputação de responsabilidade individual ou de grupo, pela manutenção global da saúde.

Dentre os determinantes de saúde e doença, de acordo com Duncan (2012, p. 129), podem ser congregados em quatro vetores que se adicionam e interatuam como vetores na determinação da doença, detalhados a seguir:

- a) *environmental vector* ou vetor ambiental, envolve exposições a agentes biológicos, físicos e químicos;
- b) *organizational vector* ou vetor organizacional, vetor que envolve condições físicas, psicológicas e sociais de organizações sociais, inclusive o arranjo do sistema de saúde;
- c) *population wide vector* ou amplitude populacional, são as causas que atingem coletivamente a sociedade, tais como direitos civis, situação macroeconômica e legislação no campo da saúde;
- d) *sociocultural society vectors* ou vetor sociocultural, são fatores ligados às condições socioeconômicas e culturais, como posição ou classe social, raça/cor, gênero, e religião.

A partir da compreensão de Macías (2008) e Silva, Silva e Elias (2010), entende-se que a função do governo é de coordenação, de modo a articular as intervenções sobre a população, comunidade, organização, família ou indivíduo (DUNCAN *et al.*, 2012, p. 129).

A saúde, em perspectiva econômica, de acordo com Silva, Silva e Elias (2010), é indicada como variável relevante para o aumento do crescimento e redução das desigualdades sociais. Contudo, Macías (2008, p. 15) assinala que, de forma geral, a saúde é afetada por custos relativos a dois tipos de variáveis. O primeiro tipo de variável é a macroambiental, relacionada à estrutura econômica da sociedade, cultura nacional e classes sociais; e o segundo tipo de natureza individual, tais como: capacidade produtiva, atividade laborativa e perfil de gasto e consumo.

A conformação do sistema de saúde idealizado por Macías (2008) e pela ONU, no entendimento de Pinheiro Filho e Sarti (2012, p. 5-6), dependeria de especificidades dos usuários, o que exigiria a montagem de rede de serviços com alta capacidade de atendimento, disponibilidade de atuação e escopo de ação, e que procuraria incorporar novas tecnologias relativas a serviços e produtos terapêuticos e diagnósticos.

Visto que os serviços demandados em um sistema universalizado em saúde são custosos, a estratégia de ação do Estado aumenta em relevância. Para Sarti e Cyrillo (2010, p. 242), a depender da estratégia aplicada pelo governo, as intervenções públicas podem ocorrer de três diferentes modos, como apontado no art. 197 da CF (BRASIL, 1998).

A primeira forma é a direta ou estatal, caracterizada pelo fornecimento direto de produtos e serviços de saúde à população, por meio de instituição pública; a segunda é a concessão de subsídios ao setor privado, como maneira de incentivo à produção de bens de saúde, que deve ser fornecida à população por preços menores ao de mercado; a terceira é a produção privada de produtos e serviços de saúde com regulação e fiscalização pelo Estado (SARTI; CYRILLO, 2010, p. 242).

Dada a complexidade associada ao custo em saúde e seus efeitos sociais, registrado por Macias (2008), que identifica a necessidade da constituição de um sistema de saúde a partir da suposição de acesso universal à população e com diferentes níveis de complexidade de ações. Além desses fatores, as condições socioeconômicas nacionais e o imperativo legal de oferecer produtos e serviços de saúde, instituiu-se na CF o Sistema Único de Saúde (SUS) que, na visão de Santos e Soares (2011, p. 47), deve ser entendido como:

[...] é um complexo sistema que reúne as três esferas de governo (União, estados e municípios), sem ordem hierárquica, mas com definição das atribuições. A sua gestão é composta por um conjunto de práticas de diferentes naturezas: da definição e condução política à execução tecno-assistencial da atenção à saúde, passando pelo seu monitoramento, sua avaliação, auditoria, vigilância e seu controle, inclusive pela sociedade. Todo esse conjunto deve, permanentemente, estar permeado por princípios éticos.

Uma vez criado o SUS na CF, contudo, constatou-se a necessidade de regulamentá-lo à luz da realidade brasileira. Assim, em 19 de setembro de 1990, promulgou-se a Lei nº 8.080, também conhecida como Lei Orgânica da Saúde (LOS), que estabeleceu os campos de atuação da saúde pública e determinou a execução da assistência terapêutica integral.

Esmiuçando o aspecto da integralidade da assistência em saúde e uma das diretrizes do SUS, Barata e Mendes (2008, p. 25) a coloca como conjunto de ações de promoção, prevenção, proteção específica, diagnóstico, tratamento, o que abrange os medicamentos⁶ e a reabilitação em saúde. Para tanto, o acesso da população a medicamentos de qualidade e no momento apropriado, segundo o autor, é fundamental para garantir bons resultados nos atendimentos realizados pelo SUS à população, bem como constituir a integralidade da assistência em saúde.

A hierarquização é outro atributo do SUS, que o consagra como sistema público universal e atribui a cada ente federado parte da responsabilidade da saúde no país. Tal princípio prevê a organização dos serviços em níveis de complexidade, conforme discorrem Santos e Soares (2011), iniciando-se pela atenção básica, que direciona o fluxo de atendimento aos demais níveis, passando pela atenção média ou especializada, chegando à alta complexidade.

Essa estruturação possibilita o planejamento à programação de ações e serviços no SUS. Dessa forma, os municípios não precisam de todos os níveis de atenção à saúde abrigados em seu território para garantir a integralidade do atendimento à sua população (SANTOS; SOARES, 2011, p. 52). Segundo os autores, pequenos municípios ainda podem se aliar em pactos regionais de maneira

⁶ Os medicamentos são produtos tecnicamente elaborados, utilizados como remédios, com a finalidade de diagnosticar, prevenir, curar doenças ou aliviar os seus sintomas e, também, de modificar certos estados fisiológicos. São compostos de um ou mais princípios ativos, também denominados fármacos, drogas ou substâncias ativas, sendo os últimos os responsáveis pelo efeito principal e por diferentes adjuvantes que viabilizam a fabricação e a administração ou mantêm a estabilidade do medicamento. A esse conjunto denomina-se o termo “formulação farmacêutica” (BRASIL, 2011, p. 17).

a garantir aos seus municípios o acesso a todos os níveis de complexidade do sistema.

3.1 Programa Dose Certa

O acesso a medicamentos, discutido pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS) na 1ª Conferência Nacional de Assistência Farmacêutica, emitiu a Resolução MS/CNS nº 338, de 6 de maio de 2004 (BRASIL, 2010, p. 22). Relativamente ao documento, compreendeu-se que a garantia de acesso e equidade às ações em saúde abarca a manutenção de serviços públicos de AF em diferentes níveis, avaliando como necessária a articulação e o assentimento das prioridades regionais definidas nas instâncias administrativas do SUS.

Por conseguinte, a Resolução MS/CNS nº 338 e a CF, legislação pertinente o programa de AF brasileiro, fundamenta-se na Relação Nacional de Medicamentos (Rename), definida como o elenco de medicamentos básicos dispensados nas unidades de saúde do SUS e atualizada de acordo com os critérios e protocolos do Ministério da Saúde (BRASIL, 2011b, p. 52), elenco esse que norteia o programa Dose Certa, que detém uma lista de 61 medicamentos, sendo desses 59 constantes da Rename e 2 não constantes da lista.

O Programa Dose Certa é um programa de AF do Governo do Estado de São Paulo, cuja finalidade é melhorar o acesso de medicamentos para o tratamento de agravos prevalentes e prioritários da Atenção Básica, além de medicamentos destinados à saúde mental e à linha de cuidado à gestante e puérpera, à população residente em municípios que possam apresentar dificuldades para sua aquisição de medicamentos e com população menor que 250 mil habitantes (BRASIL, 2016).

Todavia, para que o programa paulista de AF obtivesse sucesso, necessitou-se de investimentos na recuperação da Fundação do Remédio Popular (FURP) que, de acordo com Barata e Mendes (2008, p. 27), é o laboratório público produtor de medicamentos do Estado de São Paulo, o que permite ao Dose Certa a ampliação do número de medicamentos distribuídos e beneficiando mormente os municípios com menor capacidade de adquirir os medicamentos no mercado.

Como é elementar, toda a ação pública é norteada por um arcabouço legal, assim também é no caso de Programa Dose Certa. Lista-se abaixo, em ordem

cronológica ascendente, apenas as leis e normas vinculadas diretamente ao programa e restritas ao âmbito estadual encontradas em Brasil (2016b):

- a) o Decreto Estadual nº 53.019, de 20 de maio de 2008, regulamenta a transferência de recursos financeiros, de forma direta e regular, do Fundo Estadual da Saúde para os Fundos Municipais de Saúde, destinados ao financiamento de serviços e ações de saúde realizado na Atenção Básica;
- b) a Resolução SS 55, de 21 de maio de 2008, estabelece as circunstâncias para efetivar esta modalidade de transferência de recursos;
- c) a Deliberação CIB 22, de 4 de maio de 2016, aprova a pactuação do componente básico da AF no Estado de São Paulo.

3.1.1 Operacionalização do Programa Dose Certa

A programação é anual e serve de base ao programa Dose Certa para a produção e aquisição dos medicamentos constantes no elenco, mas o delineamento das reposições, *per se*, não gera recebimento de medicamentos, sendo vedada a alteração, mas com possibilidade de ajustes em nova programação (BRASIL, 2016a).

As reposições de medicamentos no Dose Certa são trimestrais e obedecem à programação da lista de pedido de medicamentos dos municípios aderentes ao programa e efetivadas em concordância ao quantitativo programado de cada medicamento e ao limite financeiro de cada medicamento (BRASIL, 2016a).

A legislação pertinente ao programa veda que os municípios ultrapassem em 25% as alterações nos quantitativos programados em cada item e obrigatoriamente devem estar no limite financeiro, sendo que os valores dos medicamentos comprados no mercado pela Secretaria do Estado da Saúde do Estado de São Paulo (SES/SP) constam em ata de registro de preço e no sistema Farmanet (BRASIL, 2016a).

Outro ponto de destaque na operacionalização do Dose Certa e constante em Brasil (2016) é o cronograma anual de entrega dos medicamentos, sendo este a

priori encaminhado aos departamentos regionais de saúde e a *posteriori* aos municípios aderentes ao programa, descrito no Quadro 1:

Quadro 1 - Cronograma anual de operacionalização do Programa Dose Certa

Mês de Competência	Mês de Repasse
Dezembro	Abril
Janeiro	
Fevereiro	
Março	
Abril	Julho
Maio	
Junho	
Julho	Outubro
Agosto	
Setembro	
Outubro	Dezembro
Novembro	

Fonte: Brasil (2016a).

O segundo aspecto considerado pelo Governo do Estado de São Paulo para a liberação de recursos aos municípios é a faixa populacional, atribuindo-se pontos de maneira inversamente proporcional ao número de habitantes dos municípios, conforme Quadro 2 (BRASIL, 2016a). A lógica dessa ponderação no Programa Dose Certa é a priorização a municípios com população muito baixa, visto que esses comumente demonstram menor capacidade de compra em função do pequeno volume de aquisição.

Quadro 2 - Critério Faixa Populacional aplicado por número de municípios com os pontos determinados

	CRITÉRIOS	PONTOS
FAIXA POPULACIONAL	até 10.000 hab.	4
	10.001 até 30.000 hab.	3
	30.001 até 50.000 hab.	2
	50.001 até 100.000 hab.	1
	100.001 hab. em diante	0

Fonte: Brasil (2016a).

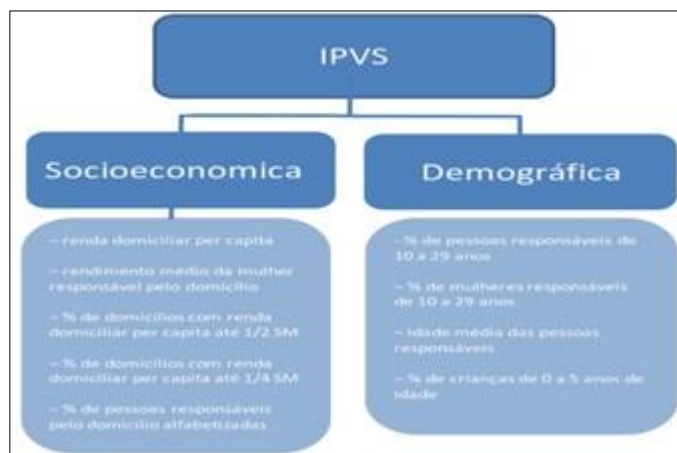
Dentre os indicadores utilizados no Programa Dose Certa, destaca-se o Índice Paulista de Vulnerabilidade Social (IPVS), indicador esse que foi criado pela Fundação Seade, em parceria com a Assembleia Legislativa do Estado de São

Paulo, que permitiu identificar e localizar áreas em municípios paulistas que abrigam segmentos populacionais mais vulneráveis à pobreza, com a sistematização de indicadores de desenvolvimento (FERREIRA, DINI, FERREIRA, 2006, p. 9; SEADE, 2015).

Para Ferreira, Dini e Ferreira (2006, p. 9), o IPVS fundamenta-se nos pressupostos de que a pobreza tem múltiplas dimensões que devem ser consideradas em estudos sobre vulnerabilidade social, daí a importância de indicadores de renda, índices referentes à escolaridade e ao ciclo de vida familiar. O segundo pressuposto, de acordo com o autor, é a segregação espacial verificável nos centros urbanos paulistas e a relação deles com a manutenção dos padrões de desigualdade social.

Assim, o IPVS, na visão de Ferreira *et al.* (2006), consiste na combinação entre as dimensões socioeconômica e demográfica, como exposto na Figura 2, e com ações focalizadas sobre os municípios.

Figura 2 - Quadro-resumo das variáveis componentes do IPVS – Dimensões socioeconômica e demográfica



Fonte: Fundação Seade.

Portanto, com base nas informações obtidas no censo demográfico, na classificação dos setores censitários paulistas e considerando-se as diferentes condições de exposição da população residente à vulnerabilidade social, pode-se computar os valores das variáveis das dimensões socioeconômica e demográfica e, assim, gerar os seis grupos de IPVS como detalhado no Quadro 3 (SEADE, 2015).

Quadro 3 - Índice Paulista de Vulnerabilidade Social

Grupo	Dimensões		IPVS
	Socioeconômica	Ciclo de Vida Familiar	
1	Muito Alta	Famílias Jovens, Adultas ou Idosas	Nenhuma Vulnerabilidade
2	Média ou Alta	Famílias Idosas	Vulnerabilidade Muito Baixa
3	Alta Média	Famílias Jovens ou Adultas Famílias Adultas	Vulnerabilidade Baixa
4	Média	Famílias Jovens	Vulnerabilidade Média
5	Baixa	Famílias Adultas ou Idosas	Vulnerabilidade Alta
6	Baixa	Famílias Jovens	Vulnerabilidade Muito Alta

Fonte: Ferreira, Dini e Ferreira (2006, p. 9).

Depois, da explanação sobre os grupos de IPVS e o uso conjunto com Índice de Desenvolvimento Humano⁷ (IDH), é necessário compreender o Quadro 4, pois é ele que aclara o critério de distribuição de recursos financeiros aos municípios aderentes ao Programa Dose Certa.

Quadro 4 - Faixas do critério IDH e IPVS com os respectivos pontos

	CRITÉRIOS	PONTOS
IPVS e IDH (médio) Faixas	IPVS + IDH até 0,6500	4
	0,6501 + 0,7000	3
	0,7001 + 0,7500	2
	0,7501 + 0,7750	1
	0,7751 em diante	0

Fonte: Brasil (2016a).

3.2 Doenças crônicas não transmissíveis

As doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), de acordo com os autores Jenick e Cléroux (1987, p. 253), sob caracterização clínica e epidemiológica, são:

⁷ O IDH é uma medida comparativa de desenvolvimento entre países. Seus idealizadores definiram desenvolvimento humano como um processo dinâmico e permanente de ampliação das oportunidades dos indivíduos para a conquista de níveis crescentes de bem-estar. Operacionalmente, é um indicador que busca sintetizar três dimensões sociais: oportunidades crescentes de acesso ao conhecimento, condições de desfrutar uma vida saudável e longa e condições de dispor de um padrão adequado de vida. Trata-se, pois, de uma medida concebida para operacionalizar um constructo particular de bem-estar social, que o situa em uma escala de 0 a 1, de pior para melhor situação (PROGRAMA, 2009).

[...] aquelas que apresentam multiplicidade de fatores de risco complexos; longo período de latência; longo curso assintomático; curso clínico em geral lento, prolongado e permanente; manifestações clínicas com períodos de remissão e de exacerbação; evolução para graus variados de incapacidade ou para a morte.

Através das evidências reunidas no transcorrer de décadas, de acordo com Barros (2011, p. 3756), compreendeu-se que a constatação de desigualdades em saúde seria evitável, levando agências e organizações multinacionais a fomentar e desenvolver estratégias de incorporação da equidade em saúde nas agendas políticas. Um exemplo disso é dado por Ducan (2012, p. 57), quando afirma que na Assembleia da Organização das Nações Unidas (ONU), em 2011, declarou-se que a carga das DCNT e seus efeitos são desafios para o desenvolvimento dos países no século XXI, associados à responsabilidade dos governos nacionais (DUCAN, 2012, p. 57).

Contudo, Duncan (2012) não exime do ônus de setores componentes da sociedade de colaborar a responder acertadamente sobre prevenção e controle das DCNT, fato reforçado por Becker (2013, p. 22) em seu estudo, em que pontua que as DCNT geram impactos econômicos e financeiros de tal ordem sobre os sistemas de saúde que afetam a sociedade, os portadores e suas famílias, configurando-se, assim, num dos principais desafios de saúde para o desenvolvimento global nas próximas décadas.

Para além dos impactos econômicos pontuados por Becker (2013), a preocupação com as DCNT ganha relevância devido aos prováveis desfechos de complicações que elas acarretam (CHAIMOWICZ, 1997 *apud* SILVA, 2009, p. 24), podendo decorrer da falta ou terapia adequada no caso de idosos, segundo Silva (2009, p. 24), desfechos que diminuem capacidade funcional e, portanto, ampliando a dependência de familiares, de cuidadores e também do serviço de saúde desse grupo de pessoas.

Visto que as DCNT afetam a população desigualmente, segundo Barros (2011, p. 3766), destaca-se que a maior prevalência de DNCT atinge pessoas sem plano privado de saúde. Desse modo, caracteriza-se o perfil saúde-doença de usuários dos serviços do SUS e a necessidade de intervenções de promoção da equidade, por meio do aumento da cobertura e da qualidade dos serviços de saúde, através de diagnósticos, de tratamentos e de controle das doenças.

Como exposto por Barros (2011), a desigualdade social reflete-se na desigualdade de acesso à população à saúde que, no caso brasileiro, é constatável pelo baixo acesso aos profissionais de saúde que diagnosticam como portador de alguma DCNT. Ainda de acordo com o autor, há expressiva e crescente demanda aos serviços de saúde devido ao processo de envelhecimento da população brasileira, o que faz aumentar a notificação e a incidência das DCNT na população idosa, evidenciando a necessidade de monitorar sua prevalência.

O nível de incidência das DCNT é elevado e considerado pela WHO (2011) como epidemia, afetando a morbidade referida, que é fortemente dependente do padrão de acesso aos serviços de saúde e aos procedimentos diagnósticos, fato que, de acordo com Malta *et al.* (2011), é perceptível através dos distintos gradientes de prevalência das DCNT e que tendem nos segmentos economicamente desfavorecidos a exibir valores superiores, porque são os mais expostos a fatores de risco e por também comparecerem menos aos serviços de saúde, causaria um círculo vicioso, conforme explicam os autores.

Para Schmidt *et al.* (2011), no caso do Brasil, os processos de transição epidemiológica, demográfica e nutricional, conjuntamente a urbanização e o crescimento econômico, contribuiriam para elevar o risco da população ao desenvolvimento de patologias crônicas. Dada essa totalidade de fatores, de acordo com os autores, grupos étnicos e raciais menos privilegiados teriam cargas de doenças crônicas desproporcionalmente maiores do que a população em geral.

A necessidade de tratamentos medicamentosos implica o acesso aos serviços em saúde, mas que, no caso brasileiro, é suprido pela existência do Sistema Único de Saúde (SUS), que possui gratuidade e universalidade de atendimento com duas de suas diretrizes. Contudo, ainda assim, o custo individual das DCNT é alto em função dos custos agregados, reduzindo a disponibilidade de recursos das famílias para necessidades como alimentação, moradia, educação, entre outras (BRASIL, 2011, p. 26).

O Brasil, do ponto de vista de Duncan (2012, p. 29), responde ao desafio da DCNT, de acordo com as taxas de mortalidade, padronizadas por idade, considerando que o envelhecimento populacional diminuiu 31% no período compreendido entre 1991 e 2010, com redução anual menor a 2% e indistintamente em homens e mulheres no País.

A garantia de serviços e produtos de saúde é dever do Estado no Brasil e está expressa no art. 196 da CF. Mas, para que esse dever estatal materialize-se em direito do cidadão, idealizou-se o SUS, visto que o Brasil é uma república federativa, e que o SUS tem como diretrizes a pactuação de deveres da União, Estados e municípios no oferecimento de produtos e serviços, inclusive em saúde.

Como forma estratégica e tendo em vista o pacto federativo, o Estado, na figura de seus entes federados, articula programas, políticas locais e regionais de saúde, como no caso ao Plano Nacional de DCNT, ofertando cuidados aos indivíduos portadores de doenças crônicas, por meio SUS, característica essa também identificável no programa de assistência farmacêutica Dose Certa, que articula os governos municipais e estadual para a disponibilização gratuita de medicamentos.

3.2.1 Artrite reumatoide

A artrite reumatoide (AR) é uma patologia autoimune, inflamatória crônica, que se caracteriza, principalmente, por acometimento poliartrite crônica simétrica de grandes e pequenas articulações, rigidez matinal e que pode gerar o comprometimento musculoesquelético, com impotência funcional e contribuem para a incapacidade e para a ineficiência física desses pacientes (SANTANA; NASCIMENTO; FREITAS, 2014).

A AR afeta aproximadamente 1% da população mundial, sendo que, mais recentemente, publicou-se estudos epidemiológicos sobre a AR que mostraram variações na incidência e prevalência, como no caso de países localizados na Europa e na América do Norte, onde é estimada prevalência entre 0,5% e 1,1%, respectivamente (CASTRO-SANTOS; DÍAZ-PENA, 2016, p. 172). Senna, Barros e Silva (2004) estimaram a prevalência da AR no Brasil em 0,46%, ou seja, quase 1 milhão de pessoas.

Por sua vez, estudos feitos em países do sul da Europa, segundo Castro-Santos e Díaz-Pena (2016, p. 172), a prevalência de AR fica em torno de 0,3% e 0,7%. E, com prevalências ainda menores, foram relatadas em populações americanas nativas e em áreas dos continentes africano e asiático.

De acordo com Castro-Santos e Díaz-Pena (2016, p. 172), o gênero influencia na susceptibilidade à AR e, ainda que não seja claro tal mecanismo, a

prevalência em mulheres é superior à população masculina. Ainda segundo os autores, a patologia pode incidir em qualquer idade, é diagnosticada mais comumente entre os 40 e 60 anos e os pacientes não constituem uma população homogênea.

A AR, no ano de 2007, foi o fato gerador de 10,4% dos gastos nos SUS, equivalendo a R\$ 147.232.846,74, conforme Costa (2012, p. 40). Com um gasto desse porte, a AR foi posicionada como a quarta patologia de maior impacto no gasto anual no SUS naquele ano, ficando apenas atrás dos transplantes (17,1%), esquizofrenia (14,8%) e esclerose múltipla (12,9%), destacando-se que a doença acomete, sobretudo, pessoas acima de 60 anos de idade.

O tratamento farmacológico é considerado estratégico na terapêutica da AR, como apurado por Buendgens, Blatt, Marasciulo *et al.* (2013). No caso do Brasil, para os autores, o SUS disponibiliza medicamentos para as diferentes fases do tratamento, pois é direito do cidadão a integralidade de tratamento. Assim, o SUS disponibiliza medicamentos da lista de Componentes Básico e Especializado da AF aos pacientes com AR, incluindo-se analgésicos, anti-inflamatórios, medicamentos modificadores do curso da doença e agentes biológicos.

Diante do impacto orçamentário imputado à AR, do aumento dos gastos do Ministério da Saúde e secretarias de saúde e da ampliação do acesso equânime aos usuários do SUS, constatou-se a necessidade de opções para a diminuição do impacto financeiro na aquisição dos medicamentos (COSTA, 2012, p. 40). Para tanto, segundo o autor, houve a necessidade de aplicação de métodos consolidados de avaliação de tecnologias de saúde que permitissem estabelecer critérios para a disponibilização dos medicamentos a partir de evidências científicas.

3.2.2 Hipertensão arterial sistêmica

O documento VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão descreve a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS):

HAS é uma condição clínica multifatorial caracterizada por níveis elevados de pressão arterial, associados a alterações funcionais e ou estruturais dos órgãos alvo, tais como coração, rins, encéfalo e vasos sanguíneos, assim como de alterações metabólicas, tendo como consequências o aumento do risco de eventos cardiovasculares fatais e não fatais (BRASIL, 2010b).

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é importante elemento de risco e causa mais frequente para demais doenças do aparelho circulatório. Além disso, a HAS associa-se às outras patologias e condições crônicas, tais como doença renal crônica, diabetes, entre outras (BECKER, 2013, p. 16). Uma vez associadas a outras patologias, de acordo com BRASIL (2011a), há uma piora do quadro de saúde dos indivíduos, o que influencia negativamente a qualidade de vida, a letalidade precoce das doenças conexas e amplia os já altos custos sociais tanto para o sistema suplementar de saúde quanto para o SUS.

Segundo a *World Health Organization* (2011), a HAS é a causa de 13% das mortes no planeta e ainda a causa principal de óbito prevenível, sendo que, na América Latina, a HAS afeta pelo menos um terço da população. No ano de 2000, de acordo com Kearney, Whelton, Reynolds *et al.* (2005 *apud* FERREIRA, DINI e FERREIRA, 2014), a prevalência mundial da HAS estimada era de 26%, com chances de chegar a 29% no ano de 2025, considerando basicamente aspectos como aumento populacional e composição etária, o que equivaleria a 1,56 bilhão de pessoas afetadas pela HAS.

Verificou-se em todas as regiões geográficas brasileiras que a prevalência de HAS na população idosa foi acima de 55,0%, de acordo com Mendes, Moraes e Gomes (2014, p. 274), sendo que a idade tem relação direta e linear com a HAS, portanto, figurando dentre fatores de risco, o que ajuda a compreender a prevalência superior a 60,0% em pessoas com idade igual ou maior a 65 anos.

Aspecto importante na prevalência de HAS é a etnia, pois a prevalência de doenças, segundo Becker (2013, p. 16), é duas vezes maior em pessoas de cor não brancas do que em pessoas brancas. O referido autor ainda elenca o excesso de massa corpórea associada à obesidade como fator de desenvolvimento em indivíduos jovens que ingerem altas quantidades de sal e, assim, elevem sua pressão arterial.

O aumento dos fatores de risco relacionados à HAS ampliou as taxas de incidência e prevalência, potencializando o controle inadequado da patologia (BRASIL, 2006b). Adicionalmente a esses fatores epidemiológicos, o caso do Brasil foi agravado por fatores socioeconômicos, sobretudo a prevalência em indivíduos de baixa renda e escolaridade, e a estilos de vida pouco saudáveis e predisposição genética combinada a fatores ambientais (BRASIL, 2010b).

O panorama atual da HAS no Brasil e no mundo é este ser um problema de saúde pública em que a prevenção de alterações no organismo exige o controle continuado, para que se minimize o ônus financeiro sobre os sistemas social e de saúde e, assim, garanta qualidade e expectativa de vida dos indivíduos afetados pela patologia.

3.3 Assistência farmacêutica e acesso ao medicamento

A política de saúde localiza-se na interconexão entre Estado, sociedade e mercado, sendo que os medicamentos e os serviços farmacêuticos clínicos são insumos essenciais de intervenção terapêutica sobre grande parte das patologias e agravos que acometem a população e, ainda, com grande impacto sobre os orçamentos da União, dos estados e dos municípios.

O SUS, criado em 1988 pela CF e regulamentado pela LOS, possui diretrizes como a universalização do acesso com equidade e a integralidade das ações e dos serviços de saúde que, de acordo com Aures et al. (2011, p. 7), abrangem o direito à assistência farmacêutica (AF). Entretanto, conforme os autores, a política de AF foi instituída somente em 1998, com a edição da Política Nacional de Medicamentos (PNM).

A AF é parte essencial dos processos de atenção à saúde em todos os níveis de complexidade, conforme Brasil (2010a, p. 35), devendo ser efetuada de maneira a avaliar a efetividade e a segurança no processo de utilização dos medicamentos, otimizando-se efeitos clínicos com economicidade e certificação de qualidade de vida dos usuários.

A Resolução nº 338 de 2004, em seu artigo 1º III, define a Política de Assistência Farmacêutica (PAF) como:

[...] um conjunto de ações voltadas à promoção, proteção e recuperação da saúde, tanto individual como coletiva, tendo o medicamento como insumo essencial e visando ao acesso e ao seu uso racional. Este conjunto envolve a pesquisa, o desenvolvimento e a produção de medicamentos e insumos, bem como a sua seleção, programação, aquisição, distribuição, dispensação, garantia de qualidade dos produtos e serviços, acompanhamento e avaliação da sua utilização, na perspectiva da obtenção de resultados concretos e da melhoria da qualidade de vida da população (BRASIL, 2004).

Quanto ao acesso aos medicamentos, o Conselho Nacional de Saúde, na 1ª Conferência Nacional de Assistência Farmacêutica, emitiu a Resolução MS/CNS nº 338, de 6 de maio de 2004, entendendo que a “[...] garantia de acesso e equidade às ações de saúde inclui fundamentalmente AF e manutenção de serviços de assistência farmacêutica na rede pública, em seus diferentes níveis de atenção” (BRASIL, 2004).

Então, a depender da demanda do usuário do SUS, há que se responder adequadamente, pois é direito do cidadão a integralidade do atendimento em saúde, indiferentemente de sua condição econômica, segundo Aurea *et al.* (2011, p. 9). Tanto que o acesso a medicamentos para famílias de menor renda só é possível por meio de programas públicos, de acordo com os autores; e, para as famílias de maior poder aquisitivo, a AF assegura o acesso a terapias medicamentosas de alto custo.

A conformação da AF é desafio que se apresenta aos profissionais e gestores do SUS, apontado em Brasil (2010a), não se restringindo à aquisição e à distribuição de medicamentos, exigindo-se dos profissionais que, de alguma forma, liguem-se à AF o desenvolvimento de ações estruturantes e descritas em Brasil (2010a), tais como: aplicação de novos conhecimentos, habilidades, ferramentas e técnicas para as atividades da AF no SUS, na União, nos Estados e nos Municípios.

Então, como mais uma estratégia de gestão e conveniente a AF no SUS, a descentralização exige, sobretudo dos gestores, o aperfeiçoamento e a atualização de estratégias, com sugestões estruturantes que fomentem processos eficientes de ações e programas, fortalecendo vínculos entre serviços de AF e população, por meio da promoção de acesso, o uso racional e a integralidade das ações relacionadas a medicamentos (BRASIL, 2010a).

Adicionalmente ao aspecto clínico associado ao medicamento, os problemas de acesso a esse insumo de saúde, conforme Machado dos Santos e Nascimento (2015b, p. 165), gera outros efeitos sobre a população, tais como: a diminuição da capacidade produtiva e geração de renda. Sendo assim, ainda de acordo com o autor, o acesso a medicamentos também figura como indicador de qualidade e de resolutividade do sistema de saúde, o que reforça a necessidade da articulação e da observância das prioridades definidas nas instâncias gestoras do SUS.

3.3.1 Financiamento da assistência farmacêutica

A portaria MS GM 176/1999 iniciou a regulamentação da descentralização da AF no SUS, normatizando que o custeio das ações de saúde é de responsabilidade das três esferas da gestão pública, reforçando com a edição da portaria GM nº 698/2006. Sendo que, por meio dessa última portaria, instituíram-se os cinco blocos de financiamento na saúde, dentre os quais o da AF. Definiu-se também que a AF organizar-se-ia em três componentes: Básico,⁸ Especializado⁹ e Estratégico¹⁰ (BRASIL, 2006).

Uma vez estabelecidos os componentes da AF, regulamentaram-se o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde na forma de blocos de financiamento, através da Portaria GM/MS nº 204, de 27 de janeiro de 2007, que define:

[...] art. 5º – § 2º Os recursos da Assistência Farmacêutica devem ser movimentados em contas específicas para cada componente relativo ao bloco; art. 6º – § 3º Os recursos de financiamento da Assistência Farmacêutica devem ser aplicados, exclusivamente, nas ações definidas para cada componente do bloco (BRASIL, 2007, p.1).

A atualização dos valores do financiamento dos medicamentos para a atenção básica, conforme a Portaria GM/MS nº 2.981/2009, permanece tripartite (União, estados e municípios), sendo que, a partir da Portaria GM/MS nº 4.217/2010, foram fixadas as contrapartidas mínimas estaduais e municipais em R\$ 1,86/habitante/ano para cada uma dessas esferas de governo.

⁸ O Componente Básico da Assistência Farmacêutica destina-se à aquisição de medicamentos e insumos, incluindo-se aqueles relacionados a agravos e programas de saúde específicos, no âmbito da atenção básica à saúde (BRASIL, 2013a).

⁹ O Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF) é uma estratégia de acesso aos medicamentos no âmbito do SUS, caracterizado pela busca da garantia da integralidade do tratamento medicamentoso, em nível ambulatorial, cujas linhas de cuidado estão definidas em Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas, publicados pelo Ministério da Saúde. Atualmente, regulamentado pela Portaria nº 1.554/2013, o CEAF possibilita o acesso aos medicamentos que fazem parte das linhas de cuidado para as doenças contempladas no âmbito deste Componente, mediante a pactuação entre a União, os estados, o Distrito Federal e os municípios, conforme as diferentes responsabilidades definidas em portaria (BRASIL, 2013 b).

¹⁰ De acordo com o Ministério da Saúde, são considerados estratégicos todos os medicamentos utilizados para o tratamento das doenças de perfil endêmico, cujo controle e tratamento tenham protocolo e normas estabelecidas e possuam impacto socioeconômico. A aquisição dos medicamentos ocorre de forma centralizada pelo Ministério da Saúde, responsável também pela distribuição nos estados e Distrito Federal, para posterior distribuição aos municípios (BRASIL, 2013 c).

As atividades de estruturação e qualificação da Assistência Farmacêutica e os recursos financeiros aplicados a essas deverão constar nos instrumentos de planejamento do SUS (o Plano de Saúde, a Programação Anual e o Relatório Anual de Gestão – RAG), como consta no Manual de Assistência Farmacêutica no SUS. Orienta-se também que se sigam as normativas do PlanejaSUS, observando que os instrumentos de programas e projetos do SUS são elaborados obrigatoriamente em consonância aos outros instrumentos da Administração Pública, tais como o Plano Plurianual (PPA), Lei Orçamentária Anual (LOA) e a Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO). Igualmente, os gestores que preferirem alocar recursos financeiros na constituição de AF necessitarão antever também recursos de capital nos dispositivos orçamentários e de planejamento.

Contudo, a importância técnica da AF é afetada pela conjugação financeiro-orçamentária das três esferas de gestão pública, o que se agrava pelas ações de agentes de mercado sobre a classe médica e, conseqüentemente, sobre as suas escolhas terapêuticas, inclusive as medicamentosas. O que, para Machado dos Santos e Nascimento (2015a, p. 71), é posto da seguinte forma:

Dada à relevância na área clínica, ou complexidade e especificidade a AF demanda planejamento governamental integrado em todos os níveis de governo, pois os efeitos desta sobre os orçamentos públicos aumentará na medida em que há uma mudança do perfil etário e epidemiológico brasileiro, ampliando a demanda por medicamentos nos próximos anos.

Além disso, a depender do componente da AF, os recursos para seu financiamento demandam a participação de esferas governamentais distintas, acarretando no acionamento de mais de um programa de AF (AUREA *et al.*, 2011, p. 10). Como no caso do financiamento dos componentes básicos e especializados, em que a União, Estados e Municípios são corresponsáveis pela AF, o que eleva a complexidade para o planejamento e ações intergovernamentais. A ressalva é quanto ao componente estratégico, que é responsabilidade exclusiva da União.

É importante frisar que o financiamento público da AF possibilita o acesso a medicamentos a população brasileira. Além disso, existem evidências da sua natureza progressiva, pois é a população de menor renda que faz mais uso do fornecimento público de medicamentos, mas, comparativamente, as famílias de maior renda são as que proporcionalmente comprometem mais a renda familiar na aquisição com esses bens essenciais (IPEA, 2010, p. 15).

3.3.1.1 Financiamento da assistência farmacêutica no Programa Dose Certa

O financiamento do componente básico de assistência farmacêutica, conforme art. 3º do Capítulo II da Portaria GM/MS nº 1.555, de 30 de julho de 2013, é posto como “O financiamento do Componente Básico da Assistência Farmacêutica é de responsabilidade da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios”.

Para que os objetivos dos SUS sejam atingidos no campo da AF, é indispensável a estruturação de um sistema transversal em saúde pública que, de acordo com Machado dos Santos *et al.* (2015 a, p. 78), reforce suas propriedades de descentralização, interdependência, regionalização e articulação, como é o caso do SUS, e que congregue de forma equânime União, Estados e Municípios, explanado no trecho pelo autor:

[...] influenciam o financiamento; a administração seus recursos humanos, os sistemas de informações, as avaliações e os controles, de modo que se garanta o acesso em tempo oportuno, com qualidade, a ações e serviços organizados em redes de atenção, e a possibilidade de racionalizar gastos e otimizar recursos públicos, visando maior eficiência do sistema de saúde (MACHADO DOS SANTOS; NASCIMENTO, 2015a p. 78).

O Programa Dose Certa segue essa linha de agregação de esforços, nesse caso, entre o Estado de São Paulo e os municípios paulistas aderentes ao programa. O primeiro ponto é a programação em que os municípios devem fazê-la por meio do Sistema Farmanet, considerando-se o limite financeiro de cada município e a estimativa populacional avaliada, subdividindo-se o elenco proposto pelo programa em medicamentos constantes e os itens não constantes na Rename.

Ainda que os municípios tenham essa flexibilidade para a gestão da AF, há de se lembrar da responsabilidade do ente municipal frente à AF, devendo ele assegurar, garantir e dar a contrapartida que lhe cabe; avaliar ações de AF sobre sua incumbência com o auxílio de monitoramento de indicadores do ciclo de AF – Figura 2; cooperar com a regionalização da dispensação de medicamentos; inserir e elaborar planejamento das ações de AF no Plano Municipal de Saúde; promover pesquisas de utilização de medicamentos na rede básica; e gerir os serviços de AF, de forma a garantir a otimização dos recursos disponíveis (BRASIL, 2010a, p. 44).

Figura 3 - Ciclo da Assistência Farmacêutica



Fonte: Marin (2003).

Para os itens constantes do elenco do Dose Certa, o critério utilizado pelo governo estadual para se calcular o montante a ser aplicado em AF é o R\$ 0,67/habitante/ano. Já para a situação em que o medicamento não conste do elenco da Rename, disponibilizar-se-á, no mínimo, R\$ 3,91/habitante/ano, compostos pela contrapartida estadual no mínimo de R\$ 1,86/habitante/ano e contrapartida federal R\$2,05/habitante/ano, podendo variar e depender do componente em questão (BRASIL, 2016 a).

3.3.1.1.1 Critérios para definição do recurso destinado aos municípios aderentes ao Programa Dose Certa

Com o objetivo de buscar maior equidade e priorizar os municípios mais vulneráveis, foi pactuada a contrapartida financeira estadual e critérios para definição *per capita* por município. Para tanto, é aferida a pontuação do município, podendo esta variar entre 0 e 4 pontos, conforme consta do Quadro 3, ou seja, quanto maior a vulnerabilidade, maior a pontuação do ente federado, conforme Brasil (2016 a), é o método de cálculo abaixo:

[...] para cada ponto das faixas do critério IDH e IPVS do Dose Certa, equivale a R\$ 0,4709/habitante/ano que, adicionados aos R\$ 2,53/habitante/ano mínimos da contrapartida estadual e os R\$ 2,05/habitante/ano atinentes à parte da contrapartida federal vinculada ao Programa Dose Certa, representam o *per capita* total para programação dos medicamentos (BRASIL, 2016a).

Dessa maneira, de acordo com Brasil (2016a), o valor *per capita* mínimo indicativo à compensação estadual a municípios aderentes ao Programa Dose Certa é de R\$ 2,53/habitante/ano, com possibilidade de atingir R\$ 6,77/habitante/ano para cidades que se encontram nas faixas mais vulneráveis de acordo com a Tabela 3, ou seja, estas são mais vulneráveis tomando-se como medida seus baixos valores de IPVS e IDH.

3.3.1.1.2 Base de cálculo para definição do recurso destinado aos municípios aderentes ao Programa Dose Certa

Os municípios que aderem ao programa de AF do Estado de São Paulo, ou Dose Certa, podem receber de duas formas recursos do programa de AF.

A primeira é pela transferência de recursos financeiros, de acordo com a Deliberação CIB 22 (BRASIL, 2016a), da Coordenadoria de Planejamento da Saúde, da seguinte maneira: R\$ 3,05/habitante/ano dos R\$ 5,10/habitante/ano pertinente à contrapartida da União e destinados à aquisição dos medicamentos e insumos do componente básico da AF constantes na Rename vigente no SUS; e R\$ 0,50/habitante/ano, referentes à contrapartida estadual, destinados à compra de insumos para insulino-dependentes.

A segunda maneira, conforme o mesmo órgão, é a forma do fornecimento de medicamentos produzidos pela Furp e os comprados no mercado pela SES/SP, que correspondem, em valores financeiros, a: R\$ 2,05/habitante/ano dos R\$ 5,10/habitante/ano referentes à contrapartida do Governo Federal; R\$ 2,53/habitante/ano, minimamente, referentes à contrapartida estadual, sendo: R\$ 0,67/habitante/ano destinados à programação de medicamentos não constantes na Rename vigente no SUS; R\$ 1,86/habitante/ano, no mínimo, reservado à programação de medicamentos constantes na Rename vigente no SUS, podendo ser alterado conforme a faixa populacional (Quadro 2) e as faixas do critério IDH e IPVS (Quadro 3), e adicionados ao saldo, do recurso destinado à programação de medicamentos não constantes na Rename vigente no SUS.

Por sua vez, os municípios deverão aplicar, minimamente, R\$ 2,36/habitante/ano no Fundo Municipal de Saúde, sendo: R\$ 1,86/habitante/ano destinados à compra de medicamentos e insumos do componente básico da AF componente da Rename vigente no SUS. E, caso haja saldo na programação de

itens não constantes na RENAME, a Deliberação CIB-22 da Coordenadoria de Planejamento de Saúde deverá ser incorporada aos recursos de programação de AF de itens constantes na Rename. Podendo os municípios listarem e programarem livremente os medicamentos em planilha única, desde que de acordo com o limite financeiro.

3.4 Envelhecimento

Há concordância de que o envelhecimento se diferencia da velhice, pois o primeiro se comporta como processo, enquanto a segunda se caracteriza como etapa do desenvolvimento (TORRES; CAMARGO; BOULSFIELD, 2015, p. 3622). Apesar de a velhice ser definida cronologicamente — as pessoas com idade igual ou superior a 60 anos —, os autores advertem sobre a existência das idades biológica, funcional e psicológica. Ainda que a idade cronológica, segundo Torres *et al.* (2015), não aprecie fatores como classe social e sexo, ela configura-se como relevante indicador para a avaliação da capacidade funcional da população idosa.

As nações experimentam transformações nos padrões de morbimortalidade com a transição demográfica, conforme descreve Kalache (1987 *apud* SILVA, 2009, p. 17), em que houve grande diferença entre fatores que geraram a queda da mortalidade nos países desenvolvidos e nos em desenvolvimento. Na situação da maioria dos países desenvolvidos, a transição fora, segundo os autores, de maneira gradual, em período histórico alongado e, em consequência das mudanças econômicas e sociais, redundou em melhor condição habitacional, nutrição, saneamento etc. (KALACHE, 1987 *apud* SILVA, 2009, p. 17).

Já em países em desenvolvimento, o envelhecimento populacional ocorre em período de tempo curto relativamente, em consequência de medidas de saúde pública e do tratamento efetivo das doenças parasitárias e infecciosas, não sendo essas medidas capazes acarretar melhorias significativas nas condições de vida da maioria de sua população (KALACHE, 1987 *apud* SILVA, 2009, p. 17).

Situação que, no Brasil, na atualidade, apresenta-se como um tanto quanto diferente, pois, como afirmam Veras *et al.* (2002 *apud* FREIRE, 2009, p. 22); CHAIMOWICZ, 1997; FONSECA; CARMO, 2000; RAMOS, 2002; e CARVALHO; GARCIA, 2003, no país houve migrações impulsionadas pela industrialização, o que propiciou o acesso da população urbana a serviços de saneamento e de saúde,

colaborando, dessa maneira, para a queda tanto da mortalidade precoce quanto da fecundidade de maneira geral.

Então, como explicado acima, no Brasil, a transição epidemiológica aconteceu juntamente à transição demográfica, no entendimento de Boing, Blatt e Campos (2011, p. 26), pois houve a mudança nos padrões de mortalidade e morbidade na população, caracterizando-se a transição epidemiológica, como a postulação de Omran (1996), apresentada abaixo:

[...] à medida que os países atingem níveis de desenvolvimento mais elevados, as melhorias das condições sociais, econômicas e de saúde causam a transição de um padrão de expectativa de vida baixa, com altas taxas de mortalidade por doenças infecciosas e parasitárias em idades precoces, para um aumento da sobrevivência em direção às idades mais avançadas e aumento das mortes por doenças não transmissíveis (VERMELHO; MONTEIRO, 2005, p. 92).

Silva (2009, p. 16) aponta que a demanda gerada pelos idosos tenderá sempre a crescer, uma vez que é decorrente do processo de transição epidemiológica descrito por Omran (1996) e da consequente transição demográfica, gerando o envelhecimento populacional. Adicionalmente, Omran (1996) entende que o conjunto formado pela transição epidemiológica e demográfica será oneroso, pois os problemas adjuntos à velhice tendem a se conservar e ocasionar sequelas, elevando, por conseguinte, a demanda dos serviços de saúde públicos e privados.

Tendo em vista a mudança no perfil de morbimortalidade da população, sobretudo a idosa, Freire (2009, p. 24) entende que as obrigações crescentes são decorrência no campo da saúde dado o contexto social no Brasil. Porquanto, na visão do autor, a conjuntura pressiona o aumento de gastos no setor de saúde e a demanda por serviços especializados e tecnologias. Mas não menos importantes são as implicações referentes à disponibilização de recursos humanos e materiais, conformações nas estruturas dos serviços de saúde no SUS e na saúde complementar.

A demanda por medicamentos especificamente é um dos recursos mais requisitados nos sistemas de saúde, visto que o padrão epidemiológico e o etário, no entendimento de Boing, Blatt e Campos (2011, p. 31), são diretamente relacionados. E, com o envelhecimento da população nas últimas décadas, faz-se necessário o acompanhamento de variação na estrutura etária da população em curso no país,

para que possa planejar serviços de saúde baseados nas demandas do novo perfil demográfico em conformação no Brasil.

3.4.1 População idosa

Silva (2009) destaca em seu trabalho que a população idosa, ao contrário do senso comum, é heterogênea em condições sociais e epidemiológicas, escolaridade, renda, sexo, entre outros; aspectos esses que, para Parahyba (1998 *apud* SILVA, 2009, p. 21), são categorias para a explicação de muita das condições de saúde apresentadas pelos idosos.

Especificamente na questão etária, Baltes e Smith (2003) defendem a existência da subdivisão de idosos em dois grupos: os da terceira e os da quarta idade, e passíveis de classificação distinta. A primeira, segundo Freitas (2014) é que leva em consideração a morte de 50% dos membros da mesma geração como critério da transição. Mas, por outro lado, Baltes e Smith (2003) referem-se que a transição pode ocorrer quando apenas 50% dos indivíduos que atingiram os 50 ou 60 anos de idade estão vivos, sendo esse o ponto de corte considerado nos países desenvolvidos entre 80-85 anos.

A segunda forma de distinguir a terceira da quarta idade, de acordo com Baltes e Smith (2003), baseia-se na estimativa de duração máxima do ciclo de vida e um indivíduo ao invés da média populacional. Adotando esse entendimento, no Brasil, em 2003, promulgou-se o Estatuto do Idoso, que qualifica como idosa toda a pessoa com idade igual ou superior a 60 anos, critério esse que foi aplicado ao Censo de 2010, que classifica 10,8% da população brasileira como idosa.

Silva (2009, p. 17) defende que a questão dos idosos deva fazer parte da agenda política, sobretudo em países em desenvolvimento como o Brasil. Identifica-se na PNI como uma de suas finalidades a garantir os direitos do idoso, criando condições para fomentar autonomia, integração e participação efetiva na sociedade. Em seu Capítulo II, Art. 3º, item III cita que: “[...] o processo de envelhecimento diz respeito à sociedade em geral, devendo ser objeto de conhecimento e informação para todos” (BRASIL, 1994). Segundo o mesmo autor, legislações como a PNI e a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSI) demonstrariam o respeito e a atenção dispensada ao envelhecimento e ao idoso no Brasil.

Viver mais anos e com qualidade de vida é uma aspiração das pessoas em qualquer sociedade, mas, para que se constitua uma população idosa com autonomia e independência, é mister e premente a implantação, avaliação e monitoramento de políticas públicas em saúde voltadas a essa população, de modo a favorecer o aumento da expectativa de vida, sem excluir as boas condições de vida e o usufruto de direitos básicos como a saúde.

3.4.2 Feminização do envelhecimento

A população idosa brasileira, assim como em outros países, é caracterizada pela predominância do sexo feminino, fato esse denominado feminização do envelhecimento (SILVA, 2009). Conforme Nicodemo e Godoi (2010), as mulheres são em regiões diversas do mundo a maior parte da população idosa e, em média, têm expectativa de vida entre cinco e sete anos superior à população masculina idosa. De acordo com os dados recenseados do Brasil fornecidos pelos IBGE no ano de 2010, o crescimento percentual da população feminina com idade superior a 60 anos seguiu assim: 2,2% em 1940, 4,7% em 2000 e 6% em 2010.

Tomando-se como base os dados acima expostos, pode-se incorretamente supor que o simples fato de viver mais anos implicaria no usufruto de boa qualidade de vida na velhice. Nicodemo e Godoi (2010), em seu texto, alertam que as mulheres, no decorrer da vida, sofrem com baixa escolaridade, discriminação, dupla jornada, salários inferiores aos homens. Todo esse conjunto de fatores a tornam mais vulneráveis socialmente frente ao grupo masculino da população, chegando à idade mais avançada e mais dependentes de políticas públicas e recursos externos, ainda que vivam mais.

3.5 Saúde e idosos

O envelhecimento da população traz consigo expressivas alterações concernentes à importância das patologias, segundo Hébert (2015), e identifica-se na atualidade a prevalência crescente de patologias crônicas. Ainda de acordo com o autor, a concepção de sistemas de saúde centrada em hospitais e idealizada para o tratamento de doenças agudas mostra-se inadequada para as necessidades de

tratamento continuado, de longo prazo, características atribuíveis a doentes crônicos.

Uma vez que há transição etária e, por conseguinte, epidemiológica em curso no país, descrita por Boing *et al.* (2011), e aliado ao fato de que o SUS segue a diretriz da integralidade da ação em saúde, com acesso universal e igualitário para as doenças que mais afetam idosos. Silva (2009), por sua vez, reforça a tese de que problemas associados à velhice tendem a permanecer e acarretar sequelas, o que levará conseqüentemente a maior necessidade de uso dos serviços de saúde.

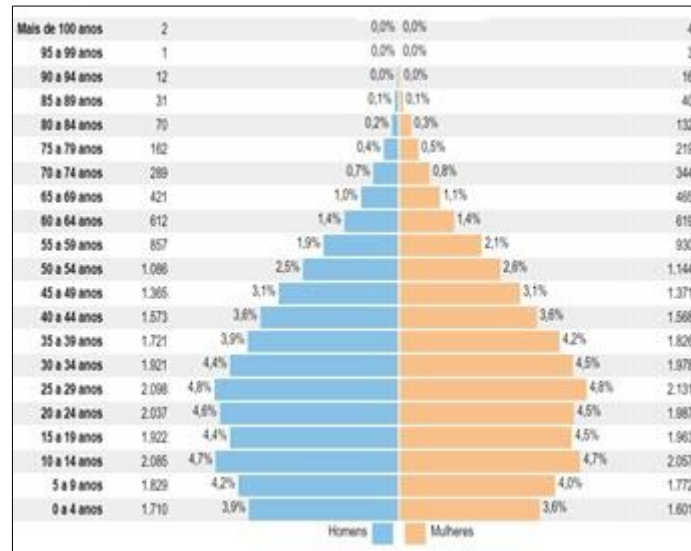
O envelhecimento da população trouxe como consequência ao SUS, de acordo com Machado (2012, p. 107), a adequação dos tipos de atendimento e procedimentos a serem realizados. Essas mudanças afetam quantitativamente e qualitativamente o consumo de medicamentos, por meio, por exemplo, do aumento de patologias complexas e mais onerosas, e mortes decorrentes de doenças crônico-degenerativas, condição típica de uma população envelhecida, tais como a hipertensão e distúrbios reumatológicos. Silva (2009, p. 18) destaca que, apesar de os dados nacionais manifestarem alterações nítidas no perfil de morbimortalidade ao longo do tempo, no Brasil, a transição epidemiológica ocorre diferentemente nas várias regiões do país.

3.5.1 Aspectos sociodemográficos e de saúde de Rio Grande da Serra

A população do município de Rio Grande da Serra (RGS), que integra a Região Metropolitana de São Paulo (RMSP), entre os anos de 2000 e 2010, cresceu a uma taxa média anual de 1,72%, totalizando uma população residente de 43.974 e com taxa de urbanização de 100,00%, segundo o censo de 2010.

Como forma de demonstrar a distribuição da população tanto pelo gênero quanto pelas faixas etárias, a pirâmide etária de RGS destaca-se na Figura 4.

Figura 4 - Distribuição da população por sexo, segundo os grupos de idade de RGS no censo de 2010



Fonte: IBGE (2016).

Baseando-se em parte dos dados da Figura 3 e dados do Atlas do Desenvolvimento no Brasil (ADHB), foi possível a construção da Tabela 1, que foca na população idosa de RGS e facilita a identificação da distribuição por gênero, divisão urbana e rural, e taxa de envelhecimento. Ressaltando-se que o cômputo da taxa de envelhecimento, neste estudo considerou como idade de referência para qualificar uma pessoa como idosa o Estatuto do Idoso, ou seja, ela deve possuir idade igual ou superior a sessenta anos.

Tabela 1 - Distribuição da população de Rio Grande da Serra urbana/rural por gênero e população idosa

	População (absoluta)	População (percentual)
População total	43 974	100%
População masculina idosa	1 600	3,64%
População feminina idosa	1 842	4,19%
População idosa total	3 442	7,83%
Taxa de envelhecimento*	-	7,83%
População urbana	43 974	100%
População rural	0	0%

Fonte: Adaptado de PNUD, Ipea e FJP (2010).

Outras informações possíveis de se obter através dos dados da Figura 4 é que 46,5% dos idosos de RGS são do gênero masculino e de que 53,5% são do gênero feminino, e que, segundo SEADE (2016a), 47,1% dos habitantes se declararam brancos, 44,0% pardos, 8,2% pretos, 0,7% amarelos e 0,1% indígenas. Quanto às condições de vida e indicadores sociais de RGS obtidos no ADHB sobre as condições de vida dos habitantes, demonstram que a renda domiciliar média era de R\$ 1.621 e que, em 22,0% dos domicílios, não ultrapassava meio salário mínimo *per capita* no ano de 2010. Dados esses que, em parte, explicam os indicadores de renda, pobreza e desigualdade de RGS que compõem a Quadro 5.

Quadro 5 - Sobre renda, pobreza e desigualdade em RGS no ano de 2010

Renda per capita (em R\$)	563,57
% de extremamente pobres	1,98
% de pobres	7,02
IDHM	0,749

Fonte: PNUD, Ipea e FJP.

O IPVS de Rio Grande da Serra baseado no Censo de 2010 é melhor compreendido pelas informações da Tabela 2, assim como estes processados dão suporte à Figura 5.

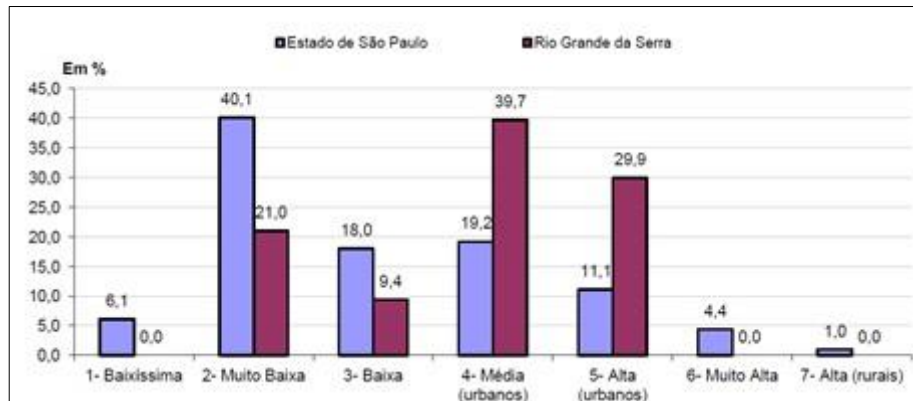
Tabela 2 - Indicadores que compõem o IPVS de Rio Grande da Serra – 2010

Indicadores	Total	Índice Paulista de Vulnerabilidade Social			
		2- Muito Baixa	3 - Baixa	4- Média urbanos	5 – Alta urbanos
População (nº abs.)	43 974	9 241	4 132	17 444	13 157
População (%)	100,0	21,0	9,4	39,7	29,9
Domicílios particulares	13 210	2 898	1 276	5 149	3 887
Domicílios particulares permanentes	13 191	2 894	1 275	5 147	3 875
Número médio de pessoas por domicílio	3,3	3,2	3,2	3,4	3,4
Renda domiciliar nominal média (em reais de agosto de 2010)	1 621	1.873	1 642	1 591	1 466
Renda domiciliar <i>per capita</i> (em reais de agosto de 2010)	488	590	507	470	436
Domicílios com renda <i>per capita</i> de até um quarto do salário mínimo (%)	5,5	2,7	4,7	6,0	7,2
Domicílios com renda <i>per capita</i> de até meio salário mínimo (%)	22,0	14,7	21,9	22,9	26,4
Renda média das mulheres responsáveis pelo domicílio (em reais de agosto de 2010)	625	788	491	615	565
Mulheres responsáveis com menos de 30 anos (%)	14,7	11,3	25,3	11,0	18,1
Responsáveis com menos de 30 anos (%)	16,2	14,9	22,3	13,6	18,6
Resp. pelo domicílio alfabetizados (%)	93,5	95,2	96,0	92,5	92,9
Idade média do resp. pelo dom. (em anos)	44	46	42	45	43
Crianças com menos de 6 anos no total de residentes (%)	9,2	8,1	8,9	9,3	10,1

Fonte: Adaptado de Assembleia Legislativa do Estado de São Paulo.

A metodologia da divisão do IPVS em sete grupos corrobora para se estruturar e resumir as situações de vulnerabilidade na população em estudo, no caso de RGS, como exposta na Figura 5.

Figura 5 - Distribuição da população, segundo grupos do IPVS do Estado de São Paulo e do Município de Rio Grande da Serra no ano de 2010



Fonte: Assembleia Legislativa do Estado de São Paulo.

Comparando-se os dados obtidos pela Figura 5 do IPVS de RGS em relação ao IPVS do Estado de São Paulo, identifica-se que apenas nos grupos (2 e 3) a vulnerabilidade é menor. Enquanto que nos grupos 4 e 5 os IPVS apurados do município são maiores que o do estado, compondo, assim, um cenário global de vulnerabilidade, segundo o IPVS alto desse município paulista. Fato esse corroborado pelos dados do Quadro 5, tais como baixa renda *per capita*, e altos índices de população pobre e extremamente pobre. Ainda que a saúde seja uma questão pública federativa em que a União, estados e municípios têm deveres constitucionais explícitos, devidamente hierarquizada por complexidade, regionalizada e solidariamente dividida entre os entes públicos, o que se identifica pelo Quadro 6 é que os estabelecimentos públicos para saúde em RGS são exclusivamente municipais, sendo os estabelecimentos pesquisados neste estudo os listados do Quadro 7.

Quadro 6 - Estabelecimentos públicos de saúde em RGS

Público Federal	0
Público Estadual	0
Público Municipal	8

Fonte: IBGE (2016).

Quadro 7 - Unidades básicas de Saúde de Rio Grande da Serra pesquisadas

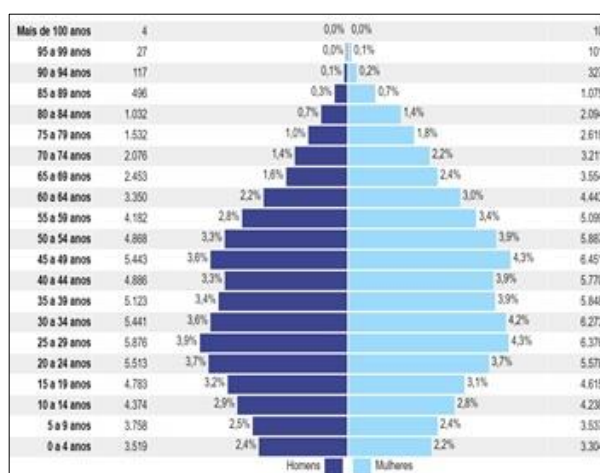
Unidade	Endereço	Bairro
Central	Rua Prefeito Cido Franco, nº 500	Vila Arnoud
Parque América	Rua Doutor Rui Trindade, nº 177	Parque América
Santa Tereza	Avenida Jean Lieutaud, nº 373	Jardim Santa Tereza
Vila Conde	Rua Arujá, nº 151	Vila Conde
Vila Lopes	Rua José Dotta, nº 55	Vila Lopes
Vila Niwa	Rua dos Sabias, nº 60	Vila Niwa
Vila São João	Rua Ceará, nº 261	Vila São João

Fonte: Secretaria de Saúde do Município de Rio Grande da Serra.

3.5.2 Aspectos sociodemográficos e de saúde de São Caetano do Sul

A população do município de São Caetano do Sul (SCS), que integra também a RMSP, entre os anos de 2000 e 2010 cresceu, segundo o ADHB, a uma taxa média anual de 0,63%, totalizando uma população residente de 149.263, sendo 100,00% dela urbana, de acordo com o Censo de 2010. A distribuição da população por aspectos como gênero e faixas etárias facilmente identificáveis na pirâmide etária da Figura 6.

Figura 6 - Distribuição da população por sexo, segundo os grupos de idade de SCS no censo de 2010



Fonte: IBGE (2016).

Fundamentando-se em parte dos dados da Figura 6 e informações constantes no ADHB, permitiu-se a organização da Tabela 3, que trata da população idosa de SCS, sobretudo em aspectos como a distribuição por gênero, divisão urbana e rural, e taxa de envelhecimento do município.

Tabela 3 - Distribuição da população de São Caetano do Sul urbana/rural por gênero e população idosa pelo censo de 2010

	População (absoluta)	População (percentual)
População total	149 263	100%
População masculina idosa	11 087	7,42%
População feminina idosa	17 434	11,68%
População idosa total	28 521	19,11%
Taxa de envelhecimento*	-	19,11%
População urbana	149 263	100%
População rural	0	0%

Fonte: Adaptado de PNUD, Ipea e FJP.

Destaca-se que o processo de feminização do envelhecimento é perceptível em SCS, pois as informações da Tabela 3 dão conta de que 7,42% dos idosos são do gênero masculino e 11,68% são do gênero feminino. Quanto ao aspecto cor/raça, 85,4% dos habitantes de SCS se declararam brancos, 10,6% pardos, 2,2% pretos, 1,7% amarelos e 0% indígenas (SEADE, 2016c). Quanto ao IPVS de SCS, baseado no Censo de 2010, é compreendido pelas informações constantes da Tabela 4 e, por conseguinte, o entendimento da Figura 7, que expõe a distribuição da vulnerabilidade nos grupos que compõem o IPVS de SCS.

Tabela 4 - Indicadores que compõem o IPVS de São Caetano do Sul – 2010

		Índice Paulista de Vulnerabilidade Social		
		1. Baixíssima	2. Muito baixa	3. Baixa
População (nº abs.)	148.664	22.560	123.173	2.931
População (%)	100	15,2	82,9	2
Domicílios particulares	50.393	7.861	41.504	1.028
Domicílios particulares permanentes	50.366	7.856	41.483	1.027
Número médio de pessoas por domicílio	2,9	2,9	3	2,9
Renda dom. nominal média (em reais; ago. 2010)	4.644	9.113	3.815	3.940
Renda dom. <i>per capita</i> (em reais de agosto de 2010)	1.580	3.182	1.291	1.382
Dom. com renda <i>per capita</i> de até 1/4 do sal. mín. (%)	0,6	0,2	0,7	0,3
Dom. c/ renda <i>per capita</i> de até meio sal. mínimo (%)	4,2	1,1	4,8	3,1
Renda média das mulheres responsáveis pelo domicílio (em reais de agosto de 2010)	1.669	3.380	1.382	1.555
Mulheres responsáveis com menos de 30 anos (%)	7,7	7,7	7,4	17,9
Responsáveis com menos de 30 anos (%)	7,8	6,5	7,8	16,7
Responsáveis pelos domicílios alfabetizados (%)	98,5	99,7	98,3	99,2
Idade média do responsável pelo domicílio (em anos)	52	52	52	44
Crianças com menos de 6 anos no total de resid. (%)	5,6	5,6	5,5	8

Fonte: Adaptado de Assembleia Legislativa do Estado de São Paulo.

Nota: 4 - Média (urbanos), 5 - Alta (urbanos), 6 - Muito alta (aglomerados Subnormais), 7 - alta (rurais) valores nulos.

Figura 7 - Distribuição da população, segundo grupos do IPVS do Estado de São Paulo e do Município de São Caetano do Sul no ano de 2010



Fonte: Assembleia Legislativa do Estado de São Paulo.

Os dados obtidos pela Figura 7 do IPVS de SCS, apresentados ao lado do IPVS do Estado de São Paulo, demonstram que o município detém situação confortável quanto à vulnerabilidade social, haja vista que os grupos 3, 4, 5 e 6 têm índices baixos e ainda menores do que o Estado de São Paulo. Outro fato a ser destacado é que os grupos 1 e 2, que indicam baixa vulnerabilidade, são significativamente maiores do que os números do Estado de São Paulo. Então, o cenário global de vulnerabilidade, segundo o IPVS de SCS, é baixo, indiferentemente do grupo do IPVS analisado.

A situação de baixa vulnerabilidade de SCS, segundo os critérios do IPVS, é reforçada pelos critérios socioeconômicos e condições de vida apontados pela ADHB, em que se encontram a renda domiciliar média de R\$ 2.043,74 — apenas 0,52% dos domicílios não ultrapassava meio salário mínimo *per capita* — e 0,09% dos residentes em SCS são extremamente pobres segundo o Censo de 2010, de acordo com o Quadro 8.

Quadro 8 - Sobre renda, pobreza e desigualdade em SCS no ano de 2010

Renda per capita (em R\$)	2 043,74
% de extremamente pobres	0,09
% de pobres	0,52
IDHM	0,862

Fonte: PNUD, Ipea e FJP.

Assim como em RGS, os estabelecimentos públicos de Saúde são exclusivamente municipais, destacando-se que em SCS há diversidade de equipamentos públicos em saúde, incluindo-se hospitais e clínicas especializadas.

Quadro 9 – Estabelecimentos públicos de saúde em SCS

Estabelecimentos públicos de Saúde	Quantidade
Ambulatório de Saúde Mental	01
Ambulatório Especialidades Criança e Adolescente	01
CAISM	01
CAPS ad – geral	01
Casa da Gestante	01
Centro Atenção a 3ª idade	04
Centro de Especialidade a Saúde do Trabalhador	01
Centro de Especialidades Odontológicas	01
Centro Policlínico	04
Hospital de Emergência	01
Hospital Geral	01
Hospital materno Infantil	01
Laboratório de Análises Clínicas	01
Unidade Móvel Odontológico	02
Unidades Básicas de Saúde	09
Total	30

Fonte: Secretaria de Saúde do Município de São Caetano do Sul, Plano de Saúde Municipal 2010-2013.

Quadro 10 - Unidades Básicas de Saúde de SCS pesquisadas

Unidade	Endereço	Bairro
Barcelona	Rua Flórida, 295	Bairro Barcelona
Boa Vista	Rua Vanda, 11	Boa Vista
Cerâmica	Rua Casemiro de Abreu, 560	Cerâmica
Mauá	Rua General Estilac Leal, 58	Mauá
Olímpico	Rua Prates, 430	Olímpico
Oswaldo Cruz	Rua Oswaldo Cruz, 1.153	Oswaldo Cruz
Prosperidade	Avenida Prosperidade, 671	Prosperidade
Santa Maria	Alameda João Galego, 01	Santa Maria
Santa Paula	Rua Maranhão, 611	Santa Paula
São José	Rua Senador Fláquer, 134	São José

Fonte: Secretaria de Saúde do Município de SCS.

Comparando-se demograficamente RGS e SCS, ainda que sejam cidades da Região do ABC Paulista, possuem diferenças marcantes. A primeira é a populacional: RGS possui aproximadamente três vezes mais população residente do que SCS. A segunda diferença é quanto à composição etária, enquanto na Figura 4 há prevalência de uma população ainda jovem e com taxa de envelhecimento menor que a média nacional, já a pirâmide etária de SCS (Figura 5) sinaliza uma grande

população idosa fato este identificável pela taxa de envelhecimento de 19,11% no município.

O terceiro aspecto que diferencia RGS de SCS é o socioeconômico, enquanto em RGS há um IDHM de 0,749 em SCS o índice é de 0,862. Assim como o percentual de população pobre e extremamente pobre de RGS é significativamente maior a de SCS dado verificável nos Quadro 5 e Quadro 8. Além da renda média de RGS ser aproximadamente três vezes menor do que SCS.

O quarto aspecto verificável pelos dados dos quadros e tabelas dos municípios em análise é a diferença de acesso a equipamentos de saúde públicos. Ainda que inexistam estabelecimentos públicos federais e estaduais nos territórios de RGS e SCS, sendo a diferença numérica perceptível, pois, para uma população de 149.263 hab. e com padrão médio alto de IDHM e IPVS, há 9 UBS, clínicas especializadas e hospitais municipais em SCS. Por sua vez, em RGS há apenas a atenção básica com apenas 8 UBS para um número maior de pessoas em grupos vulneráveis do IPVS.

4 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Este capítulo trata do desenvolvimento metodológico empregado para avaliar a eficácia do Programa Dose Certa, aplicando-se o recorte a pessoas com idade igual ou superior a 60 anos, residente na região do Grande ABC. Para que se escolhessem os procedimentos metodológicos a serem aplicados na intenção de eleger a melhor estratégia examinou-se a literatura especializada.

Assim, de acordo com os objetivos, definiram-se os procedimentos metodológicos, tais como: técnicas de amostragem, tamanho da amostra, instrumento de coleta de dados, tabulação e análise dos dados, finalizando-se o uso de estatísticas descritivas. Para tanto, determinou-se que as variáveis seriam quantitativas, facilitando pesquisas de campo quantitativo-descritivas e possibilitando o isolamento de variáveis e na aplicação de formulários, como no entendimento de Marconi e Lakatos (1996).

Tendo em vista que o objetivo desta pesquisa é avaliar a eficácia AF propiciada pelo Programa Dose Certa na distribuição de medicamentos em RGS e SCS para a população idosa portadora de HAS e AR, no âmbito do AB, optou-se pela estratégia da aplicação de questionários aos usuários idosos ou pessoas que pegassem a medicação a pessoas idosas que morassem no entorno das Unidades Básicas de Saúde (UBS) obtendo-se 199 questionários associados a RGS e 207 a SCS e elencados nos Quadro 6 e Quadro 9.

Outro aspecto utilizado e que aumentou o grau de precisão do estudo foi o pré-teste realizado em duas semanas de dezembro de 2016 e três reuniões com os entrevistadores, apurando-se demanda, ajustes nas questões, limitações de deslocamento e inviabilidade de aplicação em dada UBS. Assim, posterior a esta fase, aplicou-se o questionário ajustado em janeiro de 2017 com o apoio de entrevistadores experientes. Assim, coletaram-se informações disponíveis nos sites das secretarias de saúde dos municípios em pesquisa, contudo, mostraram-se desatualizadas quando se aplicou o pré-teste.

4.1 Amostragem de quotas

A amostragem de quotas é um tipo de amostra não probabilística que, de acordo com Selltiz *et al.* (1974, p. 579), é erroneamente denominada amostragem

“representativa”. Este tipo de amostra, segundo o autor, considera que diversos elementos estariam proporcionalmente identificados na população e hipoteticamente replicados na amostra, contribuindo para a segurança e representatividade da mesma. Assim, para Selltiz *et al.* (1974), este tipo de amostragem ajudaria a prognosticar diferenças entre subgrupos e, por conseguinte garantir a inclusão de diferentes estratos.

Selltiz *et al.* (1974, p. 580) coloca que as estratificações são desigualmente perceptíveis, podendo se basear em aspectos como: idade, educação, raça, região geográfica de residência, *status* socioeconômico, para o ajustamento da amostragem por quotas. O autor indica como causas possíveis para a desproporção dos estratos das amostras frente aos correspondentes na população fatores como: entrevistadores não seguirem exatamente as instruções; a ocorrência de maior desproporção entre a amostra e a população, especialmente em traços menos manifestos e não inclusos como parte das especificações para as quotas dos entrevistadores.

Em um primeiro instante, pode-se entender que a amostragem por cotas exigiria que os vários estratos da população fossem “amostrados” em proporção exata a da população. Entretanto, Selltiz *et al.* (1974, p. 581) detalha que o fato principal na amostragem por cotas é a existência de número suficiente de casos de cada estrato, permitindo assim a estimativa do valor do estrato da população e a manutenção da proporção de cada estrato em relação a população total.

Apesar de se tomarem as devidas precauções na seleção da amostra, Selltiz *et al.* (1974, p. 582) relembra que as amostragens por quotas se mantêm como processo de amostragem acidental, porque a parte da amostra em qualquer classe compõe “amostra acidental do estrato correspondente da população”, o que leva à conclusão de que a amostra total é do tipo acidental. Ainda que, para o autor, em muitas populações, antecipadamente conheçam-se as proporções relativas a aspectos como gênero, distribuição etária, o que ajuda na correção de desproporções na amostra.

4.2 Amostra intencional

A proposição fundamental da amostragem intencional, de acordo com Selltiz *et al.* (1974, p. 584), é que devesse definir uma estratégia de coleta, de

maneira que se escolhesse casos entendidos como típicos da população em estudo, assim como estas amostras devem satisfazer tanto pelo objeto quanto pelos objetivos definidos para a pesquisa, supondo-se que os erros de julgamento na seleção, contrabalancear-se-ão.

Como é de se supor, o principal mecanismo de controle que o pesquisador dispõe sobre as variáveis associadas às amostras é o processo de amostragem (SELLTIZ *et al.* 1974, p. 583). De acordo com o autor, com cuidado, julgamento racional e experiência acumulada podem-se compor amostras intencionais representativas de segmentos importantes da população, minimizando deformações na análise de variáveis significativamente importantes.

Então, para o desenvolvimento deste estudo, escolheu-se a amostragem intencional, haja vista que se determinou que o público pesquisado seria o de usuários portadores de AR e HAS, idosos e residentes em RGS e SCS. Compreende-se também que a amostragem por cotas é aplicável à pesquisa, pois, segundo Selltiz *et al.* (1974), aspectos como idade, educação, raça, região geográfica e nível socioeconômico são relevantes e constam do questionário aplicado aos entrevistados.

4.3 Técnicas de coleta de dados

Dentre os instrumentos de pesquisa exploratória, elencam-se questionários, entrevistas, observação participante e análise de conteúdo. Para Gil (2007, p. 163), aspectos como análise e coleta de dados, amostra e população e tipo de pesquisa influenciam sobretudo a organização do delineamento metodológico frente ao objeto em estudo, o que é reforçado em Brasil (2014a, p. 45), que o aponta como aspecto fundamental.

Ainda sobre a pesquisa exploratória, Gil (2007) assevera que esta objetiva discriminar características de grupos por características como sexo, idade, nível de escolaridade e renda, o que ajuda a entender a aplicação de entrevistas como ferramenta a grupos de pessoas que tiveram experiências com o problema do estudo. Então, para a consecução dos objetivos elencados nesta pesquisa, aplicar-se-ão entrevistas estruturadas a indivíduos que estejam no perfil da população-alvo escolhida.

Justificam-se as escolhas relatadas no parágrafo anterior para a execução

da pesquisa, pois consideramos fatores como baixa disponibilidade de recursos financeiros e de pessoas frente à extensão territorial e contingente populacional de RGS e SCS.

Após o estudo bibliográfico inicial sobre metodologia científica e definidos os objetivos da pesquisa, métodos e técnicas de coleta de dados, avaliou-se a consistência de um primeiro modelo de questionário, destacando-se que este seria base para o pré-teste. Portanto, passível de adaptações e ajustes a toda e qualquer questão do formulário inicialmente apresentada.

A pesquisa constituiu um instrumento de coleta de dados junto ao público-alvo e baseado no trabalho de Bello (2009), ainda que oportunamente tenha aplicado o modelo de grupos focais como método de pesquisa. Contudo, a caracterização geral da tese de Bello (2009) e seu objeto de estudo se coadunam ao objetivo desta pesquisa e colaboram sobremaneira para a discussão e a formatação do questionário, apresentado em Anexo 1.

Visto que já se determinou o recorte espacial, residentes da região do Grande ABC Paulista, clínicos, portadores de DCNT e, etário possuírem idade superior a 60 anos, adotando-se a definição do Estatuto do Idoso. O estudo de campo teve-se nesta fase à aplicação de *surveys* e, esta classe de usuários do SUS, que *a priori* seriam beneficiários de ações em AF do estado de São Paulo, no caso o programa Dose Certa.

A discussão profunda e análise de propostas questionário geraram quatro versões preliminares. Para Marconi e Lakatos (1996), a verificação da pertinência e da relevância das questões que compõem o *survey* aplicado à pesquisa é detalhe relevante, situação esta que explica a quantidade de versões preliminares do formulário. Da mesma maneira, a confecção da *survey* levou em consideração aspectos importantes, tais como a redundância de informação para posterior checagem (MATTAR, 1996).

Outro cuidado na edição do questionário foi a redação; nesta a linguagem de fácil entendimento aos usuários foi usada largamente. E, quando possível, trocaram-se termos técnicos por outros que facilitassem a compreensão dos respondentes. Inclui-se nestes cuidados a explicação do significado de siglas e o uso do termo técnico em conjunto com termos correntes, por exemplo, hipertensão arterial e pressão alta. Adicionalmente, as questões seguiram uma linha impessoal, com redação direta e estritamente relacionadas ao objeto em estudo, constatável no

Anexo 1.

Posto que a sequência de perguntas estava determinada, focou-se nos ajustes finais ao *layout* do questionário e definição da data para ir cidades de RGS e SCS. E, de posse dos dados e com informações da revisão externa colhidas do pré-teste, verificou-se a necessidade de ajustar o *layout*, o que, na literatura, é fato corrente para ampliar aderência, viabilidade e adequação do questionário ao objetivo do estudo.

As perguntas do questionário foram agrupadas e ordenadas em cinco partes, a saber: 1) perfil do entrevistado, 2) uso de medicamentos, 3) perfil do usuário do medicamento, 4) para todos os entrevistados e 5) Dose Certa. Evidentemente, constituía-se uma sequência que colaborasse para a compreensão rápida e clara do respondente. Para tanto, iniciou-se com perguntas simples e gerais que abordaram gênero, ocupação, facilidade de obtenção de medicamentos, raça, número de medicamentos utilizados etc.

Após a introdução, aplicaram-se aos entrevistados perguntas mais específicas sobre o Programa Dose Certa, como indicado por Mattar (1996). Na elaboração de questionários. Indagou-se sobre o nível de conhecimento do Programa Dose Certa, atribuição de nota em escala de 0 a 10 às informações fornecidas pelos servidores municipais sobre o uso da medicação, nível de satisfação sobre o Programa Dose Certa, e abriu-se a possibilidade de comentar-se sobre o programa em avaliação.

Quanto à escolha do tipo de questão, utilizou-se a classificação proposta na literatura estudada (GIL, 2007; MARCONI e LAKATOS, 1996; MATTAR, 1996). No caso, perguntas de múltipla escolha, ou seja, fechadas com várias opções de respostas e informando que se escolha apenas uma resposta; podendo, segundo Mattar (1996), as opções de resposta estar na forma de escala, para o respondente indicar o seu grau aceitação ou satisfação em pesquisa, devido à fácil tabulação. Incluíram-se também duas questões com respostas abertas, totalizando assim 40 questões.

Segundo Mattar (1996) e Marconi e Lakatos (1996), os pré-testes devem ser realizados com o questionário numa versão quase definitiva, indicação seguida e de extrema importância para a pesquisa. Depois de colhidas as impressões e informações dos entrevistados no campo durante o pré-teste, o questionário foi ajustado, como Oliveira (1997) orienta em sua obra. Assim como os formulários

respondidos, foram numerados e, ao final, identificou-se o usuário entrevistado.

Após o regresso dos questionários e antes de análise estatística, houve a verificação dos dados fornecidos pelos respondentes, codificação e tabulação; processo este que, para Mattar (1996), é o de verificação se todas as questões foram respondidas, se as respostas abertas estão escritas legivelmente, se o texto é compreensível, se seguiu corretamente as instruções de preenchimento e se existe coerência nas respostas.

Quanto às questões fechadas, foram codificadas e tabuladas manualmente no *software* SPSS, permitindo a elaboração de quadros e gráficos de análise estatística descritiva, como já planejado para esta pesquisa exploratória sobre a avaliação da eficácia do Programa Dose Certa.

Caso surgissem alguns dos problemas elencados acima, contatar-se-ia o respondente e, na impossibilidade da eliminação das dúvidas, os dados seriam descartados. Com este rigor metodológico, chegamos ao total de 406 questionários completados adequadamente. Assim, manteve-se a fidedignidade do banco de dados, minimizou-se a chance de codificações incorretas e, por conseguinte, houve a correta categorização e análise estatística dos dados.

Quanto ao tratamento de dados, propôs-se um recorte etário da amostra com enfoque quantitativo e conseqüente análise estatística descritiva com a apresentação da média, mediana, desvio padrão dos dados obtidos globalmente, da mesma forma como o tratamento separado de RGS e SCS, para assim verificar semelhanças e diferenças da eficácia da AF disponibilizada pelo programa Dose Certa nestes municípios, levando-se em consideração a segmentação de grupos por gênero, idade, perfil socioeconômico, raça etc. Incluíram-se duas questões abertas, para que o respondente discorresse sobre o Programa Dose Certa, além de se usar cartões para a autodeclaração de raça e do rendimento familiar.

Resumidamente, a conclusão que, dentre os procedimentos metodológicos aplicáveis e o delineamento da pesquisa, constatou-se que esta é do tipo exploratória, pois é a que mais se adequa aos objetivos e limites do estudo, da mesma maneira que a escolha da amostra intencional e por quotas justifica-se devido à escassez de tempo, de recursos humanos e financeiros, para cobrir os territórios de RGS e SCS. Igualmente, ponderou-se o instrumento de coleta de dados e o tratamento dos dados obtidos nas entrevistas, configurando-se um todo robusto e consistente ao objeto de pesquisa posto.

Outro ponto que se faz necessário é a explicação sobre o uso dos termos “entrevistado” e “usuário”. Define-se neste estudo que entrevistada é a pessoa abordada pelo pesquisador que esta busca na UBS o medicamento para si ou para outrem. Já a classe de usuários designa toda a pessoa que é usuária de medicamento para uso próprio, independentemente de quem busca nos pontos de distribuição, e também é parte do público-alvo da pesquisa, resumidamente os procedimentos metodológicos podem ser melhor entendidos pela Figura 8.

Figura 8 – Estrutura dos procedimentos metodológicos



Fonte: Elaborado pelo autor

4.4 Implicações acadêmicas

Conforme citado na introdução, o envelhecimento da população brasileira acarreta maior número de pessoas portadoras de DCNT e, por conseguinte, demanda medicamentos a serem distribuídos na rede pública de saúde. Esta situação amplia o interesse acadêmico na avaliação de programas de AF pública, como o Programa Dose Certa, quanto à eficácia na disponibilização de medicamentos relacionados a patologias com maior incidência em populações com

traços específicos. Neste estudo, o recorte se dá sobre a população idosa residente no Grande ABC Paulista e portadora de HAS e AR do grande.

Tomando-se como parâmetro acadêmico desta Dissertação, esta coloca-se como resposta à deficiência de pesquisas em avaliação de programas públicos, especialmente sobre eficácia destes. Outro desafio no âmbito acadêmico proposto neste estudo é integrar conceitos dos campos de Administração Pública e saúde pública, com o auxílio da estatística descritiva com vistas a analisar, descrever e sintetizar dados de modo a gerar informações relevantes e elucidativas sobre programas em AF públicos.

Retomando-se os objetivos da pesquisa no capítulo da introdução, a natureza exploratória da pesquisa e a contextualizando-a frente aos dados obtidos, a opção pela aplicação de *survey* mostrou-se adequada, visto que a pesquisa é notadamente quantitativa. Portanto, a abordagem e a estruturação da pesquisa são itens que colaboram com o trabalho de futuros pesquisadores no campo de avaliação de programas públicos, sobressaindo-se a exposição de informações por meio de estatísticas descritivas, gráficos e tabelas da na região do Grande ABC paulista.

4.5 Implicações gerenciais

O presente estudo tem o potencial de contribuir para os administradores públicos que trabalham no SUS, desenvolvam ferramentas para influenciar positivamente na disponibilização de serviços públicos de alta qualidade aos usuários. Mais especificamente, no delineamento e planejamento dos programas públicos frente a públicos-alvo de maior vulnerabilidade clínica e socioeconômica; na disseminação da concepção de eficácia em avaliação de programas públicos; na otimização da distribuição territorial dos pontos de distribuição de medicamentos em relação ao perfil nosológico da população usuária do serviço de AF; na aprendizagem organizacional e na compreensão da articulação entre as esferas de governo associadas aos programas públicos.

Para além das contribuições elencadas no parágrafo anterior, o estudo aqui apresentado corrobora para o diálogo especializado entre a gestão pública e a saúde pública, o que naturalmente é de alta complexidade dos problemas postos ao gestor público em saúde diariamente. A complexidade e as divergências entre as

concepções gerenciais e as peculiaridades da saúde pública são potencializadas pela formalização estatal, o que pode gerar estranhamentos sobre a leitura de objetos e problemas tratados por cada um dos campos.

Todavia, a gestão pública coloca-se como uma forma racional e sistemática de auxílio na solução de questões das mais diversas áreas, inclusive a saúde pública, o que traz a esta a incumbência de promover e disseminar soluções factíveis, melhorar o uso de recursos, focando no aprimoramento dos serviços públicos ofertados. Então, o que se propõe nesta Dissertação é analisar e descrever pontos fortes e pontos fracos do Programa Dose Certa.

Outro ponto de destaque deste estudo é a colocação da cultura da avaliação de ações, programas e políticas junto aos gestores públicos, pois justamente com este estudo é que se obterão dados e informações para os administradores públicos, para que assim estes avaliem corretamente os efeitos da ação governamental sobre as demandas ou problemas postos como prioritários, reforçando a relevância deste junto à manutenção ou alteração na formulação da agenda.

Resumidamente o panorama das implicações gerenciais desta dissertação corrobora com dados e estatísticas do Programa Dose Certa na região do Grande ABC Paulista, mas não se limita a isso. Então, o estudo fornece informações sobre a população de RGS e SCS aos gestores e que, de posse dessas informações, ajustem, caso entendam como necessário, o programa público quanto à alocação de recursos materiais com vistas à melhoria do atendimento à população.

5 ANÁLISE DOS RESULTADOS

A proposta deste capítulo é estruturar a análise dos resultados da amostra segundo os objetivos desta Dissertação. Para tanto, o capítulo cinco foi organizado em seis partes. A primeira trata basicamente da descrição do perfil da amostra nos aspectos sociodemográficos associados às variáveis obtidas a partir da pesquisa de campo em RGS e SCS. A segunda parte discorre sobre o perfil das patologias elencadas nos objetivos deste trabalho. A terceira versa sobre o acesso aos medicamentos por parte da população residente nos municípios de RGS e SCS. A quarta parte explana sobre o uso dos medicamentos. A quinta trata da assistência farmacêutica. A sexta analisa o Programa Dose Certa sobre o recorte etário e espacial definidos no objeto de pesquisa.

5.1 Perfil sociodemográfico da amostra

Para Silva (2009), a população idosa, ao contrário do senso comum, é heterogênea em condições sociais e epidemiológicas, escolaridade, renda, sexo, entre outros, exterioridades estas que, para Parahyba (1998 *apud* SILVA, 2009, p. 21), são categorias que esclarecem muitas das condições de saúde apresentadas pelos idosos, que, para este estudo, são pessoas acima de 60 anos.

Quanto à caracterização da amostra, ainda que não probabilística a partir do perfil sociodemográfico dos entrevistados e dos usuários, quando possível os dados são comparados com os dados da população brasileira, a partir dos resultados do Censo Populacional do IBGE do ano de 2010 ou com outras fontes de dados epidemiológicas referentes às DCNT a fim de situar as diferenças ou semelhanças entre a região em relação ao país.

O primeiro aspecto sociodemográfico a ser estudado é com relação ao sexo dos entrevistados: há um desequilíbrio entre homens e mulheres, conforme apresentado na Tabela 9, o que é compreensível pelo processo de feminização do envelhecimento de acordo com Silva (2009) e Nicodemo & Godoi (2010). Sendo que, na região do Grande ABC Paulista, concentra-se uma população mais idosa do que o país, com taxa de 19,3% contra 10,8% no Brasil (PREARO, 2013).

Outros resultados complementam o perfil sociodemográfico dos indivíduos integrantes das amostras de RGS e SCS:

a) quanto ao aspecto de grau de instrução dos usuários, identifica-se, na Tabela 5, que os níveis fundamental incompleto, fundamental completo e médio são próximos em RGS e SCS, ainda que em todos estes estratos SCS se possuam maiores números. Entretanto, a diferença se dá entre as populações nos extremos: enquanto a Tabela 6 indica que 18,6% dos usuários nunca foram à escola em RGS, apenas 3,9% dos usuários de SCS assinalaram esta alternativa. Por sua vez, 0,0% dos usuários de RGS indicou que possui o ensino superior completo, enquanto que em SCS o número que consta na Tabela 5 é de 11,6%. Assim, as informações apuradas na Tabela 5 alinham-se aos dados do IPVS dos municípios que constam nas Tabelas 2 e 4.

Tabela 5 - Grau de instrução dos usuários

	Rio Grande da Serra	São Caetano do Sul
Nunca foi à escola	18,6%	3,9%
Fundamental incompleto	51,3%	45,4%
Fundamental completo	14,6%	21,3%
Médio completo	15,1%	17,4%
Superior completo	0,0%	11,6%
Não respondeu	0,5%	0,5%
Total	100,0%	100,0%

Fonte: elaborada pelo autor.

b) a Tabela 6 indica que para 66,3% dos entrevistados de RGS a renda familiar é até dois salários mínimos, ou seja, R\$ 1.680,00 no mês de dezembro de 2016, o que se aproxima da distribuição de renda do Quadro 5, ainda que a renda *per capita* dos moradores no ano de 2010 tivesse sido de R\$ 563,57. Outro dado importante é quanto à renda em RGS. Assim como 22,0% dos domicílios em RGS que possuem renda que não ultrapassa meio salário mínimo *per capita* em 2010, verifica-se similaridade com os 27,6% dos entrevistados de RGS, que indicou rendimento familiar de R\$ 880,00 e alinha-se com o percentual de 1,98% de extremamente pobres e de 7,02% de pobres identificados no Censo 2010.

Assim como no Quadro 8, SCS é identificada como um município de renda elevada que, segundo o Censo 2010, possui renda média de R\$2.043,74,

situação esta refletida na Tabela 6, quando se soma os grupos de entrevistados com renda entre R\$ 4.400,00 até R\$ 17.600,00, totalizando 6,5%.

Outro aspecto que se destaca em SCS quanto à renda familiar é que 12,1% dos entrevistados em SCS possuem renda média familiar entre R\$ 4.400,00 e R\$ 8.800,00, alinhando-se com os dados PNUD (2010), onde consta que apenas 0,09% da população é extremamente pobre e 0,52% declaram-se pobres. Enquanto, em RGS, para a faixa de renda compreendida entre R\$ 4.400,00 e R\$ 8.800,00 é de tão somente 4,0%, conjuntura está identificável nas Tabelas 2 e 4 que descrevem o IPVS de RGS e SCS, respectivamente.

Tabela 6 - Faixa de rendimento familiar do mês de dezembro de 2016 dos entrevistados

	Rio Grande da Serra	São Caetano do Sul	Total
até R\$ 880,00	27,6%	8,2%	17,7%
R\$ 880,00 até R\$ 1 680,00	38,7%	27,1%	50,2%
R\$ 1 680,00 até R\$ 4 400,00	17,6%	26,6%	22,2%
R\$ 4 400,00 até R\$ 8 800,00	4,0%	12,1%	12,0%
R\$ 8 800,00 até R\$ 17 600,00	2,5%	6,8%	6,2%
Não tem renda	1,0%	0,0%	0,5%
Não sabe	3,0%	1,4%	
Recusa	4,5%	8,7%	6,7%

Fonte: elaborado pelo autor.

- c) os entrevistados sem companheiros (solteiros, divorciados, separados e viúvos) representam 52,8% em RGS e 47,8% em SCS da amostra, contra 47,2% em RGS e 51,7% em SCS de pessoas declaradas casadas como exposto na Tabela 7.

Tabela 7 - Estado civil dos entrevistados

	Rio Grande da Serra	São Caetano do Sul
Casado/ união estável	47,2%	51,7%
Solteiro(a) / Viúvo(a) / Divorciado(a) / Separado(a)	52,8%	47,8%
Não respondeu	0,0%	0,6%
Total	100,0%	100,0%

Fonte: elaborado pelo autor.

- d) usuários constantes na Tabela 8 apontam uma distribuição de cor e raça em RGS. No caso, 46,7% se autodeclararam brancos, seguidos de 40,2% de pardos e 11,6% de pretos, diferentemente da situação verificada em SCS, onde há prevalência de autodeclaração para população branca de 74,4%, seguida por 18,8% de pardos e 3,4% de

pretos e amarelos, informações estas sobre SCS que seguem a mesma tendência de cor/raça do IBGE no Censo 2010. Já para a SEADE (2010a), em RGS 47,1% dos habitantes se autodeclararam brancos, 44,0% pardos e 0,1% indígenas, números próximos à Tabela 8. Todavia, quanto aos autodeclarados pretos 8,2% e amarelos 0,7%, a amostra mostrou-se diferente.

Tabela 8 - Autodeclaração de cor/raça dos usuários

	Rio Grande da Serra	São Caetano do Sul
Amarelo	0,0%	3,4%
Branco	46,7%	74,4%
Indígena	1,0%	0,0%
Pardo	40,2%	18,8%
Preto	11,6%	3,4%
Recusa	0,5%	0,0%
Total	100,0%	100,0%

Fonte: elaborado pelo autor.

e) tomando-se como base a Tabela 9, verifica-se que a distribuição quanto ao sexo dos entrevistados tanto em SCS e RGS mantém-se com predominantemente do sexo feminino em SCS com 60,4% tanto entre usuários quanto entre entrevistados. Ainda que mantida a tendência de feminização da amostra em RGS, os números obtidos na Tabela 9 indicam estes 53,3% dos usuários e de 52,8% dos entrevistados indicarem ser do sexo feminino. A situação é pouco diferente com relação aos dados do SEADE (2016a), onde 46,5% dos idosos de RGS são do gênero masculino e de que 53,5% são do gênero feminino.

As informações alcançadas por meio da pesquisa de campo corroboram com o conceito de feminização proposto por Silva (2009) e Nicodemo & Godoi (2010), constatável na Tabela 9, que descreve a distribuição populacional por sexo quanto aos usuários e entrevistados de RGS e SCS.

Tabela 9 - Gênero dos entrevistados e usuários

	Rio Grande da Serra		São Caetano do Sul	
	Usuário	Entrevistado	Usuário	Entrevistado
Feminino	53,3%	52,8%	60,4%	60,4%
Masculino	46,7%	47,2%	39,6%	39,6%

Fonte: elaborado pelo autor.

A Tabela 10 é indicativa da distribuição etária da população idosa de RGS com mediana de 65,0 anos e em SCS a mediana é de 69,0 anos. Levando-se em consideração que o coeficiente de variação na amostra de RGS e de SCS ficou abaixo de 15,0%, conclui-se que há baixa dispersão frente às médias das amostras tanto de RGS (64,3 anos) quanto de SCS (68,8 anos).

Tabela 10 – Perfil etário dos usuários

	Rio Grande da Serra	São Caetano do Sul
Coeficiente de variação	16,7%	13,9%
Desvio padrão	10,8	9,6
Média	64,3	68,8
Mediana	65,0	69,0

Fonte: elaborado pelo autor.

Reforçando o entendimento de Torres, Camargo e Bouldfield (2015) o envelhecimento se diferencia da velhice. Porque o primeiro se comporta como processo, enquanto o segundo se caracteriza como fase do desenvolvimento. Além disso, deve-se compreender que a população idosa é heterogênea não tão somente pelo aspecto etário, mas por condicionantes como renda, localidade, sexo e tantos outros aspectos que ampliam a complexidade do estudo para este grupo denominado idoso.

Tomando-se as exposições anteriores quanto ao aspecto etário das populações de RGS e SCS, segundo Hébert (2015), estes municípios já sofrem as consequências do envelhecimento, reforçando a necessidade de a Administração Pública estruturar e planejar políticas públicas que levem em consideração a prevalência crescente das DCNT em suas populações, haja vista a Tabela 1, que indica tal conjuntura, pois 7,8% da população de RGS já é idosa e, em SCS, segundo a Tabela 3, a taxa de envelhecimento é de 19,1%.

Prosseguindo a análise, mas voltando-se ao aspecto do território, é identificável pela Tabela 11 que majoritariamente os respondentes são moradores dos municípios estudados, seguindo o que indica que o princípio da regionalidade do atendimento do SUS. Tanto que 99,0% dos respondentes em RGS são residentes no município e 98,1% dos respondentes de SCS são moradores das mesmas cidades.

Tabela 11 - Município de residência dos usuários

	Rio Grande da Serra	São Caetano do Sul
Mauá	0,0%	0,5%
Rio Grande da Serra	99,0%	0,5%
Santo André	0,5%	1,4%
São Bernardo do Campo	0,0%	0,5%
São Caetano do Sul	0,0%	98,1%
São Paulo	0,5%	0,0%

Fonte: elaborado pelo autor.

Quanto à ocupação principal dos entrevistados, a Tabela 12 indica que o grupo de aposentados e pensionistas são majoritários em SCS e RGS. Todavia, no caso de SCS 64,3%, estão resguardados pela previdência pública, enquanto que em RGS há menor número de aposentados e pensionistas, maior número de assalariados ou trabalhadores por conta própria, assim como 7,0% colocaram-se como desempregados e 27,6% como donas de casa neste município. O panorama constituído, baseado nestes dados e reforçado pelos dados IPVS e IDHM do município de RGS, é que a população idosa desta cidade demanda maior ação do Estado através de ações, programas e políticas públicas.

Tabela 12 - Ocupação principal dos usuários

Ocupação	Rio Grande da Serra	São Caetano do Sul
Aposentado / pensionista	47,7%	64,3%
Assalariado ou por conta própria	17,1%	13,5%
Desempregado	7,0%	1,4%
Dona de casa	27,6%	18,8%
Empregador	0,5%	1,9%

Fonte: elaborado pelo autor.

5.2 Perfil das patologias

Segundo a WHO (2011), a HAS é a causa de 13% das mortes no planeta e ainda a causa principal de óbito prevenível, sendo que na América Latina a HAS afeta pelo um terço da população. Já em países em desenvolvimento, como é o caso do Brasil, o envelhecimento ocorre de maneira acelerada KALACHE (1987 *apud* SILVA, 2009), gerando tanto efeitos quantitativos e quanto qualitativos sobre o SUS de acordo com Machado (2012, p. 107) e que são associados a doenças crônico-degenerativas, tais como a hipertensão e distúrbios reumatológicos. Outro aspecto a ser considerado e apontado por Silva (2009, p. 16) é que a demanda

gerada pela população idosa tenderá sempre a crescer, uma vez que é decorrente do processo de transição epidemiológica, descrito por Omran (1996), e da natural transição demográfica potencializada pelo envelhecimento populacional. Assim, para o autor, a conjunção da transição epidemiológica e demográfica aumentará a demanda por serviços de saúde públicos e privados e, por conseguinte, os gastos com saúde.

Em virtude das considerações acima e retomando o entendimento de Castro-Santos e Díaz-Pena (2016, p. 172) sobre a influência do sexo na susceptibilidade à AR, corrobora para o entendimento da Tabela 13, onde 2,4% das usuárias de RGS indicaram ter a patologia e também 1,1% dos homens. Por sua vez, em SCS, divergindo da literatura, a amostra indica que 2,6% dos usuários é que são acometidos pela AR e apenas 0,9% das usuárias são portadoras da doença. Indiferentemente dos municípios estudados e sexo, a prevalência de AR foi superior a apontada por Senna *et al.* (2004), onde estimaram a prevalência da AR no Brasil em 0,46%.

Tabela 13 – DCNT em idosos por gênero nas amostras

DCNT	Rio Grande da Serra		São Caetano do Sul	
	Homens	Mulheres	Homens	Mulheres
Artrite	1,1%	2,4%	2,6%	0,9%
Diabetes	24,7%	29,3%	41,6%	41,4%
Hipertensão	77,5%	70,7%	85,7%	82,0%
Gastrite	6,7%	7,3%	7,8%	11,7%

Fonte: elaborado pelo autor.

Aspecto importante na prevalência de HAS é a etnia, pois a prevalência de doenças, para Becker (2013, p. 16), é duas vezes maior em pessoas de cor não branca do que em pessoas brancas, dado este que se confirma na amostra de RGS onde os autodeclarados não brancos têm prevalência de HAS de 78,2% e os enquanto que os autodeclarados brancos com 70,2%. Ainda que com taxas superiores às verificadas em RGS, SCS possui um comportamento distinto quanto à prevalência de HAS sobre os autodeclarados brancos e não brancos, como evidenciado na Tabela 14. Contrariamente a Becker (2013), as taxas computadas de HAS nos autodeclarados não brancos (79,2%) da amostra foi inferior ao autodeclarados brancos (85,0%) que indicaram ser portadores da patologia. A amostra obtida robustece que, para Brasil (2006b), as taxas de incidência e de

prevalência de HAS na população brasileira são altas. Para além dos fatores epidemiológicos elencados em Brasil (2010b), o menor nível de escolaridade de RGS frente a SCS da Tabela 5, não se mostraram fortes a ponto da prevalência de HAS em RGS ser maior do que SCS. Todavia, é bom lembrar que a HAS tem maior predisposição em grupos não brancos, situação está em que RGS enquadra-se e que influenciou na formação dos dados da Tabela 14.

Tabela 14 – DCNT em idosos por raça/cor

DCNT	Rio Grande da Serra		São Caetano do Sul	
	Branços	Não brancos	Branços	Não brancos
Artrite	1,2%	2,3%	1,4%	2,1%
Diabetes	27,4%	26,4%	41,4%	41,7%
Hipertensão	70,2%	78,2%	85,0%	79,2%
Gastrite	4,8%	9,2%	9,3%	12,5%

Fonte: elaborado pelo autor.

Ainda que seja uma DCNT, as informações colhidas a respeito da prevalência de diabetes nas populações de RGS e SCS mostrou-se elevada, com taxa média de 26,4% em não brancos de RGS e de 27,4% nos autodeclarados brancos do mesmo município. Por sua vez, as taxas de prevalência de diabetes em SCS mostraram-se muito acima das computadas em RGS, sendo de 41,4% nos autodeclarados brancos e de 41,7% dos autodeclarados não brancos.

A gastrite, ainda que não elencada no rol das DCNT dos objetivos do estudo, também se mostra com alta prevalência sobre os usuários, sendo de 4,8% na população autodeclarada branca e de 9,2% autodeclarada não branca em RGS. E em SCS as taxas foram de 9,3% para os autodeclarados brancos e 12,5% para os autodeclarados não brancos. O panorama constituído por estas patologias crônicas nos usuários aclara e amplia a importância da manutenção de programas de AF, como no caso deste estudo sobre o Programa Dose Certa do governo estadual paulista.

5.3 Acesso aos medicamentos

Viver mais anos e com qualidade é uma pretensão das pessoas. Todavia, para que a população idosa de dada região possua autonomia e independência, é necessário o usufruto de direitos como o da saúde, que é materializado, por

exemplo, com a criação e desenvolvimento SUS. Incluindo-se as diretrizes de universalização do acesso com equidade e a integralidade das ações e dos serviços de saúde que, segundo Aurea *et al.* (2011, p. 7), cingem o direito à AF, que foi reforçado na Conferência Nacional de Assistência Farmacêutica pela Resolução MS/CNS 338, de 6 de maio de 2004. Para tanto, segundo Sarti e Cyrillo (2010, p. 242), o acesso ao medicamento em boa parte do território nacional faz-se pela necessária a ação do Estado com o fornecimento direto de produtos e serviços de saúde, incluindo-se a AF como decorrência do princípio da integralidade de acesso do SUS e do direito constitucional a saúde para todo o cidadão nacional. Assim como para Barata e Mendes (2008, p. 25), o acesso a medicamentos em momento oportuno é elemento básico para a garantia de bons resultados dos atendimentos realizados pelos SUS à população, sobretudo a de menor renda.

Quanto ao número de lugares que os entrevistados apontam como necessários para a obtenção dos medicamentos, RGS mostrou-se melhor do que SCS, pois 48,7% dos usuários indicaram que conseguem todos os medicamentos no mesmo lugar, seguidos dos que obtêm os medicamentos indo a dois lugares diferentes, como exposto na Tabela 15. Já em SCS 44,9% dos entrevistados precisam ir a dois lugares diferentes para conseguirem seus medicamentos e, em segundo lugar dentre as alternativas, 31,4% responderam que encontram todos os medicamentos no mesmo lugar. Destaca-se que apenas 1,0% e 1,4% dos usuários de RGS e SCS, respectivamente, apontaram que nunca encontram a medicação prescrita.

Tabela 15 – Número de lugares na busca de medicamentos dos usuários

	Rio Grande da Serra	São Caetano do Sul
Encontra todos no mesmo lugar	48,7%	31,4%
Dois lugares diferentes	40,0%	44,9%
Três ou mais lugares?	9,5%	22,2%
Nunca encontra	1,0%	1,4%
Total	100,0%	100,0%

Fonte: elaborado pelo autor.

Quanto à facilidade de obtenção de medicamentos gratuitos próximos à residência dos entrevistados, é identificável certo equilíbrio nas respostas em SCS. Por seu turno, em RGS, a variação de respostas é nítida na Tabela 16. Mas, ainda assim, ao se somar as duas primeiras categorias de respostas em RGS e SCS,

indicam que mais da metade dos entrevistados confirmam facilidade na obtenção de medicamentos nas redes de saúde municipais. Mesmo que inexistam equipamentos públicos de saúde estaduais e federais, indicado no Quadro 6 e no Quadro 9, é interessante frisar que o fato de que o território SCS é de somente 15.331 Km² (IBGE, 2010) e o de RGS é praticamente o dobro, 36.341 Km². Para além disso, a quantidade de UBS dos municípios se equivalem, o que é constatável no Quadro 6 e no Quadro 9, destacando-se que em SCS há ainda clínicas especializadas e hospitais municipais, formando uma rede municipal de saúde com maior capacidade de atendimento.

Tabela 16 – Facilidade na obtenção de medicamentos gratuitos próximos à residência

	Rio Grande da Serra	São Caetano do Sul
Sim, sempre	53,8%	46,4%
Sim, na maioria das vezes	21,1%	16,9%
Sim, boa parte das vezes	7,0%	16,9%
Poucas vezes	12,1%	17,9%
Nunca consegue	6,0%	1,9%
Total	100,0%	100,0%

Fonte: elaborado pelo autor.

Quanto ao perfil dos usuários dos medicamentos, a Tabela 17 aponta que estes são 81,9% em RGS e em SCS são 80,2%, o que reforça a ideia de que os usuários da amostra têm elevado nível de independência, pelo menos quanto à possibilidade de ir buscar os próprios medicamentos. E o segundo maior índice de resposta quanto ao indivíduo que realiza a retirada dos medicamentos foi a de que os acompanhantes do entrevistado são parentes dos usuários, com 17,6% em RGS e 17,9% em SCS.

Tabela 17 - Retirada de medicamentos em RGS e em SCS por usuários

	Rio Grande da Serra	São Caetano do Sul
Usuário	81,9%	80,2%
Parente	17,6%	17,9%
Amigo	0,5%	0,0%
Outro	0,0%	1,9%
Total	100,0%	100,0%

Fonte: elaborado pelo autor.

Aprofundando-se a pesquisa no tocante à retirada de medicamentos para HAS e AR da Tabela 18, a maior disparidade está entre os usuários e entrevistados

que buscaram medicação para AR nos últimos dois meses nas UBS de RGS, enquanto a taxa de usuários foi de 80,2% a dos entrevistados foi de 12,5%, na classe de respostas que responderam sim, sempre.

Ainda que com percentuais diferentes, a distribuição das respostas entre usuários e entrevistados para a retirada de medicamentos em RGS seguiu *pari passu* na Tabela 18, destoando apenas quando a resposta era referida em “boa parte das vezes”. Quando a patologia elencada foi a AR, o comportamento das respostas foi desigual entre usuários e entrevistados, como os relacionados à resposta “na maioria das vezes”, enquanto para os usuários a taxa foi de 17,9% para os entrevistados foi de 37,5%, assim como quando analisada a resposta “poucas vezes”, para os entrevistados o número foi de 37,5% e para os casos de 0,0%.

Tabela 18 - Retirada de medicamentos nos últimos dois meses em RGS

Respostas	Hipertensão		Artrite	
	Usuário	Entrevistado	Usuário	Entrevistado
Sim, sempre	54,4%	57,5%	80,2%	12,5%
Sim, na maioria das vezes	20,5%	20,6%	17,9%	37,5%
Sim, boa parte das vezes	7,2%	5,0%	0,0%	25,0%
Poucas vezes	11,8%	10,0%	0,0%	37,5%
Nunca	6,2%	6,9%	1,9%	0,0%
Total	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Fonte: elaborado pelo autor.

Aplicando-se o recorte espacial à amostra, no caso em SCS, referente ao tocante de retirada de medicamentos para HAS e AR da Tabela 19 indica relevante dessemelhança tanto em RGS quanto em SCS entre usuários e entrevistados que buscavam medicação para AR. Enquanto a taxa de usuários que responderam “sim, sempre” e “poucas vezes” foi de 40,0%, a resposta “sim, boa parte das vezes” a taxa foi de 20,0% em usuários portadores de AR em SCS, a taxa foi de 100% para o grupo de entrevistados que responderam “sim, boa parte das vezes”.

A Tabela 19 demonstra uma distribuição de respostas completamente diferente da HAS frente a AR exposto no parágrafo anterior, quanto à retirada de medicamentos por usuários e entrevistados. Ainda que com percentuais diferentes a distribuição das respostas entre usuários e entrevistados quando questionados sobre a retirada de medicamentos para HAS em SCS. Seguiu *pari passu* as respostas de usuários e entrevistados como constatável na Tabela 19. Destoando,

apenas, quando a resposta dada era “poucas vezes” sendo que onde o percentual entre os usuários foi de 24,4% e dos entrevistados de 15,8%.

Tabela 19 - Retirada de medicamentos nos últimos dois meses em SCS

Respostas	Hipertensão		Artrite	
	Usuário	Entrevistado	Usuário	Entrevistado
Sim, sempre	46,6%	47,9%	40,0%	0,0%
Sim, na maioria das vezes	17,0%	17,0%	0,0%	0,0%
Sim, boa parte das vezes	17,0%	17,0%	20,0%	100,0%
Poucas vezes	17,5%	15,8%	40,0%	0,0%
Nunca	1,9%	2,4%	0,0%	0,0%
Total	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Fonte: elaborado pelo autor.

Quanto ao local de maior obtenção de medicamentos por parte dos usuários, sem dúvida alguma são as USB, como é percebível na Tabela 20. Haja vista que em RGS chega-se a 83,4% e em SCS 92,8%. Contudo, outro programa de AF apontado pelos usuários é também considerável, o Programa Farmácia Popular, chegando a 14,6% em RGS e a 6,8% em SCS. Ressalta-se a inexistência de hospitais públicos em RGS, pois, o estudo identificou uma taxa de 2,0% de resposta positiva para esta alternativa, o que faz concluir que o entrevistado arrumou medicação fora do município em estudo. No caso de SCS, a situação é diferente, porque, a rede municipal de saúde tem hospitais e clínicas especializadas municipais, sendo assim possível obter medicação no território sulcaetenense mesmo que fora das UBS.

Tabela 20 – Locais para obtenção dos medicamentos pelos usuários

Unidades	Rio Grande da Serra	São Caetano do Sul	Total
Farmácia Popular ¹¹	14,6%	6,8%	10,6%
Hospitais	2,0%	0,5%	1,2%
UBS	83,4%	92,8%	88,2%

Fonte: elaborado pelo autor.

¹¹ O Programa Farmácia Popular do Brasil vem a ser uma iniciativa do Governo Federal que cumpre uma das principais diretrizes da Política Nacional de Assistência Farmacêutica. Foi implantado por meio da Lei nº 10.858, de 13 de abril de 2004, que autoriza a Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ) a disponibilizar medicamentos mediante ressarcimento, e pelo Decreto nº 5.090, de 20 de maio de 2004, que regulamenta a Lei 10.858 e institui o Programa Farmácia Popular do Brasil. Fonte: BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa Farmácia Popular do Brasil**, 2015. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/leia-mais-o-ministerio/346-sctie-raiz/daf-raiz/farmacia-popular/11-farmacia-popular/18008-programa-farmacia-popular-do-brasil>>. Acesso em: 06 mar. 2017.

Aurea *et al* (2011, p. 10) destaca que, a depender do componente da AF, os recursos para seu financiamento demandam a participação das três esferas governamentais, mas há a possibilidade de sobreposição de programas de AF. Ainda que a União, estados e municípios sejam corresponsáveis pela AF e garantidores do planejamento e ações integradas para a consecução dos objetivos do SUS, devendo reforçar as propriedades de descentralização, interdependência e regionalização do atendimento em saúde (MACHADO DOS SANTOS *et al.*, 2015 a).

Já a Tabela 21 aponta o comportamento dos usuários quanto à possibilidade de aquisição dos medicamentos, sobressaindo no caso de RGS para AR, diabetes, gastrite e HAS a resposta “fica sem” foi acima 15% e acima de 67,7% da possibilidade de compra da medicação, devendo-se relembrar o fato de que tanto o IPVS e a renda média per capita em RGS são considerados baixos. Situação completamente diversa de SCS onde se pode observar na Tabela 21 que indiferentemente da DCNT perguntada a possibilidade de compra por parte do usuário ficou acima de 92,0% e a possibilidade de ficar sem o medicamento é abaixo de 3,6% na amostra.

Verifica-se que a significância dos programas públicos de AF, indiferentemente do município estudado. Mesmo com comportamentos diferentes das populações frente à necessidade de retorno ao ponto de distribuição e na alta propensão dos usuários ficarem sem a medicação em RGS, acima de 15% indiferentemente da DCNT e, ainda que menor em SCS a taxa de 3%, como exposto na Tabela 21.

Tabela 21 – Possibilidade de aquisição dos medicamentos dos usuários

DCNT	Rio Grande da Serra			São Caetano do Sul		
	Compra	Pede emprestado	Fica sem	Compra	Pede emprestado	Fica sem
Artrite	67,7%	6,1%	24,2%	92,9%	3,6%	3,6%
Diabetes	76,6%	2,1%	19,1%	93,7%	1,7%	5,1%
Gastrite	79,5%	2,6%	17,9%	94,4%	0,0%	5,6%
Hipertensão	76,8%	6,1%	15,9%	95,0%	0,6%	4,5%

Fonte: elaborado pelo autor.

Como parte da responsabilidade do financiamento do componente básico de AF, conforme art. 3º do Capítulo II da Portaria GM/MS nº 1.555, de 30 de julho de 2013, é posto o seguinte: “O financiamento do Componente Básico da Assistência Farmacêutica é de responsabilidade da União, dos Estados, do Distrito Federal e

dos Municípios”. Entende-se então, que os medicamentos financiados ou fornecidos pelo programa Dose Certa do governo estadual paulista é um alento para os municípios aderentes, no caso RGS e SCS, que devem disponibilizar medicamentos para HAS e AR, patologias estas constantes na Tabela 21. A Tabela 21 vem a reforçar a importância da existência de programas públicos de distribuição gratuita de medicamentos, pois, em SCS 94,7% da população em caso de não disponibilização de medicamentos, os compra. Mas, devendo-se lembrar de que no Quadro 8 a população de SCS é composta de apenas 0,09% considerados extremamente pobres e de 0,52% de pobres, o que faz compreender a atitude desta população em adquirir a medicação, caso não encontre os medicamentos nas UBS.

Para Ipea (2010, p. 15), o financiamento da AF possibilita o acesso a medicamentos a parcela importante da população brasileira, o que ajuda a compreender o comportamento dos usuários de RGS e de SCS da Tabela 21 que indicaram “ficar sem” terem acesso ao medicamentos para HAS e AR. Ainda segundo Ipea (2010), a natureza progressiva do uso de medicamento é de grande valia para as famílias de menor renda maior e que são as que proporcionalmente comprometem mais a renda familiar na aquisição com esses bens essenciais.

Por sua vez, no Quadro 5, têm-se que 1,98% da população de RGS é extremamente pobre e 7,02% é pobre, situação está que explica o elevado alto índice de usuários de RGS que na falta de medicamentos nas UBS, indiferentemente da DCNT da Tabela 21 responderam que ficam sem a medicação e que, comparados à possibilidade de compra, a taxa é bem menor das mostradas em SCS. Quanto ao uso do transporte público, a Tabela 22 indica que tanto os usuários de RGS quanto os de SCS evitam o transporte público para a obtenção dos medicamentos: 53,3% e 65,2%, respectivamente. Mesmo que haja parcela considerável dos usuários que utilizem este tipo de transporte, 29,6% em RGS e 25,1% em SCS.

Tabela 22 – Uso de transporte público por parte dos usuários

Respostas	Rio Grande da Serra	São Caetano do Sul
Sim, sempre	29,6%	25,1%
Sim, na maioria das vezes	10,6%	5,8%
Sim, poucas vezes	6,5%	3,9%
Nunca	53,3%	65,2%
Total	100,0%	100,0%

Fonte: elaborado pelo autor.

Um aspecto decorrente do uso do transporte público pelos usuários para a obtenção dos medicamentos é o número de lugares distintos aonde estes têm de ir para conseguir a medicação. Segundo a Tabela 23, a resolutividade associada é de três ou mais lugares é de 52,6% em RGS, por outro lado 60,8% nunca encontram todos os medicamentos no mesmo lugar ou nunca encontram os medicamentos mesmo indo a dois lugares diferentes em RGS.

Tabela 23 – Lugares diferentes para a obtenção dos medicamentos RGS

Buscar por medicamentos	Rio Grande da Serra			
	Sempre	Na maioria das vezes	Poucas vezes	Nunca
Encontra todos no mesmo lugar	22,7%	10,3%	6,2%	60,8%
Dois lugares diferentes	32,1%	11,1%	6,2%	50,6%
Três ou mais lugares?	52,6%	10,5%	10,5%	26,3%

Fonte: elaborado pelo autor.

Analisando-se a situação de se nunca encontrar todos os medicamentos no mesmo lugar de usuários de SCS a taxa é de 80,6% e, mesmo para dois ou três mais lugares, o índice é superior a 42,9% como indicado na Tabela 24, apontando para baixa disponibilização de medicamentos nas UBS de SCS.

Tabela 24 – Lugares diferentes para a obtenção dos medicamentos SCS

Buscar por medicamentos	São Caetano do Sul			
	Sempre	Na maioria das vezes	Poucas vezes	Nunca
Encontra todos no mesmo lugar	14,5%	1,6%	3,2%	80,6%
Dois lugares diferentes	30,5%	4,9%	2,4%	62,2%
Três ou mais lugares?	38,1%	9,5%	9,5%	42,9%

Fonte: elaborado pelo autor.

Quanto à possibilidade dos entrevistados se disporem a voltarem ao mesmo local para a obtenção dos medicamentos em SCS ou em RGS, os percentuais são aproximados, sendo de 72,4% em RGS e 78,3% em SCS. Por sua vez, a impossibilidade de retornar ao mesmo local é de 14,1% em RGS e de 6,8% em SCS, como exposto na Tabela 25.

Considerando-se a chance de retorno na semana seguinte, os percentuais caem tanto em RGS quanto em SCS, com 10,1% e 9,2%, respectivamente, denotando que a disponibilidade é necessária para os entrevistados e fator proeminente para a manutenção de seus tratamentos.

Há um dado importante quando se lê a Tabela 25: a impossibilidade de retorno é de 14,1% em RGS e de 6,8% em SCS. A leitura que se faz é que a disponibilidade de medicação em RGS, tendo em vista o comportamento do usuário, é de que o sistema municipal de saúde deve, na medida do possível, manter os estoques para pronto atendimento aos usuários, mesmo porque 10,1% ainda se dispõem a ir à semana seguinte ao local de dispensação da medicação.

Tabela 25 - Possibilidade de retorno para a obtenção da medicação

Respostas	Rio Grande da Serra	São Caetano do Sul	Total
Sim, na mesma semana	72,7%	78,3%	75,4%
Sim, mas na semana seguinte	10,1%	9,2%	9,6%
Sim, mas no mês seguinte	3,0%	5,8%	4,4%
Não	14,1%	6,8%	10,3%
Não respondido	0,5%	0,0%	0,2%
Total	100,0%	100,0%	100,0%

Fonte: elaborado pelo autor.

Uma análise importante neste estudo foi relacionar as DCNT e os pontos de distribuição de medicamentos em RGS e em SCS. A Tabela 26 revela que as UBS têm papel primordial na distribuição de medicamentos, mesmo em se considerando o Programa Farmácia Popular. Indiferentemente da patologia e do município, as UBS respondem majoritariamente pelo fornecimento de medicamentos, destacando-se em SCS em que os percentuais estão acima de 90% para todas as patologias elencadas. Mesmo em RGS os números obtidos para o retorno do usuário na mesma semana, conforme Tabela 26, são acima dos 70%. Considerando-se as patologias escolhidas para o estudo, AR e HAS, as UBS desempenham papel relevante. No caso da AR em RGS, os usuários obtêm 72,7% em UBS, já para SCS o percentual chega a 92,9%. Para a HAS a situação se repete 84,8% dos usuários de RGS procuram nas UBS a medicação prescrita e, em SCS o número é de 92,7% como apontado na Tabela 26.

Tabela 26 - Local de distribuição dos medicamentos aos usuários

DCNT	Rio Grande da Serra			São Caetano do Sul		
	UBS	F.P	Hospitais	UBS	F.P	Hospitais
Artrite	72,7%	21,2%	6,1%	92,9%	7,1%	0,0%
Diabetes	70,2%	27,7%	2,1%	91,1%	8,9%	0,0%
Gastrite	87,2%	10,3%	2,6%	97,2%	2,8%	0,0%
Hipertensão	84,8%	13,4%	1,8%	92,7%	7,3%	0,0%

Fonte: elaborado pelo autor.

Nota: F.P. é o programa Farmácia Popular.

Entendendo-se que a descentralização administrativa do SUS para Brasil (2010a), somada à descontração territorial para a disponibilização de medicamentos, é indicador de bom planejamento, o que se pode inferir da Tabela 26 é que os equipamentos de saúde, UBS, hospitais e pontos do Programa Farmácia Popular, quando devidamente articulados, formam uma rede de disponibilização de medicamentos interessante para os usuários de RGS e SCS. Contudo, vale a ressalva de que o foco desta pesquisa é sobre a AB, sendo então conveniente relatar que os números da Tabela 26 quanto ao papel das UBS na AF são plenamente cumpridos.

Quando avaliada a facilidade de encontrar medicamentos nas UBS de RGS e SCS, perguntou-se aos usuários qual nota este atribuiriam a este aspecto. Consta na Tabela 27 e verifica-se que nenhuma das classes analisadas quanto ao coeficiente de variação (CV) tinha índice inferior a 30,0%, denotando que há alta dispersão das notas atribuídas por entrevistados e usuários, tanto de RGS quanto de SCS. Considerando-se a nota média atribuída em RGS é a única que se destoa do grupo de entrevistados de RGS com 9,2. As demais, ou seja, a nota média de usuários de RGS e SCS, assim como a nota média dos entrevistados de RGS ficaram em torno de 7,0, situação está constatável na Tabela 27.

Tabela 27 – Estatísticas sobre as notas associadas à facilidade em encontrar medicamentos nas UBS dos municípios de Rio Grande de Serra e de São Caetano do Sul

Estatísticas	Rio Grande da Serra		São Caetano do Sul	
	Entrevistados	Usuários	Entrevistados	Usuários
Coeficiente de variação	32,6%	43,4%%	38,0%	34,2%
Desvio padrão	3,0	3,1	2,7	2,6
Média	9,2	7,2	7,1	7,6
Mediana	6,5	8,0	8,0	8,0

Fonte: elaborado pelo autor.

Como descrito por Barros (2011, p. 3766), as DCNT afetam a população desigualmente. Desse modo caracterizando, também se caracteriza o perfil saúde-doença de usuários dos serviços do SUS e a necessidade de intervenções para a promoção de equidade social e diminuição de desigualdade de acesso diante do envelhecimento da população brasileira e consequente do aumento das notificações das DCNT.

5.4 Uso de medicamentos

O uso de medicamentos por parte dos portadores de DCNT é uma constante na vida do usuário, porquanto, o controle clínico e agravos destas patologias exigem terapias medicamentosas de longo prazo. Neste estudo tal situação foca-se no objetivo de avaliar a eficácia do Programa Dose Certa frente à demanda de medicamentos das populações idosas portadoras de HAS e AR residentes em RGS e em SCS.

Tendo o escopo detalhado no parágrafo anterior, a Tabela 28 contribui na revelação da importância da AF na vida dos usuários. Com percentual de 97,0% em RGS e 100,0% em SCS, constata-se que terapias medicamentosas são pontos relevantes para a manutenção da qualidade de vida, robustecendo desta forma a relevância de políticas públicas em saúde para a disponibilização de medicamentos gratuitos a população idosa de RGS e SCS.

Tabela 28 - Frequência de uso dos medicamentos pelos usuários

	Rio Grande da Serra	São Caetano do Sul
Duas ou mais vezes por semana	1,50%	0,00%
Todos os dias	97,00%	100,00%
Uma vez por semana	1,50%	0,00%
Total	100,0%	100,0%

Fonte: elaborado pelo autor.

Nos dois municípios em estudo, a frequência diária de uso de medicamentos por parte dos usuários é alta, chegando a 94,7% em SCS, 83,3% em RGS e no geral 89,2%, como consta na Tabela 29. Compreende-se que um programa de AF público é relevante igualmente para tanto para SCS e quanto para RGS, reforçado pelos dados das Tabela 16 e Tabela 17, levando-se em consideração que as DCNT exigem farmacoterapia de longo prazo e com o aumento da expectativa de vida no país. O cenário futuro é que a pressão orçamentária associada à aquisição de medicamentos pelo poder público aumentará à medida que a população continuar a envelhecer.

Tabela 29 – Frequência diária de uso de medicamentos pelos usuários

	Rio Grande da Serra	São Caetano do Sul	Total
Sim	83,3%	94,7%	89,2%
Não	16,7%	5,3%	10,8%

Fonte: elaborado pelo autor.

Fato importante para a análise da AF é a farmacoterapia, ou seja, a quantificação de medicamentos diferentes que os usuários utilizam. A Tabela 30 corrobora para a compreensão neste sentido, porque, para uma mesma patologia, há a possibilidade de se ingerir medicamentos diversos. Destaca-se também na Tabela 30 que, enquanto o maior percentual de respostas é de 33,3% para usuários que utilizam dois diferentes medicamentos em SCS, o maior percentual é de 59,0% dos que responderam que usam 4 medicamentos. Outro destaque na Tabela 30 é que os maiores percentuais em RGS quanto ao número de medicamentos diferentes fica entre dois e quatro medicamentos.

Tabela 30 – Quantidade de medicamentos diferentes utilizados pelos usuários

	Rio Grande da Serra	São Caetano do Sul
Um	16,8%	7,7%
Dois	33,3%	15,0%
Três	19,7%	18,4%
Quatro	29,8%	59,0%
Não respondido	0,50%	0,00%
Total	100,00%	100,00%

Fonte: elaborado pelo autor.

Depreende-se que a demanda e o uso de medicamentos dos usuários das amostras obtidas neste estudo têm especificidades, além de serem não probabilísticos. Contudo, é importante lembrar que, em Brasil (2010a, p. 44), a responsabilidade do ente municipal frente à AF passa pela garantia de acesso ao medicamento, avaliações das ações de AF com o auxílio de monitoramento de indicadores do ciclo de AF, cooperação para a regionalização da dispensação de medicamentos e o fomento a pesquisas de utilização de medicamentos na rede básica. E que o conjunto de ações em saúde que tenha o medicamento como insumo essencial é fato garantidor na prevenção e recuperação de ampla parte das

patologias, além de ser decisivo para a eficácia e efetividade da AF na atenção e nos serviços de saúde (IBGE, 2004, 2010).

5.5 Assistência farmacêutica

A AF é parte essencial dos processos de atenção à saúde em todos os níveis de complexidade, conforme Brasil (2010a, p. 35). A Resolução nº 338, de 2004, do MS, em seu artigo 1º, que parte do princípio do acesso ao medicamento pelos usuários do SUS, devendo os entes federativos trabalhar coordenadamente de modo a responder adequadamente às demandas farmacológicas. Porque é direito dos cidadãos a integralidade do atendimento em saúde, segundo Aures et al. (2011, p. 9), indiferentemente de sua condição econômica, o que no estudo é perceptível pela diferença socioeconômica entre RGS e SCS.

Tomando-se como base os conceitos delineados no parágrafo anterior, os aspectos específicos da AF foram analisados as notas médias tanto em RGS quanto em SCS dadas ao serviço público de saúde municipal, que consta na Tabela 31, indicando-se que as médias atribuídas, em escala de 0 a 10, onde 0 é a plena insatisfação e 10 completa satisfação com o serviço público municipal em saúde. Não obstante, a média atribuída pelos usuários aos serviços de RGS e SCS aponta no sentido de descontentamento, com nota média em torno 7,0 em RGS e de 7,4 para SCS, destacando-se que a rede municipal de saúde de SCS ainda possui maior capilaridade e complexidade de serviços oferecidos.

Quando o recorte da amostra é sobre os entrevistados, a situação é tanto quanto pior, destacando-se que a média das notas da qualidade do serviço público de saúde de RGS é de 6,5, ou seja, a percepção para este grupo de pessoas é de que o serviço é ruim.

Avaliando-se a qualidade de parte do serviço de AF oferecido UBS de RGS e SCS, por meio de atribuição de notas. O resultado apurado é de que parte da Tabela 31, e verificou-se que todas as classes analisadas, entrevistados e usuários de RGS e SCS, quanto ao CV tinham índice superior a 33,0%, significando que há alta dispersão das notas atribuídas por entrevistados e usuários em RGS e SCS. Considerando-se a nota média a única que destoa é a do grupo de entrevistados de RGS com 6,5, as demais, ou seja, a nota média de usuários de RGS e SCS, assim

como a nota média dos entrevistados de RGS ficaram em torno de 7,0, situação está constatável na Tabela 31.

Tabela 31 - Nota dada ao serviço público de saúde municipal

	Rio Grande da Serra		São Caetano do Sul	
	Usuário	Entrevistado	Usuário	Entrevistado
Coeficiente de variação	42,3%	46,2%	33,8%	35,2%
Desvio padrão	3,0	3,0	2,5	2,5
Média	7,1	6,5	7,4	7,1
Mediana	8,0	7,0	8,0	8,0

Fonte: elaborado pelo autor.

Assim, seguindo o entendimento de Rua (2012) sobre *output* ou produto final, o resultado objetivamente constatável do programa é o fornecimento de bens tangíveis ou serviços. O estudo até aqui verifica que há uma dissonância entre os serviços fornecidos pelos municípios no que se refere ao atendimento da equipe que fornece os medicamentos e a disponibilização dos medicamentos nas UBS.

O panorama composto verificável na Tabela 32, onde para mais de 84% dos usuários de RGS e SCS as notas *top box*, ou seja, foram iguais ou maiores do que 8 indicando satisfação de maneira geral, alta pelos usuários ao atendimento da equipe que fornece os medicamentos nas UBS em RGS e SCS. Por seu turno, as menores notas da escala, entre 0 e 2, ou seja, as *floor box*, que constam na Tabela 32, comportaram-se diferentemente em RGS e SCS. No primeiro caso, o percentual foi de 3,7% e para o segundo município, ainda mais baixo de 1,8%.

E o CV associado à variável nota de atendimento mostrou-se abaixo de 22,0% tanto em RGS (22,5%) quanto em SCS (19,1%) implicando em baixa variação nas amostras colhidas. O teste estatístico não paramétrico para a comparação de variáveis não probabilísticas em amostras com tamanhos distintos Mann-Whitney foi aplicado nesta pesquisa para comparar notas atribuídas pelos usuários em RGS e SCS a diversos aspectos. Daí considera-se que a hipótese nula, H_0 , é a igualdade da distribuição das notas em torno das amostras e H_1 é a consideração de que o comportamento das amostras é distinto, assim como o nível de significância estipulado para o teste é 5%.

Para a variável nota atribuída pelos usuários ao atendimento da equipe que fornece os medicamentos nas UBS, consideram-se as amostras formadas pelas notas de usuários de RGS e SCS. O teste Mann-Whitney para estas amostras

resultou no valor de 0,7, implicando na conclusão de que H0 deveria ser refutado e aceitar-se H1, ou seja, aceitar-se que o comportamento das amostras é distinto.

Tabela 32 – Estatísticas das notas dadas pelos usuários ao atendimento da equipe que fornece os medicamentos nas UBS

	Rio Grande da Serra	São Caetano do Sul	Total
Coeficiente de variação	22,5%	19,1%	21,3%
Desvio padrão	2,0	1,7	1,9
Mediana	10,0	10,0	10,0
Média	8,9	8,9	8,9
% <i>floor box</i> (notas entre 0 e 2)	3,7%	1,8%	2,7%
% <i>top box</i> (nota entre 8 e 10)	85,2%	84,3%	84,8%
Significância do teste não paramétrico de Mann-Whitney(1)	p>0,05 (não rejeição da hipótese nula)		
Conclusão sobre do teste	Não há diferença entre as distribuições de notas dos dois municípios		

Fonte: elaborado pelo autor.

H0: as distribuições das notas entre os grupos são iguais.

H1: as distribuições das notas entre os grupos são diferentes.

Um importante aspecto a ser considerado na AF é como as informações e esclarecimentos dados aos usuários sobre o uso da medicação. Assim, optou-se neste estudo em avaliar tal aspecto com a aplicação do questionamento por escala, onde 0 indica insatisfação completa e 10 plena satisfação com a disponibilização das informações para a ingestão, horários e cuidados no uso dos medicamentos.

Dentre as notas *top box* da Tabela 33, os índices computados mostraram-se altos, com 77,3% em RGS e de 76,4% em SCS. O panorama composto é que para mais de 76% dos usuários de RGS e SCS as notas foram iguais ou superiores a 8 indicando satisfação, de maneira geral, alta. Contudo, o coeficiente de variação associado a esta variável mostrou-se alto, aqui considerado acima de 30,0%, tanto em RGS com 32,5% e de 35,0% em SCS.

Por seu turno, as notas *floor box* da variável notas atribuídas pelos usuários quanto as informações e esclarecimentos do pessoal das UBS quanto à posologia e cuidados na ingestão dos medicamentos foram de 5,5% em RGS e de 8,1% em SCS e que fazem para de Tabela 33. Uma estatística que ajuda para avaliar a variação das notas é o CV que se mostrou alto em tanto em RGS e quanto SCS, com 32,5% e 35,0% respectivamente.

Já o teste estatístico Mann-Whitney para o estudo do comportamento das notas atribuídas pelos usuários no que se refere às informações e esclarecimentos

dos funcionários das UBS quanto à posologia e cuidados na ingestão dos medicamentos de RGS e SCS, considerando que a H0 é a da igualdade da distribuição das notas em torno das medianas das amostras considerando o nível de significância de 5%. Para este aspecto, com 1,162, H0 foi rejeitada, ou seja, as amostras com relação à mediana foram diferentes evidenciando, portanto, H1 que as distribuições das notas entre os grupos são diferentes.

Tabela 33 – Estatísticas das notas atribuídas pelos usuários quanto às informações e esclarecimentos do pessoal das UBS quanto à posologia e cuidados na ingestão dos medicamentos

	Rio Grande da Serra	São Caetano do Sul	Total
Coeficiente de variação	32,5%	35,0%	32,9%
Desvio padrão	2,7	2,8	2,7
Mediana	10,0	9,0	9,5
Média	8,3	8,0	8,2
% <i>floor box</i> (notas entre 0 e 2)	5,5%	8,1%	6,8%
% <i>top box</i> (nota entre 8 e 10)	77,3%	76,4%	76,8%
Significância do teste não paramétrico de Mann-Whitney(1)	p>0,05 (não rejeição da hipótese nula)		
Conclusão sobre do teste	Há diferença entre as distribuições de notas dos dois municípios		

Fonte: elaborado pelo autor.

H0: as distribuições das notas entre os grupos são iguais.

H1: as distribuições das notas entre os grupos são diferentes.

A Tabela 34, por sua vez, possui dados referentes à prescrição por médicos do SUS, sendo que, em RGS, majoritariamente, 94,5% dos entrevistados sugerem que os profissionais do SUS são os prescritores dos medicamentos. E, em SCS o percentual é de 80,2% indica que sempre são os profissionais do SUS os prescritores dos medicamentos. Dentre as respostas obtidas dos usuários de SCS 5,8% responderam na maioria das vezes, 6,3% responderam boa parte das vezes e, 7,7% nunca um médico do SUS prescrevera a medicação a ser utilizada.

Com os resultados expostos acima, as UBS colocam-se mais uma vez como parte relevante do SUS para a saúde dos municípios estudados, não apenas pela compra, armazenamento, dispensação e distribuição dos medicamentos, mas também porque o profissional dispensador é parte do grupo de atendimento, assim como o farmacêutico que coordena todo o ciclo farmacêutico.

Tabela 34 – Prescrição de medicamentos por médicos do SUS ao usuário

	Rio Grande da Serra	São Caetano do Sul	Total
Sim, sempre	94,5%	80,2%	87,2%
Sim, na maioria das vezes	1,0%	5,8%	3,4%
Sim, boa parte das vezes	0,5%	6,3%	3,4%
Nunca	3,0%	7,7%	5,4%
Não respondeu	1,0%	0,0%	0,5%

Fonte: elaborado pelo autor.

Aprofundando-se o estudo da AF, na Tabela 35 observa-se que mais de 40% dos usuários nunca necessitam de acompanhante para buscar medicamentos, sendo que em RGS esta taxa é de 42,7% e em SCS em 51,1%, lembrando que boa parte dos entrevistados são pessoas com idade superior a 60 anos. E, quando precisam de apoio é “de vez em quando”, com 21,6% em RGS e de 13,5% em SCS, denotando certa independência dos usuários para buscarem medicamentos ainda que necessitem retornar diversas vezes as UBS.

Tabela 35 – Necessidade por parte do usuário para que parente ou amigo busque o medicamento

	Rio Grande da Serra	São Caetano do Sul
Sim, sempre	7,5%	4,3%
Sim, na maioria das vezes	6,5%	2,4%
Sim, boa parte das vezes	3,0%	4,8%
Sim, de vez em quando	21,6%	13,5%
Nunca	42,7%	55,1%
Outros	18,6%	19,8%
Total	100,0%	100,0%

Fonte: elaborado pelo autor.

Tendo em vista a tendência de independência dos usuários na busca por medicamento perceptível na Tabela 35, a Tabela 36 vem a contribuir para o esmiuçamento desta situação. Assim, quando se verifica que 70,6% dos usuários de RGS e 78,8% dos usuários de SCS, escolheram a alternativa de que irem sozinhos pegar os medicamentos nos equipamentos públicos de saúde, observa-se certo alinhamento das respostas majoritárias da Tabela 33 de que os usuários nunca sentiram a necessidade de pedir ajuda, ainda que para familiares.

Atendo-se à Tabela 36, há um detalhe que se destaca: a proximidade de pessoas aos usuários é um importante aspecto para que estes sujeitos peçam ou consigam ajuda para buscarem seus medicamentos. Haja vista que os filhos em

19,0% em RGS e 13,9% em SCS são as pessoas que primeiro são acionadas e um segundo grupo são os netos, com 2,5% em RGS e apenas 0,6% em SCS. Assim, constata-se que os usuários detêm independência mesmo quando considerado a relação familiar, não esquecendo que boa parte destes evita o transporte público e prefere voltar na mesma semana ao mesmo local para obter a medicação.

Tabela 36 – Perfil dos acompanhantes de usuários para pegar os medicamentos

	Rio Grande da Serra	São Caetano do Sul	Total
Sim, com meu filho(a)	19,0%	13,9%	16,5%
Sim, com meu neto(a)	2,5%	0,6%	1,5%
Sim, com meu vizinho	1,2%	0,6%	0,9%
Não respondeu	4,3%	0,6%	2,4%
Venho sozinho(a)	70,6%	78,8%	74,7%
Sim, com outro parente	2,5%	5,5%	4,0%

Fonte: elaborado pelo autor.

5.6 Programa Dose Certa

O Programa Dose Certa, de acordo com Brasil (2016b), é um programa de AF do governo estadual paulista, cuja finalidade é melhorar o acesso de medicamentos voltados à AB para a população de municípios que apresentem dificuldades na aquisição de medicamentos. No caso deste estudo, o recorte espacial recai sobre dois municípios da região do ABC paulista, RGS e SCS, da mesma forma que o recorte etário escolhido foi sobre usuários idosos portadores de HAS e AR.

Tendo em vista a finitude dos recursos públicos e a necessidade crescente por avaliações de programas públicos, seguiu-se o entendimento de Ramos e Schabbach (2012, p. 1278), para quem o caráter analítico da avaliação em políticas públicas deve voltar-se à solução de problemas sociais de ordem prática como no caso a avaliação de Programa Dose Certa definido nesta pesquisa.

Um dos pilares para a pesquisa é que o entendimento de Rubia *et al.* (2013, p. 108) e de Rua (2012, p. 113) quanto à avaliação somativa é pertinente aos objetivos da pesquisa. Neste caso, a identificação da relação entre os objetivos determinados pelo governo e a transformação desses objetivos em resultados concretos ou *outputs*, ou seja, a disponibilização de medicamentos nas UBS de RGS e SCS com o apoio do Programa Dose Certa.

Para tanto, a avaliação é *ex-post* como descrito por Trevisan e Van Bellen (2008, p. 537) e Ramos e Schabbach (2012, p. 1275), o que possibilitaria aos gestores nos níveis estadual e municipal ajustarem o Programa Dose Certa quanto à eficácia na visão de Cohen e Franco (1993, p. 102), o que em parte já foi descrito nas partes anteriores do tópico análise, especialmente as Tabela 37 e Tabela 38.

Prosseguindo a análise dos dados e que fazem parte da Tabela 37, percebe-se que há baixo conhecimento tanto dos entrevistados quanto dos usuários sobre o Programa Dose Certa. A situação é assim percebida, pois mais de 50% entre entrevistados e usuários de SCS afirmaram desconhecer completamente o programa de AF, da mesma forma que mais de 70% de entrevistados e usuários de SCS apontaram a mesma resposta.

Quando analisada a alternativa “conhece completamente o Programa Dose Certa”, verificou-se que nenhum dos entrevistados de SCS e RGS, assim como usuários de RGS detêm informações aprofundadas sobre o programa e apenas 1,8% dos usuários de SCS responderam possuir conhecimento pleno a respeito do programa de AF do governo estadual paulista. Constata-se, desta maneira, que o desconhecimento do funcionamento é um fato comum entre usuários e entrevistados de RGS e SCS sobre objetivos, metas, funcionamento e medicamentos disponíveis por meio deste programa público de AF.

Tabela 37 – Conhecimentos dos usuários e entrevistados sobre o Programa Dose Certa

	Rio Grande da Serra		São Caetano do Sul	
	Entrevistado	Usuário	Entrevistado	Usuário
Não conhece nada sobre o Dose Certa	58,3%	71,2%	73,2%	81,9%
Tem poucas informações sobre o Dose Certa	33,3%	23,9%	24,4%	15,1%
Conhece até que bem o Programa Dose Certa	8,3%	4,9%	2,4%	1,2%
Conhece completamente o Programa Dose Certa	0,0%	0,0%	0,0%	1,8%

Fonte: elaborado pelo autor.

Depreende-se dos dados que constituem a Tabela 37 que os usuários desconhecem o Programa Dose Certa, ainda que sejam usuários do programa. Outro detalhe que reforça esta percepção é de estes sujeitos limitam-se a pegar o medicamento indiferentemente da instituição, ente federado ou programa público a

este vinculado, sugerindo que a análise sob a ótica do usuário é do sistema municipal de saúde.

Para que se tivesse um meio de avaliar a satisfação dos usuários quanto aos *outputs* seguindo o entendimento de Rua (2012), ou seja, o resultado objetivamente constatável do Programa Dose Certa no fornecimento de medicamentos, o estudo até aqui identificou uma dissonância entre os serviços fornecidos pelos municípios, como na Tabela 32, e a disponibilização dos medicamentos nas UBS, pois o senso comum entre entrevistados e usuários sobre a qualidade dos serviços de AF são consideradas boas quando perguntados sobre o atendimento das equipes fornecedoras do medicamento lotadas na UBS.

Quando se a nota atribuída pelos usuários sobre a satisfação sobre o Programa Dose Certa nas UBS de RGS e SCS perguntou-se aos entrevistados qual nota este atribuiriam a este aspecto, numa escala da 0 a 10, onde 0 indica insatisfação completa e 10 plena satisfação, a nota média da amostra de RGS foi de 7,6 e de SCS de 7,3 denotando um baixo nível de satisfação do serviço público de AF.

Destrinchando-se a Tabela 38, verifica-se que o percentual de notas mais altas ou *top box* entre usuários de RGS quanto SCS ficaram muito próximos em torno de 62%. Por sua vez os *floor box*, neste estudo formado por notas entre 0 e 2 da escala atribuídas por usuários de RGS e SCS diferiram-se. Enquanto, o *floor box* de RGS foi de 9,1% o de SCS foi de 6,3%, indicando uma maior insatisfação por parte dos usuários do primeiro município.

Outro aspecto relevante da análise estatística das amostras de usuários de RGS e SCS constantes na Tabela 38 é o coeficiente de variação associado a notas de satisfação dos usuários frente ao Programa Dose Certa. Ambos os CV calculados sobre a amostras dos municípios indicaram índices superiores a 37%, denotando que há alta dispersão das notas atribuídas, da mesma maneira que no total repetiu-se o comportamento de alta dispersão com 37,3%.

Igualmente ao entendimento entre usuários e entrevistados da Tabela 38, os índices de usuários que apontaram “não sabem, não conhece ou nunca ouviu falar” foram elevados, destacando-se o caso de SCS com 80,7% seguido pelo de RGS com 39,3%. O panorama de descontentamento por parte dos usuários quanto ao programa Dose Certa é também identificável sob a ótica da média, onde são de

7,6 em RGS e de 7,3 em SCS da Tabela 38, notas médias estas relativamente baixas dentro da escala estipulada.

Tabela 38 – Nota atribuída pelos usuários sobre a satisfação sobre o Programa Dose Certa

	Rio Grande da Serra	São Caetano do Sul	Total
Coefficiente de variação	38,2%	37,0%	37,3%
Desvio padrão	2,9	2,7	2,8
Mediana	8,0	8,0	8,0
Média	7,6	7,3	7,5
% <i>floor box</i> (notas entre 0 e 2)	9,1%	6,3%	8,4%
% <i>top box</i> (nota entre 8 e 10)	62,7%	62,6%	62,6%
Não sabe/ não conhece/ Nunca ouviu falar	39,3%	80,7%	60,2%
Significância do teste não paramétrico de Mann-Whitney(1)	p>0,05 (não rejeição da hipótese nula)		
Conclusão sobre do teste	Não há diferença entre as distribuições de notas dos dois municípios		

Fonte: elaborado pelo autor.

H0: as distribuições das notas atribuídas pelos usuários sobre a satisfação sobre o Programa Dose Certa são iguais em RGS e SCS.

H1: as distribuições das notas atribuídas pelos usuários sobre a satisfação sobre o Programa Dose Certa são diferentes em RGS e SCS.

Já o teste estatístico Mann-Whitney para o estudo do comportamento das notas atribuídas pelos usuários sobre a satisfação sobre o Programa Dose Certa em RGS e SCS, considerando que H0 é a igualdade da distribuição das notas em torno das medianas das amostras considerando o nível de significância de 5%, foi aceita, assim, pois o teste gerou o resultado de 0,191. Então, a distribuição de notas atribuídas pelos usuários de RGS e SCS são iguais, demonstrando de maneira geral insatisfação tendo em vista os percentuais de *top box* da Tabela 38.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A população idosa é, ao contrário do senso comum, heterogênea em condições sociais e epidemiológicas, o que explica em parte as diferentes condições de saúde. Tal heterogeneidade reflete-se também na feminização do envelhecimento, da mesma maneira que está tende a crescer, assim potencializando a transição demográfica e aumento da demanda por serviços de saúde públicos e privados.

Tendo em vista o envelhecimento nacional e suas decorrências, ampliou-se a importância de ações, programas e políticas públicas em saúde como os voltados à assistência farmacêutica para se garantir o acesso contínuo, gratuito e oportuno de medicamentos pelos SUS. Contudo, o financiamento da AB recai em grande parte sobre os municípios, justamente o ente com menor capacidade financeira e que ainda é incumbido de estruturar a ação primária ainda que a saúde segundo os preceitos do SUS deve ser transversal e estruturada com o apoio dos outros entes federativos.

Mas, para que molde ou ajuste as políticas públicas em saúde, há que aplicar a avaliação, para que se obtenha resultados tangíveis, pois é intrínseco o caráter analítico, a solução de problemas sociais de ordem prática e o asseguramento à sociedade civil de transparência das ações do Estado. Tendo em vista este pleito pelos resultados do Programa Dose Certa na disponibilização de medicamentos, a população do Grande ABC Paulista analisou-se e avaliou somativamente o programa supracitado.

O problema de pesquisa e a problematização deste decorrente, ou seja, em que medida o Programa Dose Certa atenderia às necessidades de medicamentos para o tratamento da população idosa portadora de doenças crônicas não transmissíveis na região do Grande ABC Paulista, são o cerne deste estudo e que foram supridas pelo tratamento e abordagem desta pesquisa.

O resultado da análise do Programa Dose Certa identificou dois aspectos importantes. O primeiro é que os usuários em grande medida não são atendidos adequadamente no aspecto de disponibilização do medicamento, o que afeta sobremaneira a qualidade de vida, posto que as patologias escolhidas carecem de farmacoterapia de longo prazo. O segundo é que os usuários compreendem que o

serviço de AF, ou seja, o pessoal do serviço municipal que disponibiliza o medicamento, oferece um bom atendimento.

O segundo ponto a que se propôs o estudo foi avaliação do Programa Dose Certa na disponibilização dos medicamentos para HAS e AR. O resultado obtido mostrou-se proveitoso e reforçou o entendimento de que políticas públicas em saúde são relevantes para populações de menor poder aquisitivo, pois a falta de medicação nas UBS aumenta o risco de o usuário não aderir ao tratamento adequadamente, posto que muitos dos entrevistados alegaram impossibilidade de aquisição do medicamento.

Ainda que não elencadas no objetivo inicial a diabetes e a gastrite, mostraram altas prevalências na pesquisa e demandam atenção especial por parte do Poder Público, tendo em vista que os agravos destas podem vir a gerar gastos indiretos com medicamentos, tratamentos clínicos e de alta complexidade.

Do ponto de vista administrativo, a descentralização do SUS somada à descontração territorial para a disponibilização de medicamentos é indicador de bom planejamento. Assim, a disposição das UBS mostrou-se como elemento estratégico na AF, pois tanto em SCS quanto RGS a disponibilização de medicamentos da AB foi executada nestes equipamentos de saúde. Entretanto, identificou-se a sobreposição de programas de AF como no caso do Programa Farmácia Popular, gerenciado pelo Governo Federal, e o Programa Dose Certa, do governo paulista.

Sendo o município o ente federado responsável pela gestão da AF da AB, é premente que se este articule ações com o Estado e a União, para que se possa ganhar eficiência no gasto público e eficácia da AF. Portanto, a articulação dos equipamentos de saúde de forma indiferentemente de sua esfera administrativa deve contribuir para a formação de uma rede de dispensação de medicamentos para garantir a consecução dos objetivos do SUS como a regionalização do atendimento em saúde.

Não obstante, todo o material governamental disponível e literatura indicam haver carência de estudos de avaliação da eficácia, de eficiência ou mesmo da efetividade de ações, de programas ou de políticas públicas em AF fato que este estudo ajuda a minimizar. Nesse sentido, a Dissertação atinge o objetivo de contribuir para academia, governo e sociedade na compreensão da importância de avaliações de AF como serviço público, no caso o Programa Dose Certa nos municípios de RGS e SCS.

Todavia, as limitações do estudo mostraram-se evidentes principalmente quanto à forma de avaliação dos serviços públicos, haja vista que o território de RGS e SCS é diminuto frente à área do ABC Paulista, assim como as amostras obtidas são não probabilísticas, o que impossibilita a generalização dos resultados para a região como um todo. Além disso, considerou-se a avaliação de alguns usuários e a respectiva percepção do mesmo, o que não garante a generalização, ainda que todo o ferramental estatístico colabore para o entendimento da situação posta pelas amostras.

Sugere-se com o intuito de tratar as limitações deste estudo, bem como ampliar seu escopo, pesquisas futuras que aprofundem a avaliação de programas públicos de AF a partir de variáveis presentes nos bancos de dados formais governamentais, como o DataSUS. Além disso, sugere-se a avaliação de programas públicos de assistência farmacêutica de esferas públicas distintas de maneira integrada e associá-las ao perfil de patologias com maior incidência e prevalência em dado território, para que se evite a sobreposição de programas e diminuição da eficiência do uso do dinheiro público.

Contudo, sugerem-se novas investigações que corroborem para a formatação de processos avaliativos em programas públicos, especialmente os que atinjam populações de pessoas com maior vulnerabilidade social e portadoras de patologias de tratamento de longo prazo. Para que o objetivo acadêmico de ampliação do conhecimento seja alcançado tomando-se como base este estudo, indica-se diversificar as regiões dos estudos e, assim, poder extrapolar as informações processadas de tal forma que se indiquem os pontos a se aperfeiçoar no desenho do programa público.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, A. V.; MAFRA, S. C. T.; SILVA, E. P.; KANSO, S. Feminização da Velhice: em foco as características socioeconômicas, pessoais e familiares das idosas e o risco social. **Textos & Contextos**, Porto Alegre, v. 14, n. 1, p. 115-131, jan./jun. 2015.

AMABILE, A. E. N. Políticas Públicas. In: CASTRO, Carmem Lúcia Freitas de; GONTIJO, Cynthia Rúbia Braga; AMABILE, Antônio Eduardo de Noronha (Orgs.). **Dicionário de Políticas Públicas Barbacena**: EdUEMG, 2012, p. 390-391.

ARRETCHE, M. Dossiê agenda de pesquisa em políticas públicas. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, São Paulo, v. 18, n. 51, p. 7-9, fev. 2003.

ATLAS do Desenvolvimento Humano no Brasil: Rio Grande da Serra. Disponível em: <http://www.atlasbrasil.org.br/2013/pt/perfil_m/2465>. Acesso em: 11 nov. 2016a.

ATLAS do Desenvolvimento Humano no Brasil: São Caetano do Sul. Disponível em: <http://www.atlasbrasil.org.br/2013/pt/perfil_m/sao-caetano-do-sul_sp>. Acesso em: 11 nov. 2016b.

AUREA, A. P.; MAGALHÃES, L. C. G.; GARCIA, L. P.; SANTOS, C. F.; ALMEIDA, R. F. **Programas de Assistência Farmacêutica do Governo Federal**: estrutura atual, evolução dos gastos com medicamentos e primeiras evidências de sua eficiência, 2005-2008. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), Brasília, agosto de 2011.

BAPTISTA, G. C. Análise de Políticas Públicas, Subjetividade e Poder: matrizes e intersecções teóricas. **Psicologia USP**, São Paulo, v. 23, n.1, p. 45-67, 2012.

BAPTISTA, T. W. F.; REZENDE, M. A ideia de ciclo na análise de políticas públicas. In: MATTOS, R. A.; BAPTISTA, T. W. F. (Orgs.). **Caminhos para análise das políticas de saúde**. Rio de Janeiro: CCAPS, 2011, p. 138-172. Disponível em: <<http://www.ims.uerj.br>>. Acesso em: 22 ago. 2016.

BARATA, L. R. B.; MENDES, J. D. V. Medicamentos no Brasil: impasses e perspectivas. In: AMORIM, Maria Cristina Sanches; PERILLO, Eduardo Bueno da Fonseca (Orgs.). **Para entender a saúde no Brasil 2**. São Paulo: LCTE Editora, 2008.

BARROS, G. N. **O dever do Estado no fornecimento de medicamentos**. 2006. 219f. Dissertação (Mestrado em Direito) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. São Paulo, 2006.

BARROS, M. B. A. FRANCISCO, P. M. S. B. ZANCHETTA, L. M. CÉSAR, C. L. G. Trends in social and Demographic Inequalities in the Prevalence of Chronic Diseases in Brazil. PNAD: 2003-2008. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 9, p. 3755-3768, 2011.

BECHELAINÉ, C. H.; CKAGNAZAROFF, I. B. Por que as avaliações vão para a gaveta? Uma revisão teórica dos fatores relacionados ao uso dos resultados das avaliações de políticas públicas. In: ENANPAD, 36, 2012, Rio de Janeiro. **Anais...** Rio de Janeiro: ANPAD, 2012.

BECKER, L. T. N. **Idosos hipertensos e diabéticos**: aspectos que interferem na adesão ao tratamento. Especialização (Gestão da Atenção à Saúde do Idoso). Ministério da Saúde, Grupo Hospitalar Conceição. Centro de Educação Tecnológica e Pesquisa em Saúde – Escola GHC. Instituto Federal De Educação, Ciência e Tecnologia do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2013.

BELLO, C. B. **Acesso a medicamentos**: experiência da população de baixa renda na Região do Butantã, São Paulo. 2009. 130 f - Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2009.

BOING, A. F.; BLATT, C. R.; CAMPOS, C. M. T.; SOUSA, I. F.; BECKER, I. R. T.; OLIVEIRA, J. C. **Serviços farmacêuticos**. Universidade Federal de Santa Catarina, Universidade Aberta do SUS. Florianópolis, 2011.

BRAGA, M. H. **A assistência farmacêutica no Brasil contemporâneo**: a produção pública de medicamento permite ampliar o acesso da população ao uso racional de medicamentos? 2011. 206f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Instituto de Medicina Social, Universidade Estadual do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 2011.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília: DF, Senado, 1988.

_____. Presidência da República do Brasil. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Lei nº 8.080, de 19 de set. de 1990**. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8080.htm >. Acesso em: 15 nov. 2015.

_____. **Lei n. 8842/1994. Política nacional do idoso**. Brasília: DF, 4 jan. 1994.

_____. **Lei n. 1074/2003. Estatuto do Idoso**. Brasília: DF, 10 out. 2003.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 338**, de 06 de maio de 2004.

_____. Ministério da Saúde. Organização Pan-Americana da Saúde, Organização Mundial da Saúde. **Avaliação da Assistência Farmacêutica no Brasil**. Brasília, 2005.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. **Assistência Farmacêutica na Atenção Básica**: instruções técnicas para sua organização. 2. ed. Brasília, 2006a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Hipertensão Arterial Sistêmica. **Cadernos de Atenção Básica nº 15**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006b.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 204**, de 29 de janeiro de 2007.

_____. Ministério da Saúde. **O SUS de A a Z**: garantindo saúde nos municípios. Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde – Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

_____. Conselho Federal de Farmácia. Conselho Regional de Farmácia do Paraná (Org). **A assistência farmacêutica no SUS**. Comissão de Saúde Pública do Conselho Federal de Farmácia - Comissão de Assistência Farmacêutica do Serviço Público do CRF-PR. – Brasília: Conselho Federal de Farmácia, 2010a.

_____. Sociedade Brasileira de Cardiologia. Departamento de Hipertensão Arterial. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. **Revista Brasileira de Hipertensão**. v. 17, n.1, p. 4-64, jan./mar. 2010b.

_____. Universidade Federal de Santa Catarina. **Políticas de Saúde e Acesso a Medicamentos**. Universidade Federal de Santa Catarina, Universidade Aberta do SUS. – Florianópolis: UFSC, 2011a.

_____. Universidade Federal de Santa Catarina. **Medicamento como Insumo para Saúde**. Universidade Aberta do SUS. Florianópolis: UFSC, 2011b.

_____. **Portaria 1.554, de 30 de julho de 2013**. Dispõe sobre as regras de financiamento e execução do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), 2013a.

_____. **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), 2013b.

_____. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **Avaliação de Políticas Públicas**: reflexões acadêmicas sobre o desenvolvimento social e o combate à fome, v.1: introdução e temas transversais - Brasília, DF: MDS; Secretaria de Avaliação e Gestão da Informação, 2014a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o Cuidado da Pessoa com Doença Crônica. **Cadernos de Atenção Básica, nº 35**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014b.

_____. Coordenadoria de Planejamento de Saúde. **Deliberação CIB-21**, de 27 maio de 2015a.

_____. Coordenadoria de Planejamento de Saúde. **Deliberação CIB-27**, de 6 de julho d, 2015b.

_____. Controladoria-Geral da União. Secretaria Federal de Controle Interno. **Manual da Metodologia para Avaliação da Execução de Programas de Governo**. 2015c.

_____. Coordenadoria de Planejamento de Saúde. **Deliberação CIB-22**, de 4 maio de 2016a.

_____. Gabinete do Secretário. **Resolução SS-62**, de 15 de julho de 2016b.

BUCCI, M. P. D. **Direito Administrativo e Políticas Públicas**. São Paulo: Saraiva, 2002.

BUCCI, M. P. D. O Conceito de Política Pública em Direito. In: BUCCI, M. P. D. (Orgs.). **Políticas Públicas, Reflexões sobre o Conceito de Jurídico**. São Paulo: Saraiva; 2006, p. 1-49.

BUENDGENS, B. F.; BLATT, C. R.; Antônio Carlos Estima MARASCIULO, A. C. E.; LEITE, S. N.; FARIA, M. R. Estudo de custo-análise do tratamento da artrite reumatoide grave em um município do Sul do Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, sup. 29, p. s81-s91, 2013.

CAPELLA, A. C. N. Análise de Políticas Públicas: da técnica às ideias. Ideias – **Rev. Inst. Filos. Ciênc. Hum. UNICAMP**, v. 6, n. 2, p.13-34, jul./dez. 2015.

CARRARO, W. B. W. H. **Desenvolvimento Econômico do Brasil e o Programa Aqui Tem Farmácia Popular**: limitantes e potencialidades. 2013. 134f. Tese (Doutorado em Economia) – Faculdade de Ciências Econômicas, Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, 2014.

CARVALHO, S. N. Avaliação de programas sociais: balanço das experiências e contribuição para o debate. São Paulo, **São Paulo em Perspectiva**, v. 17, jul./dez. 2003.

CASTRO-SANTOS, P.; DIAZ-PENA, R. Genetics of rheumatoid arthritis: a new boost is needed in Latin American populations. **Revista Brasileira de Reumatologia**, São Paulo, v. 56, n. 2, p. 171-177, abr. 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0482-50042016000200171&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 31 dez. 2016.

CAVALCANTE, P. L. C. **Burocracia de Médio Escalão**: perfil, trajetória e atuação, 2015.

CAVALCANTE, P. L. C.; CAMÕES, M. R. S.; KNOP, M. N. H. Burocracia de Médio Escalão nos Setores Governamentais: semelhanças e diferenças. In: **Burocracia de Médio Escalão nos Setores Governamentais**: semelhanças e diferenças. Brasília: ENAP, 2015, p. 57.

CESARINO, C. B.; CIPULLO, J. P.; MARTIN, J. F. V.; GODOY, M. R. P.; CORDEIRO, J. A. Prevalência e Fatores Sociodemográficos em Hipertensos de São José do Rio Preto. **Arq Bras Cardiol.**, v. 91, n.1, p. 31-35, 2008.

CHIARI, J. **Avaliação de Políticas Públicas**. In: Dicionário de Políticas Públicas. Org. Carmem Lúcia Freitas de Castro, Cynthia Rúbia Braga Gontijo, Antônio Eduardo de Noronha Amabile. Barbacena: EdUEMG, 2012, p.42-26.

COHEN, E.; FRANCO, R. **Avaliação de Projetos Sociais**. Petrópolis, RJ: Vozes, 1993.

COSTA, F. L.; CASTANHAR, J. C. Avaliação de Programas Públicos: desafios conceituais e metodológicos. **RAP**, Rio de Janeiro, v. 37, n. 5, p. 969-992, set./out. 2003.

COSTA, J. O. **Eficácia, uso de medicamentos e gastos no tratamento da artrite reumatoide no Sistema Único de Saúde, 2003 a 2006**. 2012. 176 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2012.

COSTA, K. S. **Perfil Epidemiológico do Uso de Medicamentos em Estudo de Base Populacional em Campinas/SP**. 2010. 99f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas. Campinas, 2010.

DYE, T. R. Mapeamento dos modelos de análise de políticas públicas. In: HEIDEMANN, F. G.; SALM, J. F. (Orgs.). **Políticas públicas e desenvolvimento: bases epistemológicas e modelos de análise**. Brasília: Editora UNB, 2009, p. 99-129.

DUNCAN, B. B; CHOR, D.; AQUINO, E. M. L.; BENSENOR, I. M.; MILL, J. G.; SCHMIDT, M. I.; LOTUFO, P. A.; VIGO, A; BARRETO, S. M. Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil: prioridade para enfrentamento e investigação. **Revista Saúde Pública**, n. 46, p. 126-134, 2012.

FARIA, C. A. P. Ideias, Conhecimento e Políticas Públicas: um inventário sucinto das principais vertentes analíticas recentes. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, v. 18, n. 51, fev. 2003.

FERREIRA, M. P.; DINI, N. P.; FERREIRA, S. P. Espaços e dimensões da pobreza nos municípios do Estado de São Paulo Índice Paulista de Vulnerabilidade Social – IPVS. **São Paulo em Perspectiva**, v. 20, n. 1, p. 5-17, jan./mar. 2006.

FERREIRA, R. A. **Hipertensão Arterial Referida e Utilização de Medicamentos de Uso Contínuo**: um estudo de base populacional. 2012. 64f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2012.

FERREIRA, R. A.; BARRETO, S. M.; GIATTI. **Hipertensão Arterial Referida e Utilização de Medicamentos de Uso Contínuo**: um estudo de base populacional. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.30, n.4, p.815-826, abr. 2014.

FRANÇA, J. L.; VASCONCELLOS, A. C. **Manual para Normalização de Publicações Técnico-Científicas**. 9. ed. Belo Horizonte: Editora UFMG, 2013.

FREIRE, C. C. **Adesão e Condições de Uso de Medicamentos por Idosos**. 2009. 130 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2009.

FREITAS, M. C. **Efeito da Idade e do Gênero sobre os Afetos em Idosos: mediação da capacidade motora percebida ou da competência funcional percebida?** 2014. 64 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Escola de Ciências Sociais, Universidade de Évora, 2014.

FREITAS, P. S. **A Assistência Farmacêutica Básica do Estado de Mato Grosso: uma proposta de monitoramento e avaliação**. 2013. 156f. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde Pública) - Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2013.

FREY, K. **Políticas Públicas: um debate conceitual e reflexões referentes à prática da análise de políticas públicas no Brasil**. Planejamento e Políticas Públicas n.21, jun. 2002. Disponível em: <<http://ipea.gov.br/ppp/index.php/PPP/article/viewFile/89/158>>. Acesso em: 10 jun. 2016.

GAMBI, M. O. La Evaluación de Programas en Chile: análisis de una muestra de programas públicos evaluados. **Revista del CLAD Reforma y Democracia**, n. 54, p. 143-178, out. 2012.

GAMBI, M. O. Introducción. In: **¿Cómo se formulan las políticas públicas en Chile?** Tomo 1. La modernización de la gestión pública. Santiago: Editorial Universitaria, 2010.

GAWRYSZEWSKI, V. P.; NEUMANN, Á. I. C. P.; SESSO, R. C. C. *et. al.* Tendência e Perfil das Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Estado de São Paulo. **Bepa**, v.6, n.66, 2009, p. 4-16.

GIL, A. C. **Como Elaborar um Projeto de Pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Editora Atlas, 2007.

GIOVANNI, G. Implementação. In: **Dicionário de Políticas Públicas**. 2. ed. São Paulo: Editora da Unesp; Fundap, 2015, p. 449-450.

GOMES, R. C. Stakeholders. In: **Dicionário de Políticas Públicas**. 2. ed. São Paulo: Editora da Unesp; Fundap, 2015, p. 968.

GONÇALVES, H. T. L.; LEITE, M. T.; HILDEBRANDT, L. M.; BISOGNO, C. S.; BIASUZ, S.; FALCADE, B. L. Convívio e cuidado familiar na quarta idade: qualidade de vida de idosos e seus cuidadores. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v.16, n.2, p. 315-325, 2013.

HÉRBERT, R. A revolução do envelhecimento. **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 20, n. 12, dez. 2015.

HOWLETT, M.; RAMESH, M.; PERL, A. **Política Pública**: seus ciclos e subsistemas – uma análise de políticas públicas a partir das relações Estado e Sociedade. Rio de Janeiro: Elsevier, 2013.

IBGE. **Censo demográfico 2010**. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/default.shtm>>. Acesso em: 04 set. 2016.

IPEA. Programas de assistência farmacêutica do governo federal: evolução recente das compras diretas de medicamentos e primeiras evidências de sua eficiência, 2005 a 2008. **Comunicado do Ipea**, n. 74, Brasília, 16 de dezembro de 2010a. Disponível em: <http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/comunicado/101216_comunicadoipea74.pdf>. Acesso em: 10 nov. 2016.

JANUZZI, P. M. **Indicadores sociais no Brasil**: conceitos, fontes de dados e aplicações. Campinas: Editora Alínea, 2012.

LACERDA, R. C. F. **Análise da Organização da Assistência Farmacêutica em Municípios a Luz da Política Nacional de Medicamentos**. 2013. 106f. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde) - Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília: Brasília, 2013.

LEÓN, C. M. Evaluación de Políticas Públicas: una perspectiva desde las ciencias sociales. **Revista de Humanidades y Ciências Sociais**, El Salvador, n. 6, fev.-jun., 2014.

LESSA, R. Governabilidade. *In*: **Dicionário de Políticas Públicas**. 2. ed. São Paulo: Editora da Unesp; Fundap, 2015.

LEITE, S. N.; MANZINI, F. Estruturação da Assistência Farmacêutica. *In*: **O farmacêutico na assistência farmacêutica do SUS**: diretrizes para ação. Brasília: Conselho Federal de Farmácia, 2015.

LUCCHETTI, G.; LUCCHETTI, A. L. G.; PIRES, S. L.; GORZONI, M. L. Beers-Fick criteria and drugs available through the Farmácia Dose Certa Program. **São Paulo Med J**. v. 129, n. 1, 2011, p. 17-22.

MACEDO, A. S.; ALCÂNTARA, V. C.; ANDRADE, L. F. S.; FERREIRA, P. A. O papel dos atores na formulação e implementação de políticas públicas: dinâmicas, conflitos e interesses no Programa Mais Médicos. Rio de Janeiro, **Cad. EBAPE.BR**, v. 14, ed. especial, p. 593-618, jul. 2016.

MACHADO, S. H. S. **Política Nacional de Medicamentos**: análise dos fatores que influenciam a formulação de uma política pública de saúde. 2012. 167f. Dissertação (Mestrado em Administração) - Faculdade de Economia Administração e Contabilidade, Universidade de Brasília. Brasília, 2012.

MACHADO DOS SANTOS, S. C.; NASCIMENTO, R. C. R. M. Acesso aos Medicamentos no SUS. In: **O farmacêutico na assistência farmacêutica do SUS: diretrizes para ação**. Brasília: Conselho Federal de Farmácia, 2015 a.

MACHADO DOS SANTOS, S. C.; NASCIMENTO, R. C. R. M. Gestão da Assistência Farmacêutica no SUS: uma abordagem estratégica e orientada para resultados. In: **O farmacêutico na assistência farmacêutica do SUS: diretrizes para ação**. Brasília: Conselho Federal de Farmácia, 2015.

MACHADO DOS SANTOS, S. C.; NASCIMENTO, R. C. R. M.; BARCELOS, P. C. Planejamento Estratégico Aplicado à Assistência Farmacêutica. In: **O farmacêutico na assistência farmacêutica do SUS: diretrizes para ação**. Brasília: Conselho Federal de Farmácia, 2015.

MACÍAS, E. B. **Administración en Salud Pública: Análisis de Farmacoeconomía de la Vacuna Anti-Varicela para un niño entre 1 y 12 años en la Ciudad de Aguascalientes 2006. 2008**. Dissertação (Mestrado em Administração) Centro de Ciencias Económicas y Administrativas - Departamento de Administración Básica, - Universidad Autónoma de Aguascalientes, 2008.

MALTA, D. C.; SILVA JUNIOR, J. B. O Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil e a definição das metas globais para o enfrentamento dessas doenças até 2025: uma revisão. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 22, n. 1, p.151-164, jan.-mar., 2013.

MALTA, D. C.; MORAIS NETO, O. L.; SILVA JUNIOR, J. B. Apresentação do plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis no Brasil, 2011 a 2022. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 20, n. 4, p. 425-438, dez. 2011.

MARCONI, M. D. A.; LAKATOS, E. M. **Técnicas de pesquisa: planejamento e execução de pesquisas, amostragens e técnicas de pesquisas, elaboração, análise e interpretação de dados**. 3. ed. São Paulo: Atlas, 1996.

MARIN, N. **Assistência Farmacêutica**. In: Assistência Farmacêutica para Gerentes Municipais. Rio de Janeiro: OPAS/OMS, 2003.

MARQUES, F. G. Accountability. **Dicionário de Políticas Públicas**. São Paulo, Editora da Unesp. Fundap, 2015, p. 45.

MATTAR, F. N. **Pesquisa de marketing: edição compacta**. São Paulo: Atlas, 1996.

MENDES, G. S. C. V.; SORDI, M. R. L. Metodologia de avaliação de implementação de programas e políticas públicas. **EccoS – Revista Científica**, São Paulo, n. 30, p. 93-111, jan./abr., 2013.

MENDES G. S.; MORAES C.F.; GOMES, L. Prevalência de Hipertensão Arterial Sistêmica em Idosos no Brasil entre 2006 e 2010. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v. 9, n. 32, p. 273-278, 2014.

MENDES, S. J. **Capacidade de Gestão Municipal da Assistência Farmacêutica: avaliação no contexto catarinense.** 2013. 239f. Dissertação (Mestrado em Farmácia) – Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 2013.

MENICUCCI, T. M. G. A política de saúde no governo Lula. **Saúde e Sociedade**, v. 20, n. 2, p. 522-532, abr./jun. 2011.

MONTEIRO, T. I. M. **Caracterização da Atenção à Saúde Ofertada aos Idosos, por um Centro de Saúde na Cidade de Sorocaba.** 2007. 140f. Dissertação (Mestrado em Ciências) - Coordenadoria de Controle de Doenças da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. São Paulo, 2007.

NACHARD, P. G. **Política de Assistência Farmacêutica e Política de Medicamentos no Âmbito da Política de Saúde Pública.** 2002. 101f. Dissertação (Mestrado em Administração Pública) - Escola Brasileira de Administração Pública e de Empresa, Fundação Getúlio Vargas, Rio de Janeiro, 2002.

NICODEMO, D.; GODOI, M. P. Juventude dos anos 60-70 e envelhecimento: estudo de casos sobre feminização e direitos de mulheres idosas. **Revista Ciência em Extensão**, v. 6, n. 1, 2010.

NUNES, T. M.; MARTINS, A. M.; MANOEL, A. L. Hypertension in Elderly Individuals from a City of Santa Catarina: a population-based study. **Internacional Journal of Cardiovascular Sciences**, v.28, n.5, 2015.

OLIVEIRA, E. A. F.; *et al.* Significado dos Grupos Educativos de Hipertensão Arterial na Perspectiva do Usuário de uma Unidade de Atenção Primária à Saúde. **Rev APS**, v.14, n.3, p.319-326, jul./set., 2011.

OLIVEIRA, J. C.; LEITE, S. N. **Operacionalizando a Assistência Farmacêutica no Nível Municipal.** In: Assistência farmacêutica: gestão e prática para profissionais da saúde. OSORIO-DE-CASTRO, Claudia Garcia Serpa *et al.* (Orgs.). Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2014.

OLIVEIRA, S. L. **Tratado de metodologia científica:** projetos de pesquisas, TGI, TCC, monografias, dissertações e teses. São Paulo: Pioneira, 1997.

PAIM, J. S. **O que é o SUS.** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009.

PEREIRA, V. O. M. **Perfil de Utilização de Medicamentos por Indivíduos com Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus, em Municípios da Rede Farmácia de Minas.** 2011. 107f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2011.

PREARO, L. C. **Os Serviços Públicos e o Bem-Estar Subjetivo da População:** uma modelagem multigrupos baseada em mínimos quadrados parciais. 2013. 274f. Tese (Doutorado em Ciência) – Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2013.

PINHEIRO FILHO, F. P.; SARTI, F. M. Falhas de Mercado e Redes em Políticas Públicas: desafios e possibilidades ao Sistema Único de Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 11, nov. 2012.

PINTO, M. R. C.; MIGUEL, R. C. C.; REZENDE, G. G. Tratamento em Artrite Reumatoide. **Revista Brasileira de Reumatologia**, v. 46, n. 3, p. 219-223, 2006.

PNUD. **Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil**. Disponível em: <<http://www.atlasbrasil.org.br>>. Acesso em 19 abr. 2015.

PROGRAMA das Nações Unidas para o Desenvolvimento. **Relatório de Desenvolvimento Humano 2009**. Coimbra: Almedina, 2009.

RAMOS, M. P.; SCHABBACH, L. M. O Estado da Arte da Avaliação de Políticas Públicas: conceituação e exemplos de avaliação no Brasil. **Revista da Administração Pública**. Rio de Janeiro, v. 46, n. 5, p. 1271-1294, set./out. 2012.

RUA, M. G. **Políticas Públicas**. 2. ed. Florianópolis: Departamento de Ciências da Administração / UFSC, 2012.

RUBIA, A. G.; CREUS, M. G.; HERNÁNDEZ, J. L.; LAGO, M. M.; AGUILAR, M. P. **Análisis de Políticas Públicas**, Universitat Oberta de Catalunya, 2013.

SANTANA, F. S.; NASCIMENTO, D. C.; FREITAS, J. P. M. Assessment of functional capacity in patients with rheumatoid arthritis: implications for recommending exercise. **Revista de Reumatologia**, v. 54, n. 5, p. 378-385, 2014.

SANTOS, M. P. G. **O Estado e os Problemas Contemporâneos**. Florianópolis: Departamento de Ciências da Administração / UFSC; [Brasília] CAPES: UAB, 2009.

SANTOS, R. I.; SOARES, L. **O Acesso aos Medicamentos no Sistema Público Brasileiro e a Construção da Assistência Farmacêutica**. Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2011.

SARAVIA, E.; FERRAREZI, E. Políticas públicas. **Coletâneas**, v. 1, 2007.

SARTI, F. M.; CYRILLO, D. C. A Farmacoeconomia do Ponto de Vista do Profissional da Economia. In: **Avaliação de Tecnologias em Saúde** – evidência clínica, análise econômica e análise de decisão. Artmed, 2010.

SCHMIDT, M. I.; DUNCAN, B. B.; SILVA, G. A.; MENEZES, A. M.; BARRETO, S. M. Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil: carga e desafios atuais. **The Lancet**, n. 377, 2011.

SCHNEIDERS, R. E. **Caracterização dos Gastos do Ministério da Saúde com Medicamentos para Artrite Reumatoide, no Âmbito do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica, no Período de 2008 a 2009**. 2012. 156f. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde) - Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília. Brasília, 2012.

SEADE. Índice Paulista de Vulnerabilidade Social. **Radar Seade**, n. 6, out. 2015.

SEADE. **Índice Paulista de Vulnerabilidade Social Versão 2010**. Disponível em: <<http://indices-ilp.al.sp.gov.br/view/pdf/ipvs/metodologia.pdf>>. Acesso em: 12 dez. 2016c.

SEADE. **Retratos de São Paulo**: distribuição da população, por raça/cor em Rio Grande da Serra (2010). Disponível em: <<http://produtos.seade.gov.br/produtos/retratosdesp/view/index.php?temald=1&indld=5&loclid=3544103&busca=>>>. Acesso em: 08 dez. 2016a.

SEADE. **Retratos de São Paulo**: distribuição da população, por raça/cor em São Caetano do Sul (2010). Disponível em: <<http://produtos.seade.gov.br/produtos/retratosdesp/view/index.php?temald=1&indld=5&loclid=3548807&busca=S%E3o+caetano+do+Sul>>. Acesso em: 08 dez. 2016b.

SECCHI, L. **Políticas Públicas**: conceitos, esquemas de análise, casos práticos. 2. ed. São Paulo: Cengage Learning, 2013.

SECRETARIA de Saúde do Município de São Caetano do Sul. **Plano de Saúde Municipal 2010-2013**. Disponível em: <<http://www.saocaetanodosul.sp.gov.br/pdf/planosaude20102013.pdf>>. Acesso em: 10 nov. 2016.

SELLTIZ, C.; JAHODA, M.; DEUTSCH, M.; COOK, S. W. **Métodos de Pesquisa nas Relações Sociais**. São Paulo: E.P.U., 1974, p. 579-583.

SENNA E. R.; BARROS, A. L.; SILVA, E.O. Prevalence of rheumatic diseases in Brazil: a study using the COPCORD approach. **Journal of Rheumatol**, 2004; n. 31, p. 594-597.

SILVA, A. L. **Estudo de Utilização de Medicamentos por Idosos Brasileiros**. 2009. 109f. Dissertação (Mestrado em Ciências Farmacêuticas) – Faculdade de Farmácia, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2009.

SILVA, E. N.; SILVA, M.T.; ELIAS, F. T. S. Sistemas de Saúde e Avaliação de Tecnologias em Saúde. In: **Avaliação de Tecnologias em Saúde** – evidência clínica, análise econômica e análise de decisão. Artmed, 2010.

SILVA, C. L.; BASSI, N. S. S. Políticas Públicas e Desenvolvimento Local. In: SILVA, C, L. **Políticas Públicas**: desenvolvimento local. Petrópolis: Vozes, 2012, p. 15-38.

SILVA, P. L. B. **A Avaliação de Programas Públicos**: reflexões sobre a experiência brasileira. Brasília: Ipea, 2002.

SILVA, R. M. **Programa “Aqui tem Farmácia Popular”**: expansão entre 2006-2012 e comparação com os custos da assistência farmacêutica na Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro. 2014. 354f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 2014.

SILVA, S. P. A abordagem territorial no planejamento de políticas públicas e os desafios para uma nova relação entre estado e sociedade no Brasil. **Cadernos Gestão Pública e Cidadania**, São Paulo, v. 17, n. 60, jan./jun. 2012.

SOUZA, C. Políticas Públicas: uma revisão da literatura. **Sociologias**, Porto Alegre, ano 8, n. 16, p. 20-45, jul./dez. 2006.

SUBIRATS, J.; KNOEPFEL, P.; LARME, C. L.; VARONNE, F. **Análisis y Gestión de Políticas Públicas**. Editorial Ariel, 2010.

TORRES, T. L.; CAMARGO, B. V.; BOUSFIELD, A. B.; SILVA, A. O. Representações sociais e crenças normativas sobre envelhecimento. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, n. 12, p. 3621-3630, 2015.

TREVISAN, A. P.; BELLEN, H. M. V. Avaliação de políticas públicas: uma revisão teórica de um campo em construção. **RAP**, Rio de Janeiro, v. 42, n. 3, p. 529-550, mai./jun. 2008.

VERAS, R. P. Fórum: envelhecimento populacional e as informações de saúde do PNAD: demandas e desafios contemporâneos. Introdução. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 10, p. 2463-2466, out. 2007.

VERMELHO, L. L.; MONTEIRO, M. F. G. MEDRONHO, R. A. Transição Demográfica e Epidemiológica. In: **Epidemiologia**. São Paulo: Atheneu, 2005.

VIEIRA, F. S. Assistência Farmacêutica no Sistema Público de Saúde no Brasil. **Rev Panam Salud Publica**. v. 27, n. 2, p. 149-56, 2010.

VIANA, A. L. Abordagens Metodológicas em Políticas Públicas. **Revista de Administração Pública**, v. 30, n. 2, p. 5-43, 1996.

VIANA, K. P.; BRITO, A. S.; RODRIGUES, C. S.; LUIZ, R. R. Acesso a medicamentos de uso contínuo entre idosos, Brasil. **Revista Saúde Pública**, 2015.

WHO. **Global Status Report on Noncommunicable Diseases 2010**. Geneva: World Health Organization, 2011.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Non-communicable diseases country profile, 2011**. Disponível em: <http://www.who.int/nmh/publications/ncd_profiles2011/en/index.html>. Acesso em: 10 nov. 2016.

ANEXO – PESQUISA REFERENTE AO PROGRAMA DOSE CERTA

1

Pesquisa referente ao Programa Dose Certa

O sr(a) retirou nos últimos 2 meses remédios para pressão alta, hipertensão em UBS	1. Sim 2. Não	
O sr(a) retirou nos últimos 2 meses remédios para artrite em UBS?	1. Sim 2. Não	

**Se em caso de pelo uma resposta sim, prossiga com o questionário.
Em caso contrário agradeça ao entrevistado e termine a pesquisa.**

Data da Aplicação	/	/ 2017	Cluster	QUEST	1
Município			1. Rio Grande da Serra	2. São Caetano do Sul	2

Termo de consentimento

Essa entrevista faz parte de um estudo de mestrado da Universidade Municipal de São Caetano do Sul (USCS) que visa entender o funcionamento dos programas de distribuição de medicamentos atualmente existentes.

Sua **participação voluntária é muito importante**. Os dados serão tratados com sigilo e analisados coletivamente, garantindo a confidencialidade das informações individuais. O estudante e pesquisador Sergio Ricardo Gaspar é responsável por esta pesquisa em nível de Mestrado, sob orientação do Prof. Dr. Leandro Prearo.

- Podemos contar com a sua participação? 1. Sim 2. Não _____

Perfil do entrevistado

Nome do entrevistado _____ **Fone:-** _____

Q1. Gênero do entrevistado	1. Masculino 2. Feminino	3
Q2. Poderia informa qual a sua idade hoje ?		4
Q3. E até que série o(a) sr(a) estudou? 1. Nunca foi à escola 2. Fundamental Incompleto 3. Fundamental Completo 4. Ensino Médio Completo 5. Ensino Superior Completo		5
Q.4 Qual seu estado civil? 1. Casado(a)/União Estável 2. Solteiro(a)/Viúvo(a)/Divorciado(a)/Separado(a) 3. Não respondeu		6
Q.5 Como se autodeclara? 1. Branco(a) 2. Preto(a) 3. Amarelo(a) 4. Pardo(a) 5. Indígena 6. Não sabe 7. Recusa		7
Q.6 Em qual município o(a) sr(a) mora atualmente? 1. Santo André 2. São Bernardo do Campo 3. São Caetano do Sul 4. Diadema 5. Mauá 6. Ribeirão Pires 7. Rio Grande da Serra 8. São Paulo 9. Outro Qual ? _____		8
Q.7 Qual sua ocupação principal no momento? 1. Dona de casa 2. Aposentado(a) 3. Desempregado(a) 4. Assalariado(a) ou por conta própria 5. Empregador		9

Uso de medicamentos

Q.8 É fácil conseguir remédios gratuitos perto de sua casa? 1. Sim, sempre 2. Sim, na maioria das vezes 3. Sim, boa parte das vezes 4. Poucas vezes 5. Nunca	10
Q.9 O sr(a) poderia informar para quem retirou os remédios para pressão alta, hipertensão ou artrite nos últimos dois meses? 1. Sr(a) mesmo(a) 2. Parente 3. Amigo 4. Outro	11

[ENTREVISTADOR: CASO O USUÁRIO SEJA O PRÓPRIO ENTREVISTADO, PULE PARA A QUESTÃO 13, SENÃO APLIQUE O BLOCO DE PERFIL DO USUÁRIO]

Perfil do usuário do medicamento

Agora vamos falar um pouco sobre o perfil do usuário dos remédios para quem está pegando.

Q.10. Qual o sexo do usuário?	1. Masculino 2.Feminino	12
Q.11. Poderia informar qual a idade do usuário hoje ?		13
Q.12. E até que série o(a) ele(a) estudou?	1. Nunca foi à escola 2. Fundamental Incompleto 3. Fundamental Completo 4. Médio Completo 5. Superior Completo	14
Q.13. Qual o estado civil do usuário?	1. Casado(a) / União estável 2. Solteiro(a) / Viúvo(a) / Divorciado / Separado(a) 3. Não respondeu	15
Q.14 Como se autodeclara?	1. Branco(a) 2. Preto(a) 3. Amarelo(a) 4. Pardo(a) 5. Indígena 6. Não sabe / Não respondeu	16
Q.15 Em qual município o(a) sr(a) mora atualmente?	1. Santo André 2. São Bernardo do Campo 3.São Caetano do Sul 4. Diadema 5. Mauá 6. Ribeirão Pires 7. Rio Grande da Serra 8. São Paulo 9. Outro Qual ? _____	17
Q.16 Qual sua ocupação principal no momento?	1. Dona de casa 2. Aposentado(a) 3. Desempregado(a) 4. Assalariado(a) ou por conta própria 5. Empregador	18

PARA TODOS

Q.17 Quando o(a) sr(a) vai buscar os remédios	1. Encontra todos no mesmo lugar 2. Dois lugares diferentes 3. Três ou mais lugares? 4. Nunca encontra	19
Q.18 Em qual local o sr(a) pega mais remédios	1. UBS 2. Hospitais 3. Estações do metrô?	20
Q.19 Caso não tenha o remédio nesses lugares já citados, aí o sr(a)	1. Compra 2. Pede emprestado 3. Fica sem?	21
Q.20 O sr(a) utiliza transporte público para ir aos pontos de entrega de remédios?	1. Sim, sempre 2. Sim, na maioria das vezes 3. Sim, poucas vezes 4. Nunca	22
Q.21 Com qual frequência o sr(a) usa remédios?	1. Todos os dias 2. Uma vez por semana 3. Duas ou mais vezes por semana 4. Não uso remédio	23
Q.22 Caso não tenha o remédio, o sr(a)	1. Volta ao mesmo local em outro dia 2. Vai a outra UBS, Hospital e Dose certa 3. Desiste	24
Q.23 Tem possibilidade de ir mais de uma vez para conseguir a medicação?	1. Sim, na mesma semana 2. Sim, mas na semana seguinte 3. Sim, mas no mês seguinte 4. Não	25
Q.24 O sr(a) ou o usuário(a) toma mais de um tipo de remédio por dia?	1.Sim 2. Não	26
Q.25 Quantos remédios diferentes o(a) sr(a) ou o usuário (a) toma?	1. Um 2. Dois 3. Três 4. Quatro 5. Mais de quatro	27
Q.26 Qual dessas doenças o sr(a) ou usuário(a) têm? (atenção pesquisador, fale pausadamente)	1. Diabetes 2. Hipertensão ou pressão alta 3. Gastrite 4. Artrite 5. Nenhuma	28

DOSE CERTA

Q.27 Que nota de zero a dez o sr(a) daria ao serviço público de saúde do seu município, sendo que 0 indica totalmente insatisfeito e 10 totalmente satisfeito?	29
Q.28 Quem prescreve o remédio para o(a) sr(a) ou para o usuário(a) é um médico do SUS? 1. Sim, sempre 2. Sim, na maioria das 3. Sim, boa parte das vezes 4. Nunca	30
Q.29 Agora, vamos falar um pouco sobre o Programa Dose Certa . O(a) sr(a) diria que: 1. Não conhece nada sobre o Dose Certa 2. Tem poucas informações sobre o Dose Certa 3. Conhece até que bem o Programa Dose Certa 4. Conhece completamente o Programa Dose Certa	31
Q.30 Descreva-me, por gentileza, o que conhece sobre o Programa Dose Certa : (Explorar bem) _____	32
Pensando nos remédios fornecidos para hipertensão e artrite	
Q.31 Que nota de 0 a 10 o(a) sr(a) daria ao atendimento da equipe que fornece o remédio, sendo que 0 indica totalmente insatisfeito e 10 totalmente satisfeito.	33
Q.32 O(a) sr(a) recomendaria aos parentes ou amigos buscarem remédio nas UBS? 1. Sim, sempre 2. Sim, na maioria das vezes 3. Sim, boa parte das vezes 4. Nunca	34
Q.33 Que nota de 0 a 10 o(a) sr(a) daria para as informações e esclarecimentos pelo pessoal da UBS de como tomar a medicação, sendo que 0 indica totalmente insatisfeito e 10 totalmente satisfeito.	35
Q.34 Que nota de 0 a 10 o(a) sr(a) daria, de uma maneira geral, da facilidade em achar remédios gratuitos nas UBS do seu município, sendo que 0 indica totalmente insatisfeito e 10 totalmente satisfeito.	36
Q.35 O(a) sr(a) sabe onde ou para quem reclamar quando não consegue o remédio? 1. Sim 2. Não 3. Não sabe / Não respondeu	37
Q.36 (Só aplique se for o próprio usuário) O(a) sr(a) costuma vir ou ir acompanhado pegar os remédios? 1. Sim, com meu filho(a) 2. Sim, com meu neto(a) 3. Sim, com meu vizinho 4. Não sabe/Não respondeu	38
Q.37 (Só aplique se for o próprio usuário) Quando necessário algum parente ou amigo do sr(a) vem ou vai buscar o remédio do Programa Dose Certa ? 1. Sim, sempre 2. Sim, na maioria das vezes 3. Sim, boa parte das vezes 4. Sim, de vez em quando 5. Nunca	39
Q.38 De acordo com sua opinião, ainda que seja só de ouvir falar, que nota de "0" a "10" o(a) sr(a) atribui para avaliar o Programa Dose Certa , sendo que 0 indica totalmente insatisfeito e 10 totalmente satisfeito. 99 – Não sabe avaliar	40
Q.39 Que nota de 0 a 10 o sr(a) falaria para parentes e amigos sobre o Programa Dose Certa , sendo que 0 indica totalmente insatisfeito e 10 totalmente satisfeito. 99 – Não sabe avaliar	41
Q.40 Qual foi a faixa do rendimento familiar em sua casa no último mês de dezembro (por favor, some os rendimentos de todos os elementos da família que moram na sua residência) Conforme cartão 1 – Até \$ 880,00 6 - -> \$ 4.400,00 até \$ 8.800,00 2 - -> \$ 880,00 até \$ 1.760,00 7 - -> \$ 8.800,00 até \$ 17.600,00 3 - -> \$ 1.760,00 até \$ 2.640,00 8 – Não tem renda 4 - -> \$ 2.640,00 até \$ 3.520,00 9 – Não sabe 5 - -> \$ 3.520,00 até \$ 4.400,00 10 - Recusa	42

Nome: _____

Endereço: _____ nº _____

Complemento: _____ Bairro _____

Município _____ Telefones: () _____

Agradeça!!!!

Pesquisador:- _____ Nº _____

Declaro que as informações coletadas por mim são totalmente verídicas

RG _____ Assinatura _____