

SÉRIE

# PNAUM

Pesquisa Nacional sobre o Acesso,  
Utilização e Promoção do Uso Racional  
de Medicamentos no Brasil

CADERNO 1 2 3 4

## Componente Avaliação dos Serviços de Assistência Farmacêutica Básica: Introdução, Método e Instrumentos



MINISTÉRIO DA SAÚDE  
Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos

SÉRIE

# PNAUM

Pesquisa Nacional sobre o Acesso,  
Utilização e Promoção do Uso Racional  
de Medicamentos no Brasil

CADERNO 1 2 3 4

## Componente Avaliação dos Serviços de Assistência Farmacêutica Básica: Introdução, Método e Instrumentos



2016 Ministério da Saúde.



Esta obra é disponibilizada nos termos da Licença Creative Commons – Atribuição – Não Comercial – Compartilhamento pela mesma licença 4.0 Internacional. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte.

A coleção institucional do Ministério da Saúde pode ser acessada, na íntegra, na Biblioteca Virtual em Saúde do

Ministério da Saúde: <[www.saude.gov.br/bvs](http://www.saude.gov.br/bvs)>. O conteúdo desta e de outras obras da Editora do Ministério da Saúde pode ser acessado na página: <<http://editora.saude.gov.br>>.

Tiragem: 1ª edição – 2016 – 300 exemplares

*Elaboração, distribuição e informações:*

MINISTÉRIO DA SAÚDE  
Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos  
Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos  
Departamento de Ciência e Tecnologia  
SQN Quadra 2, Projeção C, 1º andar, sala 108  
CEP: 70712-902 – Brasília/DF  
Tel.: (61) 3315-8968  
Site: [www.saude.gov.br/qualifarsus](http://www.saude.gov.br/qualifarsus)  
E-mail: [pnaum@saude.gov.br](mailto:pnaum@saude.gov.br)

*Organização:*

Eduardo de Azeredo Costa  
Jarbas Barbosa da Silva Júnior  
José Miguel do Nascimento Júnior  
Juliana Alvares  
Karen Sarmento Costa  
Márcia da Luz Motta  
Orlando Mário Soeiro

*Coordenação:*

Augusto Afonso Guerra Junior  
Francisco de Assis Acurcio  
Juliana Alvares  
Karen Sarmento Costa  
Orlando Mário Soeiro

*Elaboração:*

Augusto Afonso Guerra Junior  
Ediná Alves Costa  
Francisco de Assis Acurcio  
Ione Aquemi Guibu  
Juliana Alvares  
Karen Sarmento Costa  
Margô G. de Oliveira Karnikowski  
María Cecília Goi Porto Alves  
Maria Mercedes de Loureiro Escuder  
Orlando Mário Soeiro  
Silvana Nair Leite Contezini

*Colaboração:*

Alessandra Maciel Almeida  
Ana Cristina Souto

Camila Alves Arede  
Daniel Resende Faleiros  
Dayani Galato  
Denise de Andrade Saavedra  
Emília Baierle Faraco  
Gisélia Santana Souza  
José Cássio de Moraes  
Joslene Lacerda Barreto  
Joyce Maria de Araújo  
Jucélia Cristina Barbosa  
Letícia Farias Gerlack  
Marcelo Tavares Pereira  
Mareni Rocha Farias  
Noemia Urruth Leão Tavares  
Patrícia Sodré Araújo  
Pedro Felipe Couto Vieira  
Renata Cristina Rezende Macedo do Nascimento  
Thais Rodrigues Penaforte  
Thais Teles de Souza  
Vânia Eloísa de Araújo Silva

*Apoio Financeiro:*

Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos  
Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos  
Departamento de Ciência e Tecnologia

*Editora responsável:*

MINISTÉRIO DA SAÚDE  
Secretaria-Executiva  
Subsecretaria de Assuntos Administrativos  
Coordenação-Geral de Documentação e Informação  
Coordenação de Gestão Editorial  
SIA, Trecho 4, lotes 540/610  
CEP: 71200-040 – Brasília/DF  
Tels.: (61) 3315-7790 / 3315-7794  
Fax: (61) 3233-9558  
Site: <http://editora.saude.gov.br>  
E-mail: [editora.ms@saude.gov.br](mailto:editora.ms@saude.gov.br)

*Equipe editorial:*

Normalização: Luciana Cerqueira Brito  
Revisão: Silene Lopes Gil e Tamires Alcântara  
Capa, projeto gráfico e diagramação: Marcos Melquíades

Impresso no Brasil / Printed in Brazil

Ficha Catalográfica

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos.

Componente Avaliação dos Serviços de Assistência Farmacêutica Básica : introdução, método e instrumentos / Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. – Brasília : Ministério da Saúde, 2016.

140 p. : il. – (Série Pnaum – Pesquisa Nacional sobre Acesso, Utilização e Promoção do Uso Racional de Medicamentos no Brasil ; Caderno 2)

ISBN 978-85-334-2369-5

1. Uso Racional de Medicamentos. 2. Assistência Farmacêutica. 3. Pesquisa nos Serviços de Saúde. I. Título. II. Série.

CDU 614

Catálogo na fonte – Coordenação-Geral de Documentação e Informação – Editora MS – OS 2016/0072

*Título de indexação:*

Component Evaluation of Services of Basic Pharmaceutical Assistance: introduction, method and instruments

## LISTA DE QUADRO, TABELAS E FIGURA

Quadro 1	População de estudo, unidade de sorteio e elementos da amostra .....	22
Tabela 1	Tamanhos de amostra segundo erro de amostragem e efeito do delineamento..	22
Tabela 2	Municípios segundo estrato e região.....	23
Tabela 3	Amostra de municípios para entrevista de secretários e responsáveis pela assistência farmacêutica, segundo estrato e região.....	23
Tabela 4	Pesos de delineamento para a amostra de municípios .....	24
Tabela 5	Amostra de municípios para sorteio de serviços, segundo estrato e região.....	24
Tabela 6	Distribuição dos municípios menores em estratos .....	24
Tabela 7	Amostra planejada de serviços, segundo estrato e região.....	25
Tabela 8	Número de serviços sorteados (valores de n), segundo estrato e região.....	25
Tabela 9	Dados para cálculo da fração de amostragem, segundo estrato e região.....	26
Tabela 10	Número estimado de serviços de atenção básica existentes no Brasil (N), número de serviços planejados para a amostra (n) e peso do delineamento (w), por estrato e região .....	27
Tabela 11	Estimativas do efeito do desenho e n efetivo.....	27
Tabela 12	Amostra planejada de usuários por estrato e região .....	28
Tabela 13	Cálculo da média de usuários a ser entrevistado por serviço .....	28
Tabela 14	Média de consultas nos serviços da amostra, segundo estrato e região .....	28
Tabela 15	Intervalo de sorteio nos serviços (inverso de f3).....	29
Tabela 16	Denominador da fração de amostragem de usuários, por estrato e região .....	29
Figura 1	Fluxograma do trabalho de campo da Phaum no Componente Serviços.....	31



## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

<b>AB</b>	Atenção Básica
<b>AF</b>	Assistência Farmacêutica
<b>CAF</b>	Central de Abastecimento Farmacêutico
<b>CFT</b>	Comissão de Farmácia e Terapêutica
<b>CIB</b>	Comissão Intergestora Bipartite
<b>CAAE</b>	Certificado de Apresentação para Apreciação Ética
<b>CIM</b>	Centro de Informação sobre Medicamentos
<b>CNES</b>	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
<b>Coap</b>	Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde
<b>Conep</b>	Comissão Nacional de Ética em Pesquisa
<b>CPL</b>	Comissão Permanente de Licitação
<b>DAF</b>	Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos
<b>DATASUS</b>	Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
<b>DCB</b>	Denominação Comum Brasileira
<b>ESF</b>	Equipes de Saúde da Família
<b>Etac</b>	Entrevista Telefônica Assistida por Computador
<b>Hórus</b>	Sistema Nacional de Gestão da Assistência Farmacêutica
<b>IBGE</b>	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
<b>IDH</b>	Índice de Desenvolvimento Humano
<b>MAC</b>	Média e Alta complexidade
<b>MS</b>	Ministério da Saúde
<b>Nasf</b>	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
<b>OMS</b>	Organização Mundial da Saúde
<b>PFPB</b>	Programa Farmácia Popular do Brasil
<b>PIB</b>	Produto Interno Bruto
<b>Pnaf</b>	Política Nacional de Assistência Farmacêutica
<b>Pnaum</b>	Pesquisa Nacional sobre Acesso, Utilização e Uso Racional de Medicamentos
<b>PNM</b>	Política Nacional de Medicamentos
<b>PNPMF</b>	Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos
<b>POPs</b>	Procedimentos Operacionais Padrão
<b>Qualifar-SUS</b>	Programa Nacional de Qualificação da Assistência Farmacêutica
<b>Remume</b>	Relação Municipal de Medicamentos
<b>SCTIE</b>	Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos
<b>Siab</b>	Sistema de Informação da Atenção Básica
<b>SIH</b>	Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde
<b>SIM</b>	Sistema de Informações sobre Mortalidade
<b>Sinan</b>	Sistema de Informação de Agravos de Notificação
<b>Sinasc</b>	Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos
<b>Siops</b>	Sistema de Informações sobre Orçamento Público em Saúde
<b>SUS</b>	Sistema Único de Saúde
<b>TCLE</b>	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
<b>UBS</b>	Unidade Básica de Saúde
<b>WHO</b>	World Health Association





# SUMÁRIO

Prefácio da SCTIE .....	9
Apresentação do DAF.....	11
Apresentação da CGAFB.....	13
1 Introdução.....	15
2 Objetivos .....	19
3 Desenho de estudo .....	21
3.1 População de estudo e estratos .....	21
3.2 Tamanho da amostra.....	22
3.3 Processo de amostragem .....	23
3.3.1 <i>Amostra de secretários de saúde e responsáveis pela Assistência Farmacêutica</i> .....	23
3.3.2 <i>Amostra de responsáveis pela entrega de medicamentos das unidades de saúde dos municípios</i> .....	24
3.3.3 <i>Amostra de usuários</i> .....	27
3.4 Fontes de informação .....	29
3.5 Fontes de dados.....	30
3.5.1 <i>Questionários padronizados</i> .....	30
3.5.2 <i>Observação e registro fotográfico dos serviços de dispensação de medicamentos</i> .....	30
3.6 Fluxograma do trabalho de campo da Pnaum no Componente Avaliação dos Serviços de Assistência Farmacêutica Básica.....	30
3.7 Planejamento e aplicação de pré-teste para validação dos instrumentos de coleta de dados .....	32
3.8 Treinamento dos entrevistadores .....	32

3.9	Descrição dos instrumentos de coleta de dados primários.....	32
3.9.1	<i>Secretário Municipal de Saúde.....</i>	32
3.9.2	<i>Responsável pela Assistência Farmacêutica – AF.....</i>	33
3.9.3	<i>Médicos.....</i>	34
3.9.4	<i>Responsável pela entrega de medicamentos na farmácia.....</i>	35
3.9.5	<i>Usuário.....</i>	35
3.9.6	<i>Roteiro de observação e registro fotográfico.....</i>	36
3.10	Dados secundários .....	36
3.10.1	<i>Perfil demográfico de cada município e estado.....</i>	37
3.10.2	<i>Perfil socioeconômico.....</i>	37
3.10.3	<i>Perfil epidemiológico de cada município e estado.....</i>	37
3.10.3.1	<i>Indicadores de mortalidade .....</i>	37
3.10.3.2	<i>Indicadores de morbidade.....</i>	37
3.10.3.3	<i>Indicadores dos serviços.....</i>	37
3.10.4	<i>Serviços e profissionais dos municípios.....</i>	37
3.10.5	<i>Caracterização do Sistema de Saúde Municipal.....</i>	38
3.10.6	<i>Outras informações secundárias relacionadas à Assistência Farmacêutica.....</i>	38
4	Considerações éticas.....	39
	Referências.....	41
	Apêndices .....	43
	Apêndice A – Formulário Inicial da Unidade de Básica de Saúde.....	43
	Apêndice B – Questionário para o Secretário Municipal de Saúde.....	46
	Apêndice C – Questionário para o Responsável pela Assistência Farmacêutica – AF no município/DF .....	55
	Apêndice D – Questionário para médicos das unidades básicas de saúde.....	64
	Apêndice E – Questionário para o profissional responsável pela dispensação de medicamentos na farmácia pública municipal ou farmácia da UBS.....	72
	Apêndice F – Questionário para usuários dos serviços de saúde do SUS .....	84
	Apêndice G – Formulário de observação da farmácia e/ou unidade de dispensação.	129



## Prefácio da SCTIE

A Pesquisa Nacional Sobre Acesso, Utilização e Promoção do Uso Racional de Medicamentos no Brasil (Pnaum) é o primeiro estudo de abrangência nacional, com o objetivo de avaliar o acesso, a utilização e os aspectos relacionados ao uso racional de medicamentos pela população brasileira, além de avaliar a organização da Assistência Farmacêutica na Atenção Básica do Sistema Único de Saúde (SUS).

Até a realização da Pnaum, não existiam, no País, estudos de base populacional sobre Assistência Farmacêutica, com representatividade nacional e regional. Ao mesmo tempo, os crescentes investimentos na política pública de Assistência Farmacêutica demandam, dos gestores públicos, informações e racionalidade no planejamento voltadas à implementação de tal política. Portanto, tornou-se imperativo obter dados mais precisos a respeito do acesso da população ao medicamento e do uso racional dele, com o propósito de produzir evidências que permitam alinhar as políticas públicas farmacêuticas aos princípios e diretrizes do SUS.

Diante dessa lacuna, o Ministério da Saúde, por meio da Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos (SCTIE), do Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos (DAF) e do Departamento de Ciência e Tecnologia (DECIT), priorizou a institucionalização e a realização da Pnaum.

As informações da pesquisa possibilitarão a elaboração de análises relacionadas às diferentes dimensões de acesso; a seleção de indicadores de racionalidade do uso de medicamentos; o estudo de variáveis relativas à adesão ao tratamento medicamentoso e aos cuidados com doenças de alta prevalência; e maior compreensão em termos da organização da Assistência Farmacêutica na Atenção Básica, entre outras perspectivas.

Os primeiros resultados da Pnaum estão apresentados nessa série de Cadernos. A Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos convida a todos os gestores, profissionais de saúde e acadêmicos à leitura das publicações.

SECRETARIA DE CIÊNCIA, TECNOLOGIA E INSUMOS ESTRATÉGICOS



## Apresentação do DAF



A Pesquisa Nacional sobre Acesso, Utilização e Uso Racional de Medicamentos (Pnaum) foi concebida no âmbito do Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos (DAF) da Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos (SCTIE), com o propósito de fornecer informações e indicadores às autoridades governamentais e sanitárias e ao conjunto da sociedade brasileira, a fim de avaliar, em escala nacional, a Política de Assistência Farmacêutica no Sistema Único de Saúde (SUS), os investimentos na área e o retorno social de tais investimentos.

A elaboração da Pnaum resultou de prioridade institucional e política, uma vez que se tornava imprescindível produzir dados, indicadores e informações qualificadas, com o objetivo de redirecionar as políticas públicas de acesso da população brasileira aos medicamentos e de uso racional deles.

Diante das dimensões delineadas anteriormente, e a partir da necessidade de avaliar o impacto das políticas públicas implantadas no SUS, foi elaborada a proposta da Pnaum, uma investigação de âmbito nacional, instituída pela Portaria nº 2.077, de 17 de setembro de 2012, do Ministério da Saúde (BRASIL, 2012).

A Pnaum constitui o primeiro inquérito populacional domiciliar, de abrangência nacional e regional, realizado no País, a respeito da questão do acesso da população a medicamentos e do uso racional deles. Compõe-se de duas investigações independentes e complementares: Pnaum - Componente Populacional - e Pnaum - Componente Avaliação dos Serviços de Assistência Farmacêutica Básica.

No Componente Inquérito Populacional da Pnaum, foram entrevistados mais de 41 mil moradores em domicílios permanentes na zona urbana, em municípios das 26 UFs do País e no Distrito Federal, nas cinco grandes regiões do Brasil, com o propósito de avaliar o acesso ao medicamento, sua utilização e uso racional, as fontes de obtenção e as morbidades mais prevalentes para as quais os medicamentos são utilizados.

O Componente Avaliação dos Serviços de Assistência Farmacêutica Básica da Pnaum, foi um estudo transversal, exploratório, de natureza avaliativa, realizado em unidades básicas de saúde e nos locais de entrega de medicamentos nesses serviços. Esse componente realizou entrevistas com gestores municipais, médicos, coordenadores de assistência farmacêutica, responsáveis pela entrega de medicamentos em farmácias vinculadas ao SUS e aos usuários de serviços de saúde, e ainda por meio de observação direta nas unidades de saúde, em municípios brasileiros e no Distrito Federal, com o objetivo de caracterizar a organização dos serviços de Assistência Farmacêutica na Atenção Básica no SUS, além de identificar e discutir fatores

intervenientes na consolidação da Assistência Farmacêutica na Atenção Básica, na instância municipal e do Distrito Federal.

Os principais resultados da Pnaum estão apresentados nos Cadernos, nesta série, e possibilitarão o aprimoramento das políticas públicas de Saúde e Assistência Farmacêutica, voltadas à saúde do cidadão e à consolidação do SUS, com vistas à melhoria das condições de saúde da população do País e da qualidade de vida da sociedade brasileira.

O DAF agradece o apoio e o incentivo, à realização da pesquisa, dos secretários de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos: Reinaldo Felipe Nery Guimarães, Carlos Augusto Grabois Gadelha e Jarbas Barbosa da Silva Júnior.

DEPARTAMENTO DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA E INSUMOS ESTRATÉGICOS



## Apresentação da CGAFB

A supervisão executiva da Pesquisa Nacional sobre Acesso, Utilização e Uso Racional de Medicamentos no Brasil foi realizada por representantes do Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos (DAF) e do Departamento de Ciência e Tecnologia (DECIT), do Ministério da Saúde, ambos integrantes do Comitê Gestor da Pnaum.

A Coordenação-Geral de Assistência Farmacêutica Básica (CGAFB/DAF/SCTIE) teve a responsabilidade de coordenar o processo de realização das investigações nos dois componentes da Pnaum, de modo presencial, a partir de visitas e de participação em reuniões técnicas, e também por meio da análise de relatórios de progresso.

O Caderno 2 reporta-se à descrição do desenho da Pnaum - Componente Avaliação dos Serviços de Assistência Farmacêutica Básica -, que foi desenvolvida no período de setembro de 2014 a maio de 2015.

É esperado que os resultados da Pnaum apresentados ao público, por meio dos presentes Cadernos, possam favorecer a expansão e a qualificação das políticas públicas de Assistência Farmacêutica no País.

COORDENAÇÃO-GERAL DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA BÁSICA





## Introdução

A institucionalização do Sistema Único de Saúde (SUS) resultou em profundas mudanças para os serviços de saúde, ao estabelecer a universalidade de acesso, a equidade na prestação de serviços e a integralidade das ações como princípios doutrinários do sistema (BRASIL, 1990). A Assistência Farmacêutica (AF), como parte da assistência integral à saúde, constitui um componente essencial para efetivar as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, visando à melhoria das condições de saúde da população do País (BRASIL, 1998).

Considerando a relevância e a complexidade do tema, como também a necessidade de qualificar a Assistência Farmacêutica no âmbito do SUS, foram construídas duas políticas específicas para a área farmacêutica no Brasil, no contexto das medidas que se seguiram ao advento do Sistema Único de Saúde: a Política Nacional de Medicamentos (PNM) e a Política Nacional de Assistência Farmacêutica (Pnaf).

A PNM, publicada em 1998, tem como finalidade “*garantir a necessária segurança, eficácia e qualidade dos medicamentos, a promoção do uso racional e o acesso da população àqueles considerados essenciais*” (BRASIL, 1998). A Pnaf, instituída em 2004, amplia o escopo da PNM, ao apresentar a Assistência Farmacêutica como política pública norteadora para a formulação de políticas setoriais, entre as quais se destacam as políticas de medicamentos, de ciência e tecnologia, de desenvolvimento industrial e de formação de recursos humanos. A Pnaf também adota o preceito das práticas farmacêuticas integradas com a equipe de saúde; e, ainda, a interação direta do farmacêutico com o usuário, com vistas à melhoria da qualidade de vida da população (BRASIL, 2004).

Desde o início da criação de instrumentos de incentivo à Assistência Farmacêutica na atenção básica, por meio da Portaria 176, de 8 de março de 1999, do Ministério da Saúde, as três esferas de gestão do SUS têm investido, de forma crescente, na aquisição de medicamentos essenciais para oferecer à população (BRASIL, 1999). A partir da promulgação da Política Nacional de Assistência Farmacêutica (Pnaf), em 2004, diversas iniciativas relacionadas à garantia do acesso ao medicamento vêm sendo introduzidas no âmbito do SUS, por entender que tal garantia pressupõe um conjunto de dimensões ligadas à estrutura e à qualidade dos serviços prestados em Assistência Farmacêutica.

Entre as estratégias governamentais introduzidas para garantir o acesso da população brasileira ao medicamento, a organização do financiamento da Assistência Farmacêutica no Sistema Único de Saúde tem se evidenciado como decisiva para viabilizar esse direito, por meio do bloco de financiamento da Assistência Farmacêutica (BRASIL, 2007), destinado à aquisição de medicamentos para oferecer gratuitamente à população, especialmente em

serviços ambulatoriais da atenção básica. Além disso, a ampliação da produção nacional de medicamentos genéricos, o Programa Farmácia Popular do Brasil, a Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos e, mais recentemente, o Programa Nacional de Qualificação da Assistência Farmacêutica (Qualifar-SUS) constituem-se em iniciativas governamentais fundamentais com vistas a efetivar os objetivos preconizados nas políticas farmacêuticas.

O Programa Qualifar-SUS foi concebido com o propósito de contribuir para o aprimoramento, a efetivação e a integração sistêmica das atividades da Assistência Farmacêutica nas ações e nos serviços de saúde, a fim de prestar uma atenção contínua, integral, segura, responsável e humanizada à população, na atenção básica do SUS. O Programa é organizado em quatro eixos interativos e complementares: Eixo Estrutura, de apoio à estruturação dos serviços farmacêuticos no SUS, de modo que essa estrutura esteja compatível com as ações preconizadas na Assistência Farmacêutica; Eixo Educação, voltado a promover a educação permanente e a capacitação dos profissionais de saúde; Eixo Informação, de estímulo à produção de normas e documentos técnicos e de dados, informações e indicadores, norteadores do planejamento, acompanhamento, controle e avaliação das ações e dos serviços de Assistência Farmacêutica; e o Eixo Cuidado, cuja meta é inserir a Assistência Farmacêutica nas práticas clínicas, a fim de obter resolutividade nas ações, potencializar os benefícios à saúde e reduzir os riscos relacionados à farmacoterapia.

A implementação dos programas e das ações anteriormente delineados visa assegurar a disponibilidade dos medicamentos no Sistema Único de Saúde, porém não garante, necessariamente, o acesso e uso racional dos medicamentos. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), é fundamental que o usuário tenha acesso a medicamentos eficazes e seguros, no momento oportuno, e receba, além disso, todas as orientações indispensáveis para qualificar o uso do medicamento adquirido. Somente dessa forma o acesso contribuirá para a resolutividade, o estabelecimento de vínculos e a responsabilização pelo usuário, na Atenção Básica (WHO, 1988).

Estudos desenvolvidos no Brasil apontam a existência de um distanciamento entre a Assistência Farmacêutica Básica, legalmente estabelecida, e a realidade vivenciada nos municípios (OLIVEIRA; ASSIS; BARBONI, 2010). Dentro da estrutura das Unidades Básicas de Saúde (UBS), a farmácia geralmente ocupa pequenos espaços, muitas vezes sem as condições mínimas necessárias para o armazenamento adequado de medicamentos. Os problemas encontrados envolvem também o desabastecimento de medicamentos essenciais e a ausência total de orientação ao usuário quanto à utilização correta desses produtos, devido à falta de pessoal qualificado (OLIVEIRA; ASSIS; BARBONI, 2010). Tem sido identificada a ausência de condições apropriadas para que o serviço de Assistência Farmacêutica desempenhe plenamente as suas funções, para assegurar a qualidade do medicamento dispensado e a capacidade de estabelecer uma aproximação do profissional com o usuário (VIEIRA, 2010).

Apesar da relevância e magnitude do problema, não existe uma definição operacional de acesso a medicamentos, e tampouco um modelo de avaliação que permita comparar o desempenho do acesso entre países, ou que possibilite identificar a evolução de um determinado país ao longo do tempo, de forma a propiciar a avaliação da eficácia das medidas de intervenção implementadas (PENCHANSKY; THOMAS, 1981). Para avaliar a proposição de uma definição norteadora da discussão sobre o tema, cabe, inicialmente, discutir brevemente a abordagem conceitual que vem sendo realizada quanto ao acesso à saúde e às possibilidades de sua avaliação. Uma primeira questão a ser levantada refere-se ao termo utilizado.

De acordo com Penchansky & Thomas (1981), o acesso a serviços de saúde representa um conceito fundamental no desenvolvimento de políticas de saúde, ocorrendo o mesmo quando se trata de pesquisas avaliativas sobre os serviços de saúde. Para esses autores, o

acesso é entendido como um conjunto de cinco dimensões mensuráveis, que representam um grau de ajuste entre o usuário e o sistema de saúde: disponibilidade, acessibilidade, adequação, capacidade aquisitiva e aceitabilidade.

A disponibilidade (*availability*) é definida como uma relação entre o tipo e a quantidade do produto ou serviço ofertado em relação ao fornecido. A acessibilidade (*accessibility*) refere-se à localização geográfica entre produtos e serviços e à localização eventual do usuário. A adequação (*accomodation*) diz respeito à adequação dos serviços prestados, incluindo instalações, tempo de espera para consulta, e outros similares. A capacidade aquisitiva (*affordability*) trata da relação entre o preço dos produtos ou serviços e a capacidade do usuário pagar por eles. Na aceitabilidade (*acceptability*), são levadas em consideração as atitudes e expectativas dos usuários em termos dos produtos e serviços e das características reais destes.

Tal concepção se assemelha ao modelo de determinantes do uso adotado por Aday & Andersen (1974), o qual inclui variáveis que descrevem necessidade de uso dos serviços pelos usuários e os fatores predisponentes e permissivos do uso de tais serviços (PENCHANSKY; THOMAS, 1981). O modelo de Aday & Andersen expressa as influências e as relações observadas no uso de serviços de saúde, com destaque para as dimensões contextuais e individuais das características predisponentes, dos fatores capacitantes e da necessidade em saúde, dos comportamentos e dos resultados esperados (SOARES et al., 2013).

O acesso ao medicamento insere-se no cuidado farmacêutico qualificado, o qual requer a integração de múltiplos aspectos das atividades farmacêuticas. Na atenção básica, o cuidado farmacêutico aos usuários de medicamentos operacionaliza-se por meio da criação de serviços de clínica farmacêutica, a qual abrange todos os níveis de atenção à saúde e inclui todas as atividades clínicas do farmacêutico, sejam aquelas de suporte à equipe de saúde, sejam as medidas voltadas ao cuidado direto do paciente. A clínica farmacêutica envolve a atuação em integração com a equipe de saúde e, ao mesmo tempo, a construção de vínculos terapêuticos na relação com o usuário de serviços farmacêuticos. No exercício da clínica farmacêutica, o profissional de saúde busca compreender os fatores condicionantes do comportamento do usuário de serviços farmacêuticos, a fim de assegurar a continuidade do cuidado e incentivar a autonomia do usuário em termos do cuidado (BRASIL, 2014).

Nesse cenário, observa-se a necessidade de fornecer um serviço de Assistência Farmacêutica progressivamente qualificado aos usuários do SUS, com ênfase no acesso e no uso racional dos medicamentos. Para tanto, é necessário que a AF seja compreendida como parte integrante de um sistema de saúde amplo, complexo, em fase de consolidação e expansão. Ademais, nas pesquisas de avaliação da AF, é essencial abordar as múltiplas questões relacionadas à totalidade do sistema, à adequação dos serviços às reais necessidades dos usuários, e estes, por sua vez, devem ser percebidos como sujeitos centrais do processo.

Levando em consideração essas dimensões delineadas, e a partir da necessidade de avaliar o impacto das políticas implantadas no Sistema Único de Saúde em termos de promover, para a população brasileira, o acesso e a utilização racional de medicamentos, foi elaborada a proposta da Pesquisa Nacional sobre Acesso, Utilização e Promoção do Uso Racional de Medicamentos (Pnaum), uma investigação de âmbito nacional, instituída pela Portaria nº 2.077, de 17 de setembro de 2012, do Ministério da Saúde (BRASIL, 2012).





## Objetivos

Os principais objetivos da Pnaum no Componente Avaliação dos Serviços de Assistência Farmacêutica Básica são:

- Caracterizar a organização dos serviços de Assistência Farmacêutica (AF) na Atenção Básica do Sistema Único de Saúde, levando em consideração o acesso e a promoção do uso racional de medicamentos.
- Identificar e discutir fatores que interferem na consolidação da Assistência Farmacêutica na Atenção Básica, no âmbito municipal e do Distrito Federal.





## Desenho de estudo

A Pnaum no Componente Avaliação dos Serviços de Assistência Farmacêutica Básica é um estudo transversal, exploratório, de natureza avaliativa. Para a obtenção das informações, foi elaborado um conjunto de instrumentos de coleta de dados de fontes primárias (questionários específicos para aplicar a cada categoria de entrevistado, roteiro de observação para serviços farmacêuticos) e instrumentos de pesquisa (termos de consentimento e planilhas de planejamento), validados por meio da aplicação de um pré-teste. Além das entrevistas, foi realizada uma vasta exploração de dados de fontes secundárias, com o objetivo de caracterizar os municípios selecionados para a pesquisa.

Nos serviços de atenção básica, foram realizadas entrevistas presenciais com usuários, médicos e responsáveis pela entrega dos medicamentos, além da observação de instalações dos serviços farmacêuticos, por meio de registro fotográfico e preenchimento de formulário específico. Quando as unidades dispensadoras e/ou farmácias estavam localizadas em instalações independentes da Unidade Básica de Saúde, os entrevistadores deslocavam-se até a unidade dispensadora para a realização do roteiro de observação.

Os questionários desenvolvidos para secretários municipais de saúde e responsáveis pela AF foram aplicados pela tecnologia de Entrevista Telefônica Assistida por Computador (Etac). Para os secretários municipais de saúde, também foi desenvolvida uma versão *on-line* do questionário, de modo a possibilitar o autopreenchimento.

### 3.1 População de estudo e estratos

Várias populações de estudo foram consideradas neste plano de amostragem: secretários municipais de saúde, responsáveis pela assistência farmacêutica nos municípios, responsáveis pela entrega de medicamentos, médicos e usuários das Unidades Básicas de Saúde.

Optou-se pela utilização de amostragem em vários estágios de seleção, sendo que, em cada estágio, algumas dessas populações foram amostradas e as estimativas referentes a elas foram feitas de forma independente. Assim sendo, foram acessados:

- a) Nos municípios sorteados, sendo uma pessoa em cada município: secretários de saúde e responsáveis pela assistência farmacêutica.
- b) Nos serviços de saúde dos municípios sorteados, sendo uma pessoa por serviço: responsáveis pela dispensação.
- c) Nos serviços de saúde dos municípios sorteados, sendo amostrados: usuários e médicos.

O plano amostral estabelecido para a Pnaum está apresentado no Quadro 1.

**Quadro 1 – População de estudo, unidade de sorteio e elementos da amostra**

População de Estudo	Unidade de Sorteio	Elementos
Secretários de saúde	Município	Uma pessoa no município
Responsáveis pela assistência farmacêutica	Município	Uma pessoa no município
Dispensadores	Município e Serviço de Saúde	Uma pessoa no serviço de saúde
Médicos	Município e Serviço de Saúde	Todos os médicos presentes nos dias de pesquisa
Usuários	Município, Serviço de Saúde e Consulta Médica	Amostra de usuários em consulta nos dias de pesquisa

Fonte: Autoria própria.

As populações de estudo foram estratificadas por regiões: Norte, Nordeste, Sul, Sudeste e Centro-Oeste, e esses estratos constituem os domínios de estudo.

### 3.2 Tamanho da amostra

Considerando-se o objetivo de estimar diversas proporções, o tamanho da amostra foi calculado por meio da expressão algébrica:  $n_0 = \frac{P(1-P)}{(d/z)^2} \cdot deff$ , em que:

- $P = 0,50$  é a proporção de indivíduos a ser estimada por ser a que leva ao maior tamanho de amostra;
- $z = 1,96$  é o valor na curva normal reduzida para o nível de confiança de 95% dos intervalos de confiança;
- $deff$  é o efeito do delineamento;
- $d$  é o erro de amostragem em pontos percentuais.

Em relação à amostra de usuários, foi considerada ainda a necessidade de obter estimativas com a precisão desejada para subgrupos populacionais menores e, para isso, foi considerado que tais grupos correspondem a 30% da população total ( $n=n_0/0,30$ ).

O tamanho de amostra, para cada região, segundo erro de amostragem e efeito do delineamento, está apresentado na Tabela 1.

**Tabela 1 – Tamanhos de amostra segundo erro de amostragem e efeito do delineamento**

D	$\frac{P(1-P)}{(d/z)^2}$	$n_0$			n
		$deff = 1,2$	$deff = 1,5$	$deff = 2$	
0,05	384	461	576	768	2561
0,06	267	320	400	534	1779
0,07	196	235	294	392	1307
0,08	150	180	225	300	1000
0,09	119	142	178	237	790
0,10	96	115	144	192	640

Fonte: Autoria própria.

Os tamanhos de amostra adotados, em cada região, foram:

- Municípios: 115 unidades (arredondado para 120), sendo  $deff = 1,2$  e  $d = 0,10$ .
- Serviços: 300 unidades, sendo  $deff = 2$  e  $d = 0,08$  ou  $deff = 1,5$  e  $d = 0,07$ .
- Usuários: 1.800.

### 3.3 Processo de amostragem

#### 3.3.1 Amostra de secretários de saúde e responsáveis pela Assistência Farmacêutica

Foram sorteados 120 municípios em cada região, nos quais deveriam ser entrevistados os secretários de saúde e os responsáveis pela assistência farmacêutica.

A amostra foi estratificada tendo sido constituídos os seguintes estratos:

- Capitais.
- Municípios maiores, tendo sido tomado 0,5% deles da região.
- Municípios menores.

A estratificação foi realizada para garantir a inclusão, na amostra, de todas as capitais e de 0,5% dos municípios considerados de grande porte, em cada região. A distribuição dos municípios, segundo os estratos, está apresentada na Tabela 2.

**Tabela 2 – Municípios segundo estrato e região**

Região	Capitais	Municípios maiores	Municípios menores	Total
	$a_{capital}$	$a_{maior}$	$a_{menor}$	
Norte	7	2	440	449
Nordeste	9	9	1.776	1.794
Sudeste	4	8	1.656	1.668
Sul	3	6	1.178	1.187
Centro-Oeste	4	2	461	467
Total	27	27	5.511	5.565

Fonte: Autoria própria.

Os dois primeiros foram considerados estratos certos, ou seja, não houve sorteio de unidades. No estrato de municípios menores, a seleção se deu por sorteio sistemático, com os municípios ordenados pelo tamanho da população. O número de domicílios sorteados foi de:  $a_{menor} = 120 - a_{capital} - a_{maior}$ , sendo  $a_{capital}$  o número de capitais e  $a_{maior}$  o número de municípios maiores (Tabela 3).

**Tabela 3 – Amostra de municípios para entrevista de secretários e responsáveis pela assistência farmacêutica, segundo estrato e região**

Região	Capitais	Municípios maiores	Municípios menores	Total
Norte	7	2	111	120
Nordeste	9	9	102	120
Sudeste	4	8	108	120
Sul	3	6	111	120
Centro-Oeste	4	2	114	120
Total	27	27	546	600

Fonte: Autoria própria.

A fração de amostragem correspondente ao sorteio de municípios, em cada estrato, foi:  $f = \frac{a}{A}$ , sendo  $a$  o número de municípios na amostra (Tabela 3) e  $A$  o número de municípios existentes (Tabela 2). Nos dois primeiros estratos (de capitais e de municípios maiores), a fração de amostragem correspondeu à unidade.

Em função da existência de diferentes probabilidades de seleção dos municípios, foi previsto que, na etapa de análise, os dados seriam ponderados pelo inverso da fração de amostragem (Tabela 4).

**Tabela 4 – Pesos de delineamento para a amostra de municípios**

Região	Capitais	Municípios maiores	Municípios menores
Norte	1	1	3,9640
Nordeste	1	1	17,4118
Sudeste	1	1	15,3333
Sul	1	1	10,6126
Centro-Oeste	1	1	4,0439

Fonte: Autoria própria.

### 3.3.2 Amostra de responsáveis pela entrega de medicamentos das unidades de saúde dos municípios

Foi sorteada amostra em dois estágios: municípios e serviços de saúde, nos quais deveriam ser entrevistados os responsáveis pela entrega de medicamentos, farmacêuticos ou não.

No primeiro estágio, foram sorteados 60 municípios a partir dos 120 municípios selecionados previamente. Foi tomada a totalidade das capitais e dos municípios maiores; e os outros municípios, em quantidade necessária para completar 60, foram sorteados entre os municípios menores (Tabela 5).

**Tabela 5 – Amostra de municípios para sorteio de serviços, segundo estrato e região**

Região	Capitais	Municípios maiores	Municípios menores	Total
Norte	7	2	51	60
Nordeste	9	9	42	60
Sudeste	4	8	48	60
Sul	3	6	51	60
Centro-Oeste	4	2	54	60
Total	27	27	246	300

Fonte: Autoria própria.

No segundo estágio, foram sorteados, em cada município, serviços de saúde referentes a estabelecimentos de atenção básica, registrados no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) como sendo dos tipos: posto de saúde, centro de saúde e/ou unidade básica de saúde e unidade mista. Foram excluídas as unidades móveis fluviais e terrestres.

Para o sorteio, os municípios pequenos foram divididos em dois grupos: com um ou dois serviços de saúde; e com três ou mais serviços de saúde (Tabela 6). No primeiro grupo, com um ou dois serviços, não houve sorteio de serviços.

**Tabela 6 – Distribuição dos municípios menores em estratos**

Região	Com 1 ou 2 serviços	Com 3 ou + serviços	Municípios menores
Norte	20	31	51
Nordeste	8	34	42
Sudeste	17	31	48
Sul	28	23	51
Centro-Oeste	23	31	54
Total	96	150	246

Fonte: Autoria própria.

Os tamanhos de amostra propostos para os estratos estão indicados na Tabela 7. Os critérios adotados para essa distribuição da amostra foram:

- Tamanho mínimo de amostra de 100 serviços para o estrato 1, de forma a permitir a obtenção de estimativas em separado para as capitais.
- A partir de uma amostra proporcional (sem o estrato 1) dentro de cada região, o número de serviços no estrato 2 foi multiplicado por 2; e o do estrato de municípios pequenos, com três ou mais serviços, foi dividido por 1,8.
- Nos municípios pequenos com um ou dois serviços, todos os serviços foram incluídos na amostra.

**Tabela 7 – Amostra planejada de serviços, segundo estrato e região**

Região	Capitais	Municípios maiores	Municípios		Total
			1 ou 2ss*	3 ou + ss	
Norte	100	25	27	142	295
Nordeste	100	29	13	172	315
Sudeste	100	27	24	161	312
Sul	100	27	34	152	313
Centro-Oeste	100	22	32	152	306

Fonte: Autoria própria.  
\*ss = serviços de saúde.

Considerando a possibilidade de perdas em decorrência de cadastros desatualizados e recusas, foi sorteado um número maior de unidades, incluindo percentual adicional de 20%, para que o tamanho de amostra proposto pudesse ser alcançado (Tabela 8).

**Tabela 8 – Número de serviços sorteados (valores de n), segundo estrato e região**

Região	Capitais	Municípios maiores	Municípios		Total
			1 ou 2 ss*	3 ou + ss	
Norte	125	32	27	178	362
Nordeste	125	37	13	216	390
Sudeste	125	34	24	201	385
Sul	125	34	34	190	382
Centro-Oeste	125	27	32	190	374

Fonte: Autoria própria.  
\*ss = serviços de saúde

A fração de amostragem utilizada foi:

$$f = \frac{a}{A} \cdot \frac{\bar{b}}{\bar{B}}$$

em que:  $a$  e  $A$  são, respectivamente, os números de municípios na amostra e na população;  $\bar{b}$  e  $\bar{B}$  são as médias por município de serviços na amostra e na população (Tabela 9).

Em cada estrato, a fração de amostragem pode ser reescrita por:

- No estrato de capitais e de municípios maiores:  $f = \frac{a}{A} \cdot \frac{\bar{b}}{\bar{B}} = \frac{b}{B}$
- No estrato de municípios menores, com um ou dois serviços:  $f = \frac{a}{A} \cdot \frac{\bar{b}}{\bar{B}} = \frac{a}{A}$
- No estrato de municípios menores, com três ou mais serviços:  $f = \frac{a}{A} \cdot \frac{\bar{b}}{\bar{B}}$

Em cada região, o número médio de serviços a ser sorteado por município foi calculado por  $\bar{b} = \frac{n}{a}$ . O valor de  $\bar{B}$  foi estimado a partir dos municípios da amostra, por:  $\bar{B} = \frac{B}{a}$ , em que  $B$  é o número de serviços nos municípios da amostra.

**Tabela 9 - Dados para cálculo da fração de amostragem, segundo estrato e região**

Dado	Região	Capitais	Municípios maiores	Municípios	
				1 ou 2 ss*	3 ou + ss
a	N	7	2	20	31
	NE	9	9	8	34
	SE	4	8	17	31
	S	3	6	28	23
	CO	4	2	23	31
A	N	7	2	173	267
	NE	9	9	338	1.438
	SE	4	8	587	1.070
	S	3	6	647	531
	CO	4	2	196	265
$\bar{b}$	N	17,857	16,000	1,350	5,742
	NE	13,889	4,111	1,625	6,353
	SE	31,250	4,250	1,412	6,484
	S	41,667	5,667	1,214	8,261
	CO	31,250	13,500	1,391	6,129
$\bar{B}$	N	67,9	49,5	1,350	7,45
	NE	84,8	61,2	1,625	8,12
	SE	205,8	50,1	1,412	7,9
	S	115,3	34,5	1,214	7,91
	CO	54,3	35,5	1,391	6,74
B	N	475	99	27	231
	NE	763	551	13	276
	SE	823	401	24	245
	S	346	227	34	182
	CO	217	71	32	209

Fonte: Autoria própria.

\*ss = serviços de saúde

a: número de municípios da amostra;

A: número de municípios existentes;

$\bar{b}$ : número médio de serviços a serem incluídos na amostra por município;

$\bar{B}$ : número médio de serviços por município calculado na amostra de municípios;

B: número de serviços de atenção básica nos municípios da amostra.

Considerando que as frações de amostragem nos distintos estratos são também distintas, será necessária a introdução de pesos na etapa de análise de dados, de maneira a compensar as diferentes probabilidades de sorteio dos serviços de saúde. Os pesos foram calculados pelo inverso da fração de amostragem,  $w = \frac{N}{n}$ , na qual  $n = a \cdot \bar{b}$  é o tamanho da amostra e  $N = \bar{B} \times A$  é

o tamanho total da população equivalente ao número estimado de serviços de atenção básica existentes no Brasil (Tabela 10).

**Tabela 10 – Número estimado de serviços de atenção básica existentes no Brasil (N), número de serviços planejados para a amostra (n) e peso do delineamento (w), por estrato e região**

	Região	Capitais	Municípios maiores	Municípios	
				1 ou 2 ss*	3 ou + ss
N	N	475	99	233	1.993
	NE	763	551	551	11.667
	SE	823	401	830	8.438
	S	346	207	785	4.202
	CO	217	71	273	1.783
n	N	125	32	27	178
	NE	125	37	13	216
	SE	125	34	24	201
	S	125	34	34	190
	CO	125	27	32	190
w	N	3,8000	3,0938	8,6296	11,1966
	NE	6,1040	14,8919	42,3846	54,0139
	SE	6,5840	11,7941	34,5833	41,9801
	S	2,7680	6,0882	23,0882	22,1158
	CO	1,7360	2,6296	8,5313	9,3842

Fonte: Autoria própria.  
\*ss = serviços de saúde

A introdução de pesos contribui para o acréscimo do efeito do delineamento. Nesse sentido, as decisões referentes ao número de serviços a serem incluídos na amostra, em cada estrato, foram orientadas por estimativas do efeito do delineamento, devido à ponderação. Para as frações de amostragem utilizadas, tais estimativas e os respectivos n efetivos estão indicados na Tabela 11.

**Tabela 11 – Estimativas do efeito do desenho e n efetivo**

Região	deff	n efetivo
Norte	1,22	241
Nordeste	1,42	221
Sudeste	1,37	227
Sul	1,40	224
Centro-Oeste	1,33	230

Fonte: Autoria própria.

### 3.3.3 Amostra de usuários

Para a definição da amostra de usuários, foi utilizada uma amostragem em três estágios: município, serviço de saúde e usuário.

O tamanho da amostra de usuários foi definido como 1.800 usuários por região do País. Considerando-se a ocorrência de um percentual de não resposta de 15% (recusa, impossibilidade de realização da entrevista completa, entre outros), foram sorteados 2.100 usuários. Esse número de usuários foi distribuído proporcionalmente pelos estratos, segundo a frequência de serviços amostrados em cada um deles (Tabela 12).

**Tabela 12 – Amostra planejada de usuários por estrato e região**

Região	Capitais	Municípios maiores	Municípios		Total
			1 ou 2 ss	3 ou + ss	
Norte	712	181	192	1.013	2.100
Nordeste	667	195	87	1.150	2.100
Sudeste	673	185	162	1.083	2.100
Sul	671	180	228	1.018	2.100
Centro-Oeste	686	150	220	1.044	2.100

Fonte: Autoria própria.

A fração de amostragem utilizada para o sorteio de usuários nos serviços foi:  $f_s = \frac{\bar{c}}{\bar{c}}$  em que  $\bar{c}$  é a média de usuários sorteados por serviço e  $\bar{c}$  é a média mensal de usuários atendidos em consulta médica nos serviços.

Em cada região, a média de usuários a serem sorteados por serviço foi calculada dividindo-se o total de usuários pelo número de serviços da amostra (Tabela 13).

**Tabela 13 – Cálculo da média de usuários a ser entrevistado por serviço**

Região	Total usuários	Total de serviços	Média de usuário por serviço
Norte	2100	295	7,1186
Nordeste	2100	315	6,6667
Sudeste	2100	312	6,7308
Sul	2100	313	6,7093
Centro-Oeste	2100	306	6,8627

Fonte: Autoria própria.

A média de usuários atendidos mensalmente nos serviços da amostra (Tabela 14) foi estimada por:  $\bar{c} = \frac{C_s}{n_s}$ , em que  $C_s$  é o total de consultas mensais nos serviços de saúde da amostra e  $n_s$  é o número de serviços.

**Tabela 14 – Média de consultas nos serviços da amostra, segundo estrato e região**

Região	Capitais	Municípios maiores	Municípios	
			1 ou 2 ss	3 ou + ss
Norte	10,17	5,97	11,01	8,38
Nordeste	7,63	9,68	8,71	9,45
Sudeste	10,36	9,50	15,03	12,18
Sul	15,98	12,09	15,98	13,43
Centro-Oeste	8,10	9,25	11,44	10,87

Fonte: Autoria própria.

ss = serviços de saúde

Os denominadores das frações de amostragem nos serviços ( $\frac{1}{\bar{c}}$ ) para cada estrato e região estão indicados na Tabela 15 e correspondem ao intervalo de sorteio em cada serviço. Dessa forma, aplicando-se essas frações ao número de usuários existentes em cada serviço, foram determinados os números de usuários a serem entrevistados.

**Tabela 15 – Intervalo de sorteio nos serviços (inverso de f3)**

Região	Capitais	Municípios maiores	Municípios	
			1 ou 2 ss	3 ou + ss
Norte	1,41	1	1,53	1,16
Nordeste	1,16	1,47	1,33	1,44
Sudeste	1,54	1,41	2,23	1,81
Sul	2,31	1,75	2,31	1,94
Centro-Oeste	1,16	1,32	1,64	1,55

Fonte: Autoria própria.  
ss = serviços de saúde

Para usuários, a fração de amostragem global foi:  $f = \frac{a}{A} \cdot \frac{b}{B} \cdot \frac{c}{C} = \frac{n}{N}$

Os pesos de delineamento a serem utilizados na análise dos dados referentes a usuários estão indicados na Tabela 16. Tais pesos correspondem aos denominadores das respectivas frações de amostragem.

**Tabela 16 – Denominador da fração de amostragem de usuários, por estrato e região**

Região	Capitais	Municípios maiores	Municípios	
			1 ou 2 ss	3 ou + ss
Norte	13,658	13,251	12,972	42,849
Nordeste	23,336	83,396	86,670	122,956
Sudeste	55,544	55,054	95,776	137,685
Sul	28,277	24,678	90,955	174,659
Centro-Oeste	4,775	5,099	16,681	22,907

Fonte: Autoria própria.  
ss = serviços de saúde

O sorteio de usuários em cada serviço não pode ser realizado a partir de listagens de usuários, como seria esperado em amostragem probabilística. Optou-se por estabelecer critérios para a seleção de usuários que não permitissem aos entrevistadores a liberdade de escolha de usuários para compor a amostra, aproximando-se a seleção realizada, ao máximo, a um sorteio aleatório.

Os entrevistadores foram orientados a verificar o número de entrevistas a serem realizadas, em cada serviço, e calcular o número de dias necessários para concluir essas entrevistas. Na unidade de saúde, após obter o consentimento do gestor para a coleta dos dados necessários à pesquisa, foi preenchida uma planilha padrão com a escala de todos os médicos que possuem agenda de consultas na unidade, por dia da semana. Dessa forma, foi possível ao entrevistador planejar o trabalho, durante os dias de permanência na Unidade Básica de Saúde. Os nomes foram listados por ordem alfabética na planilha de planejamento do sorteio e as entrevistas distribuídas pelos médicos da planilha, obedecendo à ordem alfabética. Após essa etapa, deveria ser identificado o primeiro usuário para entrevistar na agenda de qualquer um dos médicos da amostra: seria o último paciente a ser atendido entre os que já estivessem presentes na unidade.

### 3.4 Fontes de informação

A listagem usada para sorteio dos municípios foi extraída do DATASUS, com a população residente estimada para 2012 pelo IBGE, em março de 2013, disponível no endereço: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/defptohtm.exe?ibge/cnv/popbr.def>>.

O sorteio dos serviços de atenção básica foi baseado na média diária do número de consultas médicas realizadas por serviço, no período de julho de 2013 a dezembro de 2013, em pessoas maiores de 17 anos. A relação do número de consultas médicas por serviço de saúde, por mês, foi fornecida pela Secretaria de Atenção à Saúde, do Ministério da Saúde, em maio de 2014. Em julho de 2014, foram fornecidos dados de consulta médica mensal do mês de maio de 2014. A média do número de consultas médicas diárias de 2013 foi cotejada com a média do número de consultas médicas diárias, de maio de 2014, e as diferenças foram usadas para correção do cálculo do número de consultas diárias por serviço.

Verificou-se, no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) <cnes.datasus.gov.br>, a classificação dos serviços de saúde. Entraram para sorteio aqueles classificados como: Posto de Saúde, Centro de Saúde ou Unidade Básica de Saúde e Unidade Mista. Foram excluídas as unidades móveis fluviais ou terrestres, ou os serviços que não apresentaram informações sobre consultas médicas realizadas no período considerado nas listagens.

## 3.5 Fontes de dados

### 3.5.1 Questionários padronizados

As entrevistas foram realizadas com a utilização de um questionário estruturado específico para cada categoria: secretário municipal de saúde, responsável pela assistência farmacêutica no município, responsável pela entrega de medicamentos, médico e usuário.

As entrevistas duraram, em média, 30 minutos. Contudo, para os usuários do SUS, o tempo médio da entrevista variou de acordo com o número de medicamentos utilizados. Todas as entrevistas foram conduzidas por entrevistadores devidamente treinados. Para os médicos, o questionário foi autoaplicado.

### 3.5.2 Observação e registro fotográfico dos serviços de dispensação de medicamentos

Os locais de armazenamento e entrega de medicamentos foram observados, visando investigar as condições em que é realizada a dispensação ou entrega de medicamentos, as condições de armazenamento, o registro das atividades e a disponibilidade física dos medicamentos selecionados. Foi utilizado um roteiro de observação, com registro fotográfico, para a avaliação das unidades dispensadoras de medicamentos.

As observações e o registro fotográfico foram realizados nas farmácias e/ou unidades públicas dispensadoras de medicamentos, estando elas dentro ou fora das instalações físicas das Unidades Básicas de Saúde.

Os pesquisadores seguiram um roteiro verificando as seguintes áreas: atendimento, área interna da farmácia, almoxarifado, local de armazenamento dos medicamentos controlados e termolábeis, sala de atendimento do farmacêutico. Também foram investigados documentos, como a existência de Procedimentos Operacionais Padrão (POPs) utilizados no setor de dispensação, no alvará sanitário, no certificado de responsabilidade técnica (CRT), na licença de funcionamento e na licença do Corpo de Bombeiros.

## 3.6 Fluxograma do trabalho de campo da Pnaum no Componente Avaliação dos Serviços de Assistência Farmacêutica Básica

Após a elaboração dos instrumentos da pesquisa, definiu-se o fluxograma do trabalho de campo, a fim de orientar e padronizar a conduta dos entrevistados. As principais etapas do trabalho estão apresentadas na Figura 1.



### 3.7 Planejamento e aplicação de pré-teste para validação dos instrumentos de coleta de dados

Os questionários e formulários desenvolvidos para a Pnaum no Componente Avaliação dos Serviços de Assistência Farmacêutica Básica foram elaborados por uma equipe de especialistas da área farmacêutica, envolvendo docentes de instituições de ensino superior, pesquisadores, pós-graduandos, profissionais de saúde e gestores do Ministério da Saúde. Após as etapas de elaboração e alinhamento, foi planejado um pré-teste, envolvendo municípios de diferentes portes populacionais: uma capital de Unidade Federativa do País, um município de grande porte e um município de pequeno porte. O objetivo foi verificar, durante a aplicação in loco, as possibilidades de melhoria dos instrumentos.

Para a realização do pré-teste, foi desenvolvido um manual para cada instrumento da pesquisa e um glossário de termos técnicos. Houve uma capacitação prévia dos entrevistadores, com apresentação e discussão do fluxograma de trabalho, orientações sobre cada um dos instrumentos e sobre a forma de abordagem. Após o pré-teste, foi realizada uma reunião de alinhamento entre os pesquisadores e os entrevistadores para os ajustes necessários e discussão dos desafios a serem superados durante o trabalho de campo.

### 3.8 Treinamento dos entrevistadores

Todos os profissionais envolvidos no trabalho de campo receberam treinamento específico presencial e apropriado para o desempenho de suas funções. O treinamento contemplou, além de aspectos relacionados à forma de abordagem dos entrevistados, explicações sobre conceitos fundamentais da pesquisa e padronização dos procedimentos de coleta de dados. O treinamento foi planejado e realizado para dois grupos:

- Responsáveis pelas entrevistas telefônicas com secretários municipais de saúde e responsáveis pela assistência farmacêutica nos municípios.
- Entrevistadores de campo, responsáveis pela realização das entrevistas presenciais e do roteiro de observação.

Durante o treinamento, foi entregue todo o material necessário para o conhecimento da pesquisa e dos instrumentos de coleta de dados (manual, glossário de termos técnicos, cópia dos questionários, cópia dos Termos de Consentimento Livre e Esclarecido, entre outros). No treinamento dos entrevistadores de campo, os instrumentos foram apresentados no formato eletrônico de utilização em campo, ou seja, em *tablets* contendo o aplicativo desenvolvido para a pesquisa. Os entrevistadores que realizaram o pré-teste compartilharam suas experiências com os demais, possibilitando uma rica troca de experiências e discussões.

### 3.9 Descrição dos instrumentos de coleta de dados primários

A descrição de todos os instrumentos utilizados na pesquisa foi inserida nos anexos desta publicação.

#### 3.9.1 Secretário Municipal de Saúde

Foram coletadas informações sobre o **gestor** (idade, sexo, grau de escolaridade, formação, raça, carga horária, tempo de trabalho como gestor, outros vínculos de trabalho, experiência anterior em gestão); sobre a **estrutura e organização da Assistência Farmacêutica** (se a coordenação pertence ao organograma da Secretaria Municipal de Saúde; se tem poder de decisão na aplicação de recursos definidos para a Assistência Farmacêutica (AF); se há representação da AF em instâncias deliberativas da saúde; se consta no plano municipal de

saúde; se tem sistema informatizado de gestão: existência em rede com as UBS e componentes; Comissão de Farmácia e Terapêutica (CFT): existência e formalização); sobre o **financiamento da Assistência Farmacêutica** (repasso de recursos: estado e Ministério da Saúde, gastos, gastos com recursos e estruturação da AF, aplicação do valor pactuado para o componente básico pelo município e estado, utilização de recursos para aquisição de medicamentos do componente básico para cobrir demanda de outros medicamentos, recursos do componente básico suficientes, comissão permanente de licitação (CPL) exclusiva para aquisição de medicamentos); sobre a **aquisição de medicamentos** (responsável pela especificação técnica, modalidade de compra, responsável pela compra, compra em farmácias locais, influência do Programa Farmácia Popular do Brasil na aquisição, Programa Farmácia Popular do Brasil utilizado para resolver demandas, medicamentos adquiridos por mandado judicial e valor gasto, armazenamento de estoque, transporte, causas e soluções para o desabastecimento, sobra de medicamentos); sobre o **gerenciamento de resíduos** (existência de plano de gerenciamento de resíduos de serviços de saúde, serviço específico de recolhimento de resíduos de medicamentos, destino final de resíduos de medicamentos); sobre a **participação e controle social** (se o usuário participa das decisões em relação à gestão da AF; mecanismos para receber críticas e sugestões dos usuários e profissionais de saúde a respeito da AF; Conselho Municipal de Saúde: discute e delibera sobre questões da AF, implementação de decisões aprovadas, relatório de gestão específica a prestação de contas dos gastos com AF); sobre os **profissionais da Assistência Farmacêutica**: (número de farmacêuticos, vínculo, capacitação); sobre a **seleção – padronização de medicamentos** (existência de lista padronizada e atualizada, participação do processo de elaboração da lista, disponibilização da lista nas Unidades Básicas de Saúde, critério de composição da lista, sugestão ou reivindicação de inclusão e/ou exclusão de medicamentos, adequação da lista de medicamentos adotada à demanda, critérios de fornecimento de algum medicamento não inserido na lista, proposta de mudança na lista com evidência científica e fonte de evidência; solicitação de aquisição de medicamentos, motivos e encaminhamento, existência e principais reivindicações dos profissionais de saúde para mudança da lista padronizada do município); sobre a **aquisição, armazenamento e distribuição** (responsável pela especificação técnica de medicamentos, modalidade de compra, compras em parceria, compra em farmácias locais, medicamentos adquiridos por mandado judicial e gastos, presença de assessoria jurídica e farmacêutica, Programa Farmácia Popular do Brasil, local de armazenamento de estoque, transporte, causas e soluções para o desabastecimento, soluções para excedente no estoque); sobre a **atenção ao usuário** (informações sobre os locais de entrega dos medicamentos padronizados, responsável pela entrega de medicamentos, serviço específico de orientação para o uso correto de medicamentos); sobre a **propaganda de medicamentos** (se recebe visita de representantes de laboratório e distribuidora de medicamentos, influência das visitas nas decisões da lista padronizada, compra ou seleção de medicamentos; normas para entrada de representantes de laboratório e distribuidora de medicamentos nos serviços da rede pública de saúde e material de propaganda); sobre as **considerações finais** (opinião sobre eficácia do medicamento genérico, entendimento sobre Assistência Farmacêutica, anseios e realidade da AF, participação do farmacêutico no Núcleo de Apoio à Saúde da Família (Nasf) e contribuição do farmacêutico).

### 3.9.2 Responsável pela Assistência Farmacêutica – AF

Foram coletadas informações sobre o **responsável pela Assistência Farmacêutica** (idade, sexo, grau de escolaridade, formação, tempo de trabalho e experiência anterior em gestão, carga horária e outros vínculos de trabalho); sobre a **estrutura da Assistência Farmacêutica** (se a coordenação pertence ao organograma da Secretaria Municipal de Saúde, se a coordenação consta no plano municipal de saúde, se tem autonomia de gestão dos recursos financeiros; se tem sistema informatizado de gestão: componentes e existência em rede com as UBS;

existência de procedimentos operacionais padrão – POPs); sobre a **estrutura e processos de seleção de medicamentos** (Comissão de Farmácia e Terapêutica – CFT: existência, composição, periodicidade de reuniões; lista padronizada de medicamentos: participação da CFT na elaboração da lista, critérios para composição e disponibilização para consulta, diretrizes para inclusão e/ou exclusão de medicamentos e participação dos profissionais de saúde neste processo; formulário terapêutico e protocolos de tratamento específicos: participação da CFT na elaboração e disponibilidade para as UBS); sobre o **financiamento da Assistência Farmacêutica** (repasso de recursos do estado e do Ministério da Saúde; gastos, aplicação do valor pactuado para o componente básico, adequação da aplicação dos recursos financeiros para aquisição de medicamentos, existência de Comissão Permanente de Licitação); sobre a **aquisição de medicamentos** (adequação da lista padronizada à demanda do município, causas e soluções para o desabastecimento, sobra de medicamentos, medicamentos vencidos, fornecimento e frequência de aquisição de medicamento não inserido na lista padronizada, responsável pela especificação técnica de medicamentos, procedimentos para compra, mecanismo de avaliação da qualidade dos fornecedores, compra em farmácias locais, solicitações e encaminhamento para a aquisição de medicamentos não inseridos na lista, medicamentos adquiridos por mandado judicial, presença de assessoria jurídica e farmacêutica, Programa Farmácia Popular do Brasil e incentivo financeiro municipal para inserção de práticas integrativas no cuidado); sobre a **participação e controle social** (mecanismos para receber críticas e sugestões dos usuários e profissionais de saúde; Conselho Municipal de Saúde: participação do gestor ou farmacêutico, atuação na Assistência Farmacêutica, prestação de contas dos gastos da AF; existência de detalhamento dos gastos da AF; participação do responsável da AF no planejamento das ações de saúde das diferentes áreas técnicas); sobre os **trabalhadores envolvidos** (contratação, remuneração, presença de outros profissionais, locais onde ocorre entrega de medicamentos, com e sem presença do farmacêutico; Núcleo de Apoio à Saúde da Família – Nasf: existência, inclusão de farmacêuticos, capacitação; informações sobre os medicamentos: recursos utilizados pelos profissionais de saúde, informativos para usuários e equipe de saúde); sobre a **organização do acesso aos medicamentos** (Unidades Básicas de Saúde e Centros de Saúde Especializados: fornecimento de medicamentos, presença de farmacêuticos e carga horária, realização de seguimento farmacoterapêutico, organização da entrega de medicamentos, locais de disponibilidade dos medicamentos da Atenção Básica, da Portaria nº 344, de 12 de maio de 1998, dos medicamentos constantes dos Programas Estratégicos e do Componente Especializado); sobre o **armazenamento** (local, condições de armazenamento, controle de entrada e saída, medicamentos de controle especial, medicamentos sensíveis à temperatura, controle da validade, inventário, transporte, organização da distribuição dos medicamentos para as UBS, descarte, local específico para a deposição e o recolhimento de resíduos, monitoramento das condições de armazenamento; dispensação dos medicamentos na central de abastecimento farmacêutico (CAF) e na Unidade Básica de Saúde: entrega de medicamentos, o responsável pela entrega, orientação, dispensação de medicamento fracionado e fornecimento do número de lote e prazo de validade); sobre a **informação e monitoramento do uso de medicamentos** (disponibilidade de informações sobre locais de entrega de medicamentos padronizados, padronizados de registro e encaminhamento de queixa e/ou notificação de eventos adversos dos medicamentos); e sobre a **classificação da organização da Assistência Farmacêutica**.

### 3.9.3 Médicos

Foram coletadas informações sobre o **médico** (idade, sexo, tempo de formação, raça, especialidade, carga horária, tempo de trabalho na unidade e outros vínculos de trabalho); sobre a **Assistência Farmacêutica** (conhecimento e disponibilidade da lista de medicamentos, análise de adequação da lista e da quantidade ofertada às necessidades dos usuários, participação do processo de elaboração da lista, conhecimento dos procedimentos para solicitação de inclusão

e/ou exclusão de medicamento na lista, participação no processo de solicitação para inclusão e/ou exclusão; acesso ao protocolo de uso de medicamentos: Formulário Terapêutico, linhas de cuidado, consenso; solicitação dos usuários para prescrição de algum medicamento ou para mudança da prescrição, conhecimento sobre a Denominação Comum Brasileira (DCB) para prescrição de medicamentos e do Centro de Informação sobre Medicamentos (CIM), recebimento de informação sobre os medicamentos que estão disponíveis na farmácia da Unidade Básica de Saúde e como considera a qualidade dessa informação, ações em caso de falta de medicamentos, recebimento de solicitação dos usuários para prescrição de medicamentos ou mudança da prescrição, medicamentos mais solicitados pelos usuários e os motivos dessa solicitação, referimento de uso de medicamentos por conta própria e quais os mais utilizados, oferta de amostras grátis, percepção sobre o seguimento da prescrição medicamentosa e as orientações não medicamentosas, relação do profissional e/ou usuário, realização de notificação de queixas técnicas e eventos adversos, avaliação da organização da Assistência Farmacêutica, interferência política na Assistência Farmacêutica e/ou na Dispensação de Medicamentos, no Programa Mais Médicos e nos critérios de alocação).

#### 3.9.4 Responsável pela entrega de medicamentos na farmácia

Foram coletadas informações sobre o **responsável pela entrega do medicamento** (idade, sexo, grau de escolaridade, formação, capacitação, carga horária, tempo de trabalho na atividade de dispensação, outros vínculos de trabalho, função principal); sobre a **gestão da Assistência Farmacêutica** (número de atendimentos, medicamentos dispensados, número de pessoas que atuam na farmácia; sistema informatizado de gestão: existência do sistema informatizado, se em rede com as UBS, participação do farmacêutico no controle de entrada e saída, organização e entrega de medicamentos; fontes de obtenção de informação sobre os medicamentos, normas para entrada de representantes de laboratório e distribuidora de medicamentos e material de propaganda, presença de amostra grátis); sobre a **seleção de medicamentos** (lista padronizada de medicamentos e disponibilidade para consulta pelos profissionais, sugestão ou reivindicação de inclusão e/ou exclusão de medicamentos, adequação da lista de medicamentos adotada à demanda); sobre a **programação** (informações utilizadas); sobre o **abastecimento** (desabastecimento e suas causas, procedimento adotado com o usuário nesta situação, sobra de medicamentos); sobre o **armazenamento** (local, condições de armazenamento, controle de entrada e saída, medicamentos de controle especial, medicamentos sensíveis à temperatura, controle da validade e de estoque, inventário, procedimento padronizado para descarte de resíduos, local específico para armazenamento e serviço de recolhimento de resíduos, dispensação de medicamento fracionado e fornecimento do número de lote e prazo de validade); sobre a **dispensação** (filas e tempo de espera, conhecimento de local de dispensação dos medicamentos estratégicos, disponibilidade de informações ao usuário quanto à forma de utilização e armazenamento dos medicamentos, profissional responsável pelas informações, realização de registro e encaminhamento de queixas técnicas e/ou notificações de evento adverso); sobre **outras atividades realizadas pela Unidade Básica de Saúde** (tipos e participação, participação em reuniões de equipe, atividades sobre o uso de medicamentos, entendimento sobre Assistência Farmacêutica; atividades de caráter clínico como: oferecimento, realização, local específico, registro, capacitação e compartilhamento com outros profissionais; habilidade para desenvolver atividades e sobre a **avaliação da organização da AF**).

#### 3.9.5 Usuário

Foram coletadas informações sobre os **usuários** (idade, sexo, grau de escolaridade); **doenças crônicas** (hipertensão, diabetes, doenças cardíacas, colesterol elevado, AVC; doenças pulmonares crônicas como: asma, bronquite crônica, enfisema ou outra; artrite ou reumatismo, depressão, outras doenças com mais de seis meses de duração. Para todas as doenças, verifica-

se o relato da existência de diagnóstico médico, utilização de medicamentos, a relação destes e a falta de medicamento nos últimos 30 dias); sobre o **serviço de saúde e farmácia** (utilização do SUS, cadastramento na Unidade Básica de Saúde, acesso, tempo de espera, adequação do horário de funcionamento, motivo da consulta, facilidade de aquisição de medicamento na UBS, tempo de espera para retirar medicamento, orientação quando há falta de medicamento, motivo de falta do medicamento, aquisição do medicamento em caso de falta, uso de plantas e chás, recebimento de informações sobre utilização de medicamentos, informações suficientes, avaliação do atendimento, sugestões de melhoria, participação em atividades de promoção da saúde, conhecimento e utilização da Farmácia Popular); sobre o **comportamento no uso dos medicamentos** (utilização de medicamentos sem receita médica e motivações para o uso, motivos para descontinuação de medicamento com receita médica); sobre o **estilo de vida** (álcool, prática de atividade física, fumo, dieta); sobre **plano de saúde e/ou convênio, informações sobre domicílio e bens de consumo, renda e avaliação geral de saúde**.

### 3.9.6 Roteiro de observação e registro fotográfico

O observador foi acompanhado por um profissional da equipe de atenção básica que conhecia os locais de dispensação e armazenamento (quando existentes) de medicamentos na Unidade Básica de Saúde. Quando a unidade de dispensação de referência para a UBS estava em outra localidade, o entrevistador dirigia-se a esse novo local para aplicar o roteiro de observação. Todas as questões foram respondidas com base na observação local e não apenas com a informação do profissional que acompanhou o entrevistador.

O observador fotografou as diferentes áreas: guichê, balcão e/ou janela de entrega de medicamentos, área interna da farmácia, área de estoque da farmácia (quando existente), prateleiras dos medicamentos (fotografia panorâmica e com proximidade para identificação dos produtos e do local de armazenamento dos medicamentos controlados).

O observador também verificou a existência e disponibilidade física dos procedimentos operacionais padronizados utilizados no setor de dispensação.

Foram coletadas informações sobre a **unidade** (identificação; características: tipo e número de equipes de saúde da família (ESF), profissionais que compõem a ESF, Núcleo de Apoio à Saúde da Família (Nasf), profissionais que compõem a equipe do Nasf); sobre o **local de dispensação** (turno de atendimento ao público, funcionamento semanal, presença de farmacêutico na dispensação; equipe: dispensário; número médio de atendimentos: área destinada à espera para atendimento e características da área, presença de área destinada ao armazenamento de medicamentos diferente da área de dispensação); sobre a **área de dispensação** (tamanho, organização dos medicamentos; avaliação geral da área: licenciamento sanitário vigente e visível, sistema de senha para atendimento, grades separando o guichê de atendimento, condições para o fracionamento de medicamentos listados, computador, ar-condicionado, refrigerador, entre outros; área destinada à consulta farmacêutica ou seguimento farmacoterapêutico e avaliação dessa área); sobre a **área de armazenamento** (tamanho; avaliação geral da área: luz solar incidente, sujidade, indícios de presença de roedores ou insetos, mofo, infiltração, controle de entrada e circulação de pessoas, ar-condicionado, estante para estoque, e outros); **sobre os medicamentos** (medicamentos padronizados, disponibilidade dos medicamentos na unidade de dispensação, medicamentos vencidos no estoque).

## 3.10 Dados secundários

Os dados secundários foram obtidos nas bases de dados oficiais, segundo sua disponibilidade e considerando a data mais recente de atualização. Foram consultados: o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE); o Departamento de Informática do SUS

(DATASUS); o Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM); o Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (Sinasc); o Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH); o Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan); o Sistema de Informação da Atenção Básica (Siab); o Sistema de Informações sobre Orçamento Público em Saúde (Siops) e o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES). Além disso, foram avaliados, quando disponíveis, o plano municipal de saúde e os pactos das comissões intergestores (bi e tripartite).

### *3.10.1 Perfil demográfico de cada município e estado*

População total, por sexo, por faixa etária, percentual de população urbana e de população rural, número de nascidos vivos.

### *3.10.2 Perfil socioeconômico*

Principais atividades econômicas, o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), o Produto Interno Bruto (PIB) do município e o PIB *per capita*.

Porcentagem do gasto em saúde e/ou receitas totais.

Porcentagem de domicílios com abastecimento público de água.

Porcentagem de domicílios com esgoto tratado.

### *3.10.3 Perfil epidemiológico de cada município e estado*

#### *3.10.3.1 Indicadores de mortalidade*

Taxas de mortalidade infantil, neonatal, tardia; mortalidade geral e por faixa etária; por gravidez e puerpério; por doenças do aparelho circulatório, por doenças do aparelho respiratório, por diabetes, por tuberculose; causas externas; por diabetes; por doenças infecto-parasitárias.

#### *3.10.3.2 Indicadores de morbidade*

Principais causas de internações nos hospitais do município; morbidades: doenças de notificação compulsória; número de pacientes com hipertensão; tuberculose, diabetes e doenças mentais (depressão); gestantes inscritas e gestantes de alto risco.

#### *3.10.3.3 Indicadores dos serviços*

Cobertura vacinal e cobertura de pré-natal.

### *3.10.4 Serviços e profissionais dos municípios*

Número total e tipos de estabelecimentos de saúde.

Número total e tipos de estabelecimentos prestadores de serviços ao SUS.

Número de leitos existentes no município, total e por especialidade (taxa de leitos hospitalares no município por habitante); número de leitos disponíveis para o SUS (Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde, Plano de Saúde do Município).

Número de médicos, dentistas, enfermeiros e farmacêuticos na rede pública municipal (hospitais e na atenção básica).

Percentual de cobertura da população pela Estratégia Saúde da Família no município.

### 3.10.5 Caracterização do Sistema de Saúde Municipal

Plano de Saúde.

Relatório de Gestão Anual.

Tipo de gestão: responsabilidade pela Atenção Básica apenas, responsabilidade pela AB e componentes da média e alta complexidade (MAC): Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde (Coap).

Percentual de cobertura da população pelo Núcleo de Apoio à Saúde da Família (Nasf) no município.

Serviço de Vigilância Sanitária – competências.

### 3.10.6 Outras informações secundárias relacionadas à Assistência Farmacêutica

Percentual de Nasf com farmacêutico no município.

Número total de estabelecimentos públicos com farmácia ou dispensários de medicamentos no município.

Relação dos Medicamentos do Componente Básico da Assistência Farmacêutica (AF) homologado pela Comissão Intergestora Bipartite (CIB).

Forma de pactuação da AF homologada pela CIB.

Valor transferido pelo Fundo para o Componente Básico da Assistência Farmacêutica em 2013.

Valor pago pelo Ministério da Saúde para o Programa Farmácia Popular do Brasil, para cada município sorteado.

Plano de Assistência Farmacêutica e/ou Plano de Saúde.

Relação Municipal de Medicamentos – Remune.

Documentos (portarias ou similares) de nomeação da Comissão de Farmácia e Terapêutica.

Diretrizes e/ou normas detalhadas por escrito, relativas à apresentação de solicitações de inclusão e/ou exclusão de medicamento.

Material informativo sobre medicamentos para distribuição aos usuários.

Procedimentos escritos destinados ao recolhimento de queixa e/ou notificação de evento adverso do medicamento.

Documentos oficiais (atas, relatórios etc.) comprobatórios da prestação de contas da Assistência Farmacêutica no Conselho Municipal de Saúde.

Documentos oficiais (atas, resoluções, portarias etc.) comprobatórios da participação do Conselho Municipal nas decisões relacionadas à Assistência Farmacêutica no município.

Protocolos clínicos homologados e utilizados na atenção básica.

Organograma da Secretaria Municipal de Saúde, verificando o decreto de competências de organização municipal.

Procedimentos escritos sobre descarte de medicamentos (Plano de Gerenciamento de Resíduos).

Portarias ou resoluções que regulamentem a propaganda de medicamentos nos serviços de saúde.



## Considerações éticas

A investigação da Pnaum foi submetida à Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (Conep), sob o Certificado de Apresentação para Apreciação Ética - CAAE 18947013.6.0000.0008, e foi aprovada mediante o parecer nº 398.131/2013, para execução em âmbito nacional.

Os entrevistados foram esclarecidos sobre a pesquisa e a estratégia de coleta de dados. Toda entrevista foi precedida pela assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Cada entrevistado recebeu uma cópia do termo assinado. Os resultados desta investigação serão divulgados com garantia de anonimato dos participantes, ou seja, sem nenhuma forma de identificação individual.





## Referências

ADAY, L. A.; ANDERSEN, R. A. A framework for the study of access to medical care. **Health Serv. Res.**, [S.l.], v. 9, p. 208-220, 1974.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 338, de 6 de maio de 2004. Aprova a Política Nacional de Assistência Farmacêutica. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 20 maio 2004. Seção 1, p. 52.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria nº 176, de 8 de março de 1999. Estabelece critérios e requisitos para a qualificação dos municípios e estados ao incentivo à Assistência Farmacêutica Básica e define valores a serem transferidos. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 11 mar. 1999. Seção 1, p. 22.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria nº 204, de 29 de janeiro de 2007. Regulamenta o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde, na forma de blocos de financiamento, com o respectivo monitoramento e controle. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 31 jan. 2007. Seção 1, p. 45.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.077, de 17 de setembro de 2012. Institui a Pesquisa Nacional sobre Acesso, Utilização e Promoção do Uso Racional de Medicamentos no Brasil (PNAUM). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 19 set. 2012. Seção 1, n. 182, p. 36. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt2077\\_17\\_09\\_2012.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt2077_17_09_2012.html)>. Acesso em: 6 abr. 2015.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria 3.916, de 30 de outubro de 1998. Aprova a Política Nacional de Medicamentos e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 10 nov. 1998. Seção 1, p. 18.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. **Serviços Farmacêuticos na Atenção Básica à Saúde**. Brasília, 2014. 108 p. (Cuidado Farmacêutico na Atenção Básica – Caderno 1).

\_\_\_\_\_. Presidência da República. Lei nº 8080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 20 set. 1990. p. 18055.

OLIVEIRA, L. C. F.; ASSIS, M. M. A.; BARBONI, A. R. Assistência Farmacêutica no Sistema Único de Saúde: da Política Nacional de Medicamentos à atenção básica à saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, [S.l.], v. 15, p. 351-357, 2010. Supl. 3.

PENCHANSKY, R.; THOMAS, J. W. The concept of access: definition and relationship to consumer satisfaction. **Med. Care**, [S.l.], v. 19, n. 2, p. 127-140, 1981.

SOARES, L. et al. Model for drug dispensing service based on the care process in the Brazilian health system. **Brazilian Journal of Pharmaceutical Sciences**, [S.l.], v. 49, n. 1, p. 107-116, 2013.

VIEIRA, F. Pharmaceutical assistance in the Brazilian public health care system. **Rev. Panam. Salud Publica**, [S.l.], v. 27, n. 2, p. 149-156, 2010.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **How to develop and implement a national drug policy**. 2<sup>nd</sup> ed. Geneva: WHO, 2001. 83 p. Disponível em: <<http://whqlibdoc.who.int/publications/924154547X.pdf>>. Acesso em: 6 abr. 2015.



## 2. Quantidade de profissionais que compõem a equipe da unidade:

	Profissional	Quantidade
2A	Médico generalista.	[ ][ ]
2B	Médico especialista (pediatra, cardiologista etc.).	[ ][ ]
2C	Enfermeiro.	[ ][ ]
2D	Cirurgião-dentista.	[ ][ ]
2E	Farmacêutico.	[ ][ ]
2F	Psicólogo.	[ ][ ]
2G	Fisioterapeuta.	[ ][ ]
2H	Nutricionista.	[ ][ ]
2I	Assistente social.	[ ][ ]
2J	Técnico de Enfermagem.	[ ][ ]
2K	Auxiliar de Enfermagem.	[ ][ ]
2L	Técnico de Saúde Bucal.	[ ][ ]
2M	Auxiliar de Saúde Bucal.	[ ][ ]
2N	Agente comunitário de saúde.	[ ][ ]
2O	Técnico de laboratório.	[ ][ ]
2P	Microscopista.	[ ][ ]
2Q	Outro:	[ ][ ]
2R	Outro:	[ ][ ]
2S	Outro:	[ ][ ]
2T	Outro:	[ ][ ]
2U	Outro:	[ ][ ]

## 3. Dentro da Farmácia e/ou Unidade Dispensadora, conta com equipe de Profissionais do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (Nasf)?

1. Sim.                      2. Não. (**Vá para a 5**).                      [ ]

## 4. Profissionais do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (Nasf):

1. Sim.                      2. Não.

	Profissional	Quantidade
4A	Assistente social.	[ ][ ]
4B	Farmacêutico.	[ ][ ]
4C	Fisioterapeuta.	[ ][ ]
4D	Fonoaudiólogo.	[ ][ ]
4E	Psicólogo.	[ ][ ]
4F	Profissional da Educação Física.	[ ][ ]
4G	Nutricionista.	[ ][ ]
4H	Médico ginecologista e/ou obstetra.	[ ][ ]
4I	Médico homeopata.	[ ][ ]
4J	Médico acupunturista.	[ ][ ]
4K	Médico pediatra.	[ ][ ]
4L	Médico internista (clínica médica).	[ ][ ]
4M	Médico do trabalho.	[ ][ ]





9	A sua cor ou raça é: *Ler as alternativas	1. ( ) Branca. 2. ( ) Preta. 3. ( ) Amarela. 4. ( ) Parda. 5. ( ) Indígena.
10	Estado civil:	1. ( ) Solteiro(a). 2. ( ) Casado(a). 3. ( ) União estável. 4. ( ) Divorciado(a) ou separado(a) judicialmente. 5. ( ) Viúvo(a). 99. ( ) Não sei.
11	Escolaridade: <b>Para gestores com pós-graduação ou mestrado/doutorado, registrar também o curso superior de formação.</b>	1. ( ) Sem escolaridade. 2. ( ) Ensino fundamental (1o grau) incompleto. 3. ( ) Ensino fundamental (1o grau) completo. 4. ( ) Ensino médio (2o grau) incompleto. 5. ( ) Ensino médio (2o grau) completo. 6. ( ) Superior incompleto. 7. ( ) Superior completo. Especificar: _____ 8. ( ) Pós-graduação lato sensu (especialização, MBA). 9. ( ) Mestrado ou doutorado.

### III – VÍNCULO EMPREGATÍCIO

12	Há quanto tempo o(a) Sr.(a) trabalha como gestor desta Secretaria?	_ _ _ _  meses
13	Carga horária semanal de trabalho nesta Secretaria Municipal de Saúde:	_ _ _  horas/semana
14	Qual o seu vínculo com o município/DF	1. ( ) Servidor público concursado. 2. ( ) Cargo comissionado. 3. ( ) Servidor cedido de outra instituição. 4. ( ) Outros. Especificar: _____
15	O(A) Sr.(a) tem outros vínculos de trabalho neste município/DF?	1. ( ) Sim. Especificar: _____ 2. ( ) Não.
16	O(A) Sr.(a) tem outros vínculos de trabalho em outros municípios/DF?	1. ( ) Sim. Especificar: _____ 2. ( ) Não.
17	O(A) Sr.(a) já exerceu atividade de gestor anteriormente?	1. ( ) Sim. Especificar: _____ 2. ( ) Não.

### IV – ESTRUTURA E ORGANIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA NO MUNICÍPIO/DF

(Agora vou fazer algumas perguntas sobre a organização da assistência farmacêutica no seu município/DF).

18	A coordenação da AF faz parte do organograma da Secretaria Municipal de Saúde/DF?	1. ( ) Sim. 2. ( ) Não. 99. ( ) Não sei.
19	A AF consta do Plano Municipal de Saúde/DF?	1. ( ) Sim. 2. ( ) Não. 99. ( ) Não sei.
20	1. A coordenação da AF do município/DF tem autonomia de gestão dos recursos financeiros definidos para a AF?	1. ( ) Sim. 1A. ( ) Totalmente. 1B. ( ) Parcialmente. 2. ( ) Não. 99. ( ) Não sei.
21	Existe representação da AF em instâncias deliberativas da saúde no município/DF? <b>Pode assinalar mais de uma opção.</b>	1. ( ) Sim, no Conselho Municipal de Saúde. 2. ( ) Sim, no Colegiado de Gestão. 3. ( ) Sim, em outro. Especificar: _____ 4. ( ) Não. 99. ( ) Não sei.
22	Existe um sistema informatizado para a gestão da Assistência Farmacêutica?	1. ( ) Sim. Especificar: _____ 2. ( ) Não. => <b>Passe para a 25.</b> 99. ( ) Não sei. => <b>Passe para a 25.</b>

			Sim	Não	Não sei	
23	Quais destes itens estão incluídos no sistema informatizado? <b>Assinalar uma opção para cada item.</b>	23A	Aquisição.			
		23B	Controle e/ou execução financeira.			
		23C	Recebimento e/ou aceite nota.			
		23D	Armazenamento, controle de estoque e informações sobre os produtos (lote, fornecedor, validade etc.).			
		23E	Distribuição.			
		23F	Entrega dos medicamentos ao usuário e/ou dispensação.			
		23G	Informações técnicas sobre os medicamentos (dose, posologia, reações adversas, etc.).			
		23H	Prontuário do paciente.			
		23I	Outros.			
24	Este sistema informatizado está ligado em rede com as unidades de saúde do município/DF?	1. ( ) Sim. 2. ( ) Não. 99. ( ) Não sei.				

## V – FINANCIAMENTO

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

25	O município/DF recebeu recursos do Ministério da Saúde para a estruturação da AF básica no último ano?	1. ( ) Sim. Especificar: R\$ _____ 2. ( ) Não. 99. ( ) Não sei.
26	O município/DF recebeu recursos do Estado para a estruturação da AF no último ano?	1. ( ) Sim. Especificar: R\$ _____ 2. ( ) Não. 99. ( ) Não sei.
27	O município/DF realizou gasto com a estruturação da Assistência Farmacêutica no último ano?	1. ( ) Sim. Especificar: R\$ _____ 2. ( ) Não. 99. ( ) Não sei.
28	Qual a forma de pactuação da execução dos recursos do Componente Básico da AF no seu município/DF?	1. ( ) Totalmente centralizado no Estado. 2. ( ) Totalmente descentralizado para o município/DF. 3. ( ) Parcialmente descentralizado para o município. 4. ( ) Outro. Especificar: _____ 99. ( ) Não sei
29	Qual o valor total pactuado para o Componente Básico da Assistência Farmacêutica (CBAF) no município/DF?	R\$ _____ total/ano. 99. ( ) Não sei.
30	Qual o recurso repassado pelo Ministério da Saúde para a aquisição de medicamentos do CBAF do município/DF no último ano?	R\$ _____ total/ano. 99. ( ) Não sei.
31	Qual o recurso repassado/executado pelo estado/DF para a aquisição de medicamentos do CBAF do município/DF no último ano?	R\$ _____ total/ano. 99. ( ) Não sei.
32	Qual o recurso repassado/executado pelo estado para a aquisição de insumos do CBAF do município/DF no último ano?	R\$ _____ total/ano. 99. ( ) Não sei.

33	Qual foi o valor gasto com a compra de medicamentos, utilizando recursos próprios do município/DF, no último ano?	R\$ _____ total/ano. 99. ( ) Não sei.
34	Qual foi o valor gasto com a compra de insumos, utilizando recursos próprios do município/DF, no último ano?	R\$ _____ total/ano. 99. ( ) Não sei.
35	O(A) Sr.(a) sabe informar qual foi o gasto total do município/DF com a Assistência Farmacêutica no último ano?	1. ( ) Sim. Especificar R\$ _____ 2. ( ) Não.
36	O município/DF aplicou, no último ano, o valor total de contrapartida do Componente Básico da Assistência Farmacêutica pactuado?	1. ( ) Sim. 2. ( ) Não. 99. ( ) Não sei.
37	O estado/DF aplicou, no último ano, o valor na contrapartida do Componente Básico da Assistência Farmacêutica pactuado?	1. ( ) Sim. 2. ( ) Não. 99. ( ) Não sei.
38	O município/DF usa recursos destinados à aquisição de medicamentos do Componente Básico da Assistência Farmacêutica para cobrir demandas de outros medicamentos?	1. ( ) Sempre. 2. ( ) Repetidamente. 3. ( ) Às vezes. 4. ( ) Raramente. 5. ( ) Nunca. 99. ( ) Não sei.
39	Os recursos do Componente Básico da Assistência Farmacêutica são suficientes para atender à demanda do município/DF?	1. ( ) Sim. 2. ( ) Não. 99. ( ) Não sei.

## VI - ESTRUTURA E PROCESSOS DE SELEÇÃO DE MEDICAMENTOS NO MUNICÍPIO/DF

40	Existe Comissão de Farmácia e Terapêutica (CFT) formalmente constituída na Secretaria Municipal de Saúde/DF?	1. ( ) Sim. 2. ( ) Em fase de implantação. 3. ( ) Não. => <b>Passar para a 42.</b> 99. ( ) Não sei. => <b>Passar para a 42.</b>
41	A CFT foi formalizada em portaria ou documento similar?	1. ( ) Sim. Especificar: _____ 2. ( ) Não. 99. ( ) Não sei.
42	Existe no município/DF uma lista padronizada de medicamentos?	1. ( ) Sim. 2. ( ) Não. => <b>Passar para a 54.</b> 99. ( ) Não sei. => <b>Passar para a 54.</b>
43	A lista padronizada de medicamentos é atualizada periodicamente?	1. ( ) Sim. 2. ( ) Não. => <b>Passar para a 45.</b> 99. ( ) Não sei. => <b>Passar para a 45.</b>
44	Qual a frequência de atualização da lista padronizada de medicamentos?	1. ( ) Mensal. 2. ( ) Trimestral. 3. ( ) Semestral. 4. ( ) Anual. 5. ( ) Outro. Especificar: _____ 99. ( ) Não sei.
45	Quando foi realizada a última atualização da lista padronizada do município/DF?	1. _____ / _____ (mês/ano). 99. ( ) Não sei.
46	O(A) Sr.(a) participa do processo de elaboração da lista padronizada de medicamentos?	1. ( ) Sim. 2. ( ) Não. 99. ( ) Não sei.
47	A lista padronizada de medicamentos é disponibilizada para consulta na(s): <b>Pode assinalar mais de uma opção.</b>	1. ( ) Central de abastecimento (CAF). 2. ( ) Unidades de saúde. 3. ( ) Outras unidades de dispensação. 4. ( ) Consultórios médicos. 5. ( ) No sistema informatizado da rede de saúde. 6. ( ) Não é disponibilizada para consulta. 99. ( ) Não sei.

48	Qual(is) o(s) critério(s) utilizado(s) para a composição da lista padronizada de medicamentos do município/DF?	1. ( ) Dados do município (perfil epidemiológico, consumo etc.). 2. ( ) Demanda dos serviços municipais de saúde. 3. ( ) Relatórios de controle de estoque das UBS. 4. ( ) Relatórios da Assistência Farmacêutica. 5. ( ) Utilização da lista do Estado (Resme) ou da União (Rename) como referência. 6. ( ) Manutenção das listas anteriores do município. 7. ( ) Evidências científicas. 8. ( ) Lançamento de novos medicamentos no mercado. 9. ( ) Necessidade dos protocolos clínicos implantados. 10. ( ) Existência de demanda judicial para o medicamento e/ou produto no município. 11. ( ) Outro. Especificar: _____ 12. ( ) Não utiliza método algum. 99. ( ) Não sei.
49	O Sr.(a) já reivindicou ou sugeriu a inclusão e/ou a exclusão de medicamentos da lista padronizada pelo município/DF?	1. ( ) Sim. Por quê? _____ 2. ( ) Não. 99. ( ) Não sei.
50	A lista padronizada de medicamentos adotada atende à demanda em saúde do município/DF?	1. ( ) Totalmente. 2. ( ) Parcialmente. 3. ( ) Não. 99. ( ) Não sei.
51	Existem critérios para o município/DF fornecer algum medicamento não inserido na lista padronizada?	1. ( ) Sim. Especificar: _____ 2. ( ) Não. 99. ( ) Não sei.
52	O(A) Sr.(a) recebe solicitações verbais ou por escrito de usuários (individual ou em grupos) para a aquisição de medicamentos não inseridos na lista adotada pelo município/DF?	1. ( ) Sempre. 2. ( ) Repetidamente. 3. ( ) Às vezes. 4. ( ) Raramente. 5. ( ) Nunca. => <b>Passar para a 54.</b> 99. ( ) Não sei. => <b>Passar para a 54.</b>
53	Quando o(a) Sr.(a) recebe solicitações de usuários (individual ou de grupos) para a aquisição de medicamentos não inseridos na lista, qual encaminhamento é dado?	1. ( ) Encaminha para a CFT. 2. ( ) Encaminha para o serviço social. 3. ( ) Outro. Especificar: _____ 4. ( ) Não realiza nenhum encaminhamento. 99. ( ) Não sei.

## VII – AQUISIÇÃO

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

54	Existe uma comissão permanente de licitação (CPL) exclusiva para a aquisição de medicamentos no município/DF?	1. ( ) Sim. 2. ( ) Não. 99. ( ) Não sei.
55	Quem faz a especificação técnica de medicamentos a serem comprados? <b>Pode assinalar mais de uma opção.</b>	1. ( ) Farmacêutico. 2. ( ) Outro profissional. Especificar: _____ 3. ( ) CFT. 99. ( ) Não sei.
56	Qual(is) modalidade(s) de compra é(são) utilizada(s) para a aquisição de medicamentos no município/DF? <b>Pode assinalar mais de uma opção.</b>	1. ( ) Licitação: 1A. ( ) Concorrência. 1B. ( ) Tomada de preço. 1C. ( ) Carta-convite. 1D. ( ) Pregão. 2. ( ) Registro de preço. 3. ( ) Dispensa de licitação. 4. ( ) Outro. Especificar: _____ 99. ( ) Não sei.

			Sim	Não	Não sei	
57	O município/DF faz compras de medicamentos em parceria? <b>Pode assinalar mais de uma opção.</b>	57A	Com outros municípios.			
		57B	Com consórcio de municípios.			
		57C	Com outras instituições.			
		57D	Com o Estado.			
58	Com que frequência os medicamentos são adquiridos pelo município/DF?	1. ( ) Semanalmente. 2. ( ) Mensalmente. 3. ( ) Bimestralmente. 4. ( ) Trimestralmente. 5. ( ) Semestralmente. 6. ( ) Anualmente. 7. ( ) Não há periodicidade definida. 99. ( ) Não sei.				
59	O município/DF compra medicamentos em farmácias e/ou drogarias locais?	1. ( ) Sempre. 2. ( ) Repetidamente. 3. ( ) Às vezes. 4. ( ) Raramente. 5. ( ) Nunca. => <b>Passar para a 61.</b> 99. ( ) Não sei. => <b>Passar para a 61.</b>				
60	Como é feita a compra de medicamentos em farmácias/drogarias locais? <b>Pode assinalar mais de uma opção.</b>	1. ( ) Licitação: 1A ( ) Concorrência. 1B ( ) Tomada de preço. 1C ( ) Carta-convite. 1D ( ) Pregão. 2. ( ) Registro de preço. 3. ( ) Dispensa de licitação. 4. ( ) Outro. Especificar: _____ 99. ( ) Não sei.				
61	O Programa Farmácia Popular influencia na aquisição de medicamentos pelo município/DF?	1. ( ) Sim. Como? _____ 2. ( ) Não. 99. ( ) Não sei.				
62	O(A) Sr.(a) utiliza o Programa Farmácia Popular para resolver demandas por medicamentos no município/DF?	1. ( ) Sim. Como? _____ 2. ( ) Não. 99. ( ) Não sei.				
63	O município/DF adquiriu algum medicamento para atendimento a demandas judiciais, no último ano?	1. ( ) Sim. 2. ( ) Não. => <b>Passar para a 67.</b> 99. ( ) Não sei. => <b>Passar para a 67.</b>				
64	A Secretaria Municipal de Saúde/DF conta com assessoria jurídica para responder às demandas judiciais?	1. ( ) Sim. 2. ( ) Não. 99. ( ) Não sei.				
65	A Secretaria Municipal de Saúde/DF conta com assessoria farmacêutica para responder às demandas judiciais?	1. ( ) Sim. 2. ( ) Não. 99. ( ) Não sei.				
66	Qual foi o valor total gasto para garantir o atendimento a demandas judiciais por medicamento, no último ano?	1. ( ) Valor gasto: R\$ _____ 99. ( ) Não sei.				
67	Existem períodos de desabastecimento de medicamentos no município/DF?	1. ( ) Sim. 2. ( ) Não. => <b>Passar para a 69.</b> 99. ( ) Não sei. => <b>Passar para a 69.</b>				
68	Em sua opinião, qual(is) foi(foram) o(s) motivo(s) que causou(causaram) o desabastecimento no último ano? <b>Pode assinalar mais de uma opção.</b>	1. ( ) Desorganização do setor de compras. 2. ( ) Falhas na programação do município/DF. 3. ( ) Falhas na distribuição de medicamentos pelo almoxarifado. 4. ( ) Problemas no mercado farmacêutico. 5. ( ) Problemas de repasses de medicamentos pelas instâncias do SUS. 6. ( ) Recursos financeiros insuficientes. 7. ( ) Outro. Especificar: _____ 99. ( ) Não sei.				

69	O que é feito quando falta medicamento no estoque da Secretaria Municipal de Saúde? <b>Pode assinalar mais de uma opção.</b>	1. ( ) Nova aquisição. 2. ( ) Ajuste na programação. 3. ( ) Aguarda a nova remessa. 4. ( ) Adquire em farmácia e/ou drogaria privada. 5. ( ) Remaneja entre as Unidades de Saúde. 6. ( ) Negocia com parceiros externos. 7. ( ) Outro. Especificar: _____ 99. ( ) Não sei.
70	O que é feito quando há excedente de algum medicamento no estoque da Secretaria Municipal de Saúde/DF? <b>Pode assinalar mais de uma opção.</b>	1. ( ) Ajuste na programação. 2. ( ) Redistribuição entre as Unidades de Saúde. 3. ( ) Doação. 4. ( ) Negocia a troca com o fornecedor em função do curto prazo de validade. 5. ( ) Negocia a troca com parceiros externos. 6. ( ) Perde-se o que sobrou. 7. ( ) Outro. Especificar: _____ 8. ( ) Não sobram medicamentos. 99. ( ) Não sei.

## VIII - ARMAZENAMENTO DOS MEDICAMENTOS NO MUNICÍPIO/DF

71	Qual o local destinado ao armazenamento de medicamentos do município/DF?	1. ( ) CAF. 2. ( ) Farmácias regionais. 3. ( ) Farmácias básicas de atendimento. 4. ( ) Outro. Especificar: _____ 99. ( ) Não sei.
72	Existem problemas no transporte de medicamentos no município/DF?	1. ( ) Sim. 1A ( ) Veículos insuficientes. 1B ( ) Veículos inadequados. 1C ( ) Veículos insuficientes e inadequados. 2. ( ) Não. 99. ( ) Não sei.
73	Existe no município/DF um Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde que inclua os medicamentos?	1. ( ) Sim. 2. ( ) Não. 99. ( ) Não sei.
74	Existe no município/DF um serviço específico de recolhimento de resíduos de medicamentos, ou seja, de embalagens, sobras, medicamentos impróprios para o consumo?	1. ( ) Sim. 2. ( ) Não. 99. ( ) Não sei.
75	Qual é o destino final dos resíduos de medicamentos?	1. ( ) Enterrado. 2. ( ) Incinerado. 3. ( ) Descartado em aterro sanitário público. 4. ( ) Outro. Especificar: _____ 99. ( ) Não sei.

## IX - ORGANIZAÇÃO DO ACESSO AOS MEDICAMENTOS NO MUNICÍPIO/DF

76	Número de farmácias públicas no município/DF:	_ _ _  unidades.
77	Como se organiza a entrega de medicamentos aos usuários, no Município/DF? <b>Pode marcar mais de uma opção.</b>	1. ( ) Centralizado em um único local. 2. ( ) Descentralizado: 2A ( ) Em farmácias regionais ou distritais. 2B ( ) Em farmácias nas UBS. 2C ( ) Outras. Especificar: _____ 3. ( ) Entrega no domicílio. 99. ( ) Não sei.
78	Quem faz a entrega de medicamentos aos usuários?	1. ( ) Farmacêutico. 2. ( ) Outro profissional. Formação? _____ 99. ( ) Não sei.
79	Em seu município/DF, são disponibilizadas informações sobre os locais de entrega dos medicamentos (exemplo: cartazes, folderes etc.)?	1. ( ) Sim. 2. ( ) Não. 99. ( ) Não sei.

**X - TRABALHADORES ENVOLVIDOS COM A ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA NO MUNICÍPIO/DF**

80	Número de farmacêuticos do município na AF:	_ _ _ _				
81	Há equipes do Núcleo de Apoio à Saúde de Família (Nasf) atuando no município/DF?	1. ( ) Sim. 2. ( ) Não. 99. ( ) Não sei.				
82	As equipes de Nasf possuem farmacêuticos?	1. ( ) Sim. Quantos? _____ 2. ( ) Não. 99. ( ) Não sei.				
83	No seu entendimento a participação do farmacêutico no Nasf pode contribuir para:			Sim	Não	Não sei
		83A	Ampliar o acesso aos medicamentos.			
		83B	Melhorar a organização da CAF.			
		83C	Melhorar a organização da AF no município/DF.			
		83D	Agilizar soluções para a falta de medicamentos.			
		83E	Qualificar as ações de saúde desenvolvidas pela equipe da atenção básica e/ou ESF.			
		83F	Desenvolver procedimentos técnicos pedagógicos com a equipe da atenção básica e/ou ESF visando à promoção do uso racional de medicamentos.			
83G	Orientar pacientes e cuidadores no uso correto de medicamentos.					
84	Existe no município/DF algum tipo de qualificação e/ou capacitação de profissionais da AF?	1. ( ) Sim. 2. ( ) Não. => <b>Passar para a 87.</b> 99. ( ) Não sei. => <b>Passar para a 87.</b>				
85	O município/DF realiza parcerias para a educação continuada dos profissionais da AF?	1. ( ) Sim. Especificar: _____ 2. ( ) Não. 99. ( ) Não sei.				
86	Quais os profissionais recebem qualificação ou capacitação em AF? <b>Pode assinalar mais de uma opção.</b>	1. ( ) Profissionais auxiliares (atendentes). 2. ( ) Farmacêuticos. 3. ( ) Prescritores. 4. ( ) Outros. Especificar: _____ 99. ( ) Não sei.				
87	Existe previsão no orçamento municipal/DF de recursos financeiros para qualificação dos profissionais da AF?	1. ( ) Sim. 2. ( ) Não. 99. ( ) Não sei.				
88	A equipe da AF elabora informativos sobre os medicamentos ou temas relacionados para usuários e/ou equipe de saúde?	1. ( ) Sim. 2. ( ) Não. 99. ( ) Não sei.				
89	Existem mecanismos no município/DF para receber críticas e sugestões dos trabalhadores da saúde sobre a AF?	1. ( ) Sim. Qual(is)? _____ 2. ( ) Não. 99. ( ) Não sei.				

**XII - CONTROLE SOCIAL E PARTICIPAÇÃO DA COMUNIDADE**

90	Existem mecanismos no município/DF para receber críticas e sugestões dos usuários sobre a AF?	1. ( ) Sim. Qual(is)? _____ 2. ( ) Não. 99. ( ) Não sei.			
----	---	--	--	--	--

91	O Conselho Municipal de Saúde discute e delibera sobre questões concernentes à AF no município/DF?	1. ( ) Sempre. 2. ( ) Repetidamente. 3. ( ) Às vezes. 4. ( ) Raramente. 5. ( ) Nunca. => <b>Passa para a 93.</b> 99. ( ) Não sei. => <b>Passa para a 93.</b>
92	As decisões aprovadas, no Conselho Municipal de Saúde, referentes à AF do município/DF são implantadas na prática?	1. ( ) Sempre. 2. ( ) Repetidamente. 3. ( ) Às vezes. 4. ( ) Raramente. 5. ( ) Nunca. 99. ( ) Não sei.
93	A prestação de contas dos gastos com a AF é feita no Conselho de Saúde do município/DF?	1. ( ) Sim. 2. ( ) Não. 99. ( ) Não sei.
94	Os usuários participam das decisões em relação à gestão da AF no município/DF?	1. ( ) Sempre. 2. ( ) Repetidamente. 3. ( ) Às vezes. 4. ( ) Raramente. 5. ( ) Nunca. 99. ( ) Não sei.

### XIII – PROPAGANDA DE MEDICAMENTOS

(Agora vou fazer algumas perguntas sobre propaganda de medicamentos no seu município/DF).

95	Os representantes de laboratórios e de distribuidoras de medicamentos têm acesso aos serviços da rede pública de saúde do município/DF?	1. ( ) Sim. 2. ( ) Não. 99. ( ) Não sei.
96	O município/DF tem alguma norma para regular a entrada de representantes de laboratório farmacêuticos e distribuidoras de medicamentos nos serviços da rede pública de saúde?	1. ( ) Sim. Especificar: _____ 2. ( ) Não. 99. ( ) Não sei.
97	O(A) Sr.(a) recebe visita de representantes de laboratórios farmacêuticos e de distribuidoras de medicamentos?	1. ( ) Sempre. 2. ( ) Repetidamente. 3. ( ) Às vezes. 4. ( ) Raramente. 5. ( ) Nunca. 99. ( ) Não sei.
98	A visita de representantes de laboratórios farmacêuticos ou de distribuidoras de medicamentos influenciou a definição da atual lista padronizada de medicamentos?	1. ( ) Sim. 2. ( ) Não. 99. ( ) Não sei.
99	A visita de representantes de laboratórios farmacêuticos ou de distribuidoras de medicamentos já influenciou a compra ou a seleção de medicamentos no município/DF?	1. ( ) Sim. 2. ( ) Não. 99. ( ) Não sei.

### XIV – DISPOSIÇÕES FINAIS

100	Qual o seu entendimento sobre AF?	_____
101	Como o Sr.(a) avalia a AF do município/DF:	1. ( ) Ótima. 2. ( ) Boa. 3. ( ) Regular. 4. ( ) Ruim. 5. ( ) Péssima. 6. ( ) Não tenho opinião formada. Por quê? _____
102	O que o(a) Sr.(a) espera da AF no município/DF?	_____
103	O(A) Sr.(a) gostaria de fazer algum comentário sobre a pesquisa?	( ) Sim: _____ ( ) Não.

## Apêndice C - Questionário para o Responsável pela Assistência Farmacêutica - AF no município/DF

Data da entrevista |\_|\_|\_|\_|

Horário do início da entrevista |\_|\_|:|\_|\_|

Horário do fim da entrevista |\_|\_|:|\_|\_|

### I - INFORMAÇÕES GERAIS:

1	Município/DF:
2	Estado:

### II - INFORMAÇÕES DO ENTREVISTADO

3	Nome:	
4	Sexo:	1 ( <input type="checkbox"/> ) Feminino      2 ( <input type="checkbox"/> ) Masculino
5	Qual a sua data de nascimento?	_ _ / _ _ / _ _ _ _
6	Escolaridade	1. ( <input type="checkbox"/> ) Sem escolaridade. 2. ( <input type="checkbox"/> ) Ensino fundamental (1o grau) incompleto. 3. ( <input type="checkbox"/> ) Ensino fundamental (1o grau) completo. 4. ( <input type="checkbox"/> ) Ensino médio (2o grau) incompleto. 5. ( <input type="checkbox"/> ) Ensino médio (2o grau) completo. 6. ( <input type="checkbox"/> ) Superior incompleto. 7. ( <input type="checkbox"/> ) Superior completo. Especificar: _____ 8. ( <input type="checkbox"/> ) Pós-graduação lato sensu (especialização, MBA). 9. ( <input type="checkbox"/> ) Mestrado ou doutorado.

### III - VÍNCULO EMPREGATÍCIO

7	Há quanto tempo o(a) Sr.(a) trabalha como gestor e/ou responsável da Assistência Farmacêutica (AF) neste município/DF?	_ _ _ _  meses.
8	Carga horária semanal de trabalho nesta Secretaria Municipal de Saúde:	_ _ _ _  horas/semana.
9	Qual o seu vínculo com o município/DF	1. ( <input type="checkbox"/> ) Servidor público concursado. 2. ( <input type="checkbox"/> ) Cargo comissionado. 3. ( <input type="checkbox"/> ) Servidor cedido de outra instituição. 4. ( <input type="checkbox"/> ) Outros. Especificar: _____
10	O(A) Sr.(a) tem outros vínculos de trabalho neste município/DF?	1. ( <input type="checkbox"/> ) Sim. Especificar: _____ 2. ( <input type="checkbox"/> ) Não.

### IV - ESTRUTURA E ORGANIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA NO MUNICÍPIO/DF

(Agora vou fazer algumas perguntas sobre a organização da assistência farmacêutica no seu município/DF).

11	A coordenação da AF faz parte do organograma da Secretaria Municipal/DF de Saúde?	1. ( <input type="checkbox"/> ) Sim. 2. ( <input type="checkbox"/> ) Não. 99. ( <input type="checkbox"/> ) Não sei.
12	A AF consta do Plano Municipal/DF de Saúde?	1. ( <input type="checkbox"/> ) Sim. 2. ( <input type="checkbox"/> ) Não. 99. ( <input type="checkbox"/> ) Não sei.
13	A coordenação da AF do município/DF tem autonomia de gestão dos recursos financeiros definidos para a AF?	1. ( <input type="checkbox"/> ) Sim. 1A. ( <input type="checkbox"/> ) Totalmente. 1B. ( <input type="checkbox"/> ) Parcialmente. 2. ( <input type="checkbox"/> ) Não. 99. ( <input type="checkbox"/> ) Não sei.

14	Existe um sistema informatizado para a gestão da Assistência Farmacêutica?	1. ( ) Sim. Especificar: _____ 2. ( ) Não. => <b>Passar para a 17.</b> 99. ( ) Não sei. => <b>Passar para a 17.</b>				
15	Quais destes itens estão incluídos no sistema informatizado? <b>Assinalar uma opção para cada item.</b>		Sim	Não	Não sei	
		15A	Aquisição.			
		15B	Controle e/ou execução financeira.			
		15C	Recebimento e/ou aceite nota.			
		15D	Armazenamento, controle de estoque e informações sobre os produtos (lote, fornecedor, validade etc.).			
		15E	Distribuição.			
		15F	Entrega dos medicamentos ao usuário e/ou dispensação.			
		15G	Informações técnicas sobre os medicamentos (dose, posologia, reações adversas, etc.).			
		15H	Prontuário do paciente.			
15I	Outros.					
16	Este sistema informatizado está ligado em rede com as unidades de saúde do município/DF?	1. ( ) Sim. 2. ( ) Não. 99. ( ) Não sei.				
17	Existem Procedimentos Operacionais Padrão (POPs) para: <b>Assinalar uma opção para cada item.</b>		Sim	Não	Não sei	
		17A	Seleção dos medicamentos.			
		17B	Programação.			
		17C	Aquisição.			
		17D	Recebimento.			
17	Existem Procedimentos Operacionais Padrão (POPs) para: <b>Assinalar uma opção para cada item.</b>	17E	Armazenamento.			
		17F	Armazenamento de medicamentos de controle especial.			
		17G	Armazenamento de produtos sensíveis à temperatura.			
		17H	Distribuição.			
		17I	Entrega dos medicamentos ao usuário e/ou dispensação.			
		17J	Descarte - sobras.			
		17L	Devolução de medicamentos.			
		17M	Doações de medicamentos.			
17N	Acompanhamento do uso de medicamentos pelos usuários.					
17O	Não temos nenhum POP.					

## V - FINANCIAMENTO

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

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

## VI - PROCESSOS DE SELEÇÃO DE MEDICAMENTOS NO MUNICÍPIO/DF

24	Existe Comissão de Farmácia e Terapêutica (CFT) formalmente constituída na Secretaria Municipal de Saúde?	1. ( ) Sim. 2. ( ) Em fase de implantação. 3. ( ) Não. => <b>Passar para a 27.</b> 99. ( ) Não sei. => <b>Passar para a 27.</b>
25	A CFT foi formalizada em portaria ou documento similar?	1. ( ) Sim. Especificar: _____ 2. ( ) Não. 99. ( ) Não sei.
26	Com qual periodicidade a Comissão de Farmácia e Terapêutica (CFT) se reúne?	1. ( ) Semanal. 2. ( ) Mensal. 3. ( ) Bimestral. 4. ( ) Semestral. 5. ( ) Anual. 6. ( ) Sem periodicidade definida. 99. ( ) Não sei.
27	Existe no município/DF uma lista padronizada de medicamentos?	1. ( ) Sim. 2. ( ) Não. => <b>Passar para 33.</b> 99. ( ) Não sei. => <b>Passar para 33.</b>
28	Qual a frequência de atualização da lista padronizada de medicamentos?	1. ( ) Mensal. 2. ( ) Trimestral. 3. ( ) Semestral. 4. ( ) Anual. 5. ( ) Outro. Especificar: _____ 99. ( ) Não sei.
29	Quando foi realizada a última atualização da lista padronizada do município/DF?	1. ____/____ (mês/ano) 99. ( ) Não sei.
30	O(A) Sr.(a) participa do processo de elaboração da lista padronizada de medicamentos?	1. ( ) Sim. 2. ( ) Não. 99. ( ) Não sei.
31	A lista padronizada de medicamentos adotada atende à demanda em saúde do município/DF?	1. ( ) Totalmente. 2. ( ) Parcialmente. 3. ( ) Não atende. 99. ( ) Não sei.
32	Existem critérios para o município/DF fornecer algum medicamento não inserido na lista padronizada?	1. ( ) Sim. Especificar: _____ 2. ( ) Não. 99. ( ) Não sei.

33	Quando o(a) Sr.(a) recebe solicitações de usuários (individual ou em grupos) para a aquisição de medicamentos não inseridos na lista, qual encaminhamento é dado?	1. ( ) Encaminha para o gestor municipal (secretário). 2. ( ) Encaminha para a CFT. 3. ( ) Encaminha para o serviço social. 4. ( ) Outro. Especificar: _____ 5. ( ) Não dá nenhum encaminhamento. 6. ( ) Nunca recebi nenhuma solicitação. 99. ( ) Não sei.
34	Os profissionais de saúde reivindicam mudanças na lista padronizada de medicamentos do município/DF?	1. ( ) Sempre. 2. ( ) Repetidamente. 3. ( ) Às vezes. 4. ( ) Raramente. 5. ( ) Nunca. 99. ( ) Não sei.
35	O município/DF tem formulário terapêutico?	1. ( ) Sim. 2. ( ) Não. 99. ( ) Não sei.
36	O município/DF elabora protocolos de tratamento específicos?	1. ( ) Sim. 2. ( ) Não. 99. ( ) Não sei.
37	Quais as formas de fornecimento de medicamentos não padronizados?	1. ( ) Setor específico de medicamentos especiais. 2. ( ) Solicitação administrativa. 3. ( ) Mediante parecer técnico. 4. ( ) Pedido pelo serviço social. 5. ( ) O município não fornece medicamentos não padronizados. 99. ( ) Não sei.

## VII – AQUISIÇÃO

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

38	Existe uma comissão permanente de licitação (CPL) exclusiva para a aquisição de medicamentos no município/DF?	1. ( ) Sim. 2. ( ) Não. 99. ( ) Não sei				
39	Quem faz a especificação técnica de medicamentos a serem comprados? <b>Pode assinalar mais de uma opção.</b>	1. ( ) Farmacêutico. 2. ( ) Outro profissional. Especificar: _____ 3. ( ) CFT. 99. ( ) Não sei				
40	O município/DF faz compras de medicamentos em parceria? <b>Assinalar uma opção para cada item.</b>		Sim	Não	Não sei	
		40A	Com outros municípios.			
		40B	Com consórcio de municípios.			
		40C	Com outras instituições.			
40D	Com o estado.					
41	O município/DF compra medicamentos em farmácias e/ou drogarias locais?	1. ( ) Sempre. 2. ( ) Repetidamente. 3. ( ) Às vezes. 4. ( ) Raramente. 5. ( ) Nunca. 99. ( ) Não sei				
42	O Programa Farmácia Popular influencia na aquisição de medicamentos pelo município/DF?	1. ( ) Sim. Como? _____ 2. ( ) Não. 99. ( ) Não sei				
43	O município/DF adquiriu algum medicamento para atendimento a demandas judiciais, no último ano?	1. ( ) Sim. 2. ( ) Não. => <b>Passar para a 47.</b> 99. ( ) Não sei. => <b>Passar para a 47.</b>				
44	Os medicamentos demandados judicialmente pertencem prioritariamente a qual Componente da AF?	1. ( ) Básico. 2. ( ) Estratégico. 3. ( ) Especializado. 4. ( ) Medicamentos não padronizados. 5. ( ) Outros. Especificar: 99. ( ) Não sei.				

45	A Secretaria Municipal/DF de Saúde conta com assessoria jurídica para responder às demandas judiciais?	1. ( ) Sim. 2. ( ) Não. 99. ( ) Não sei.
46	Qual foi o valor total gasto para garantir o atendimento a demandas judiciais por medicamento, no último ano?	1. ( ) Valor gasto: R\$ _____ 99. ( ) Não sei.
47	Em sua opinião, qual(is) foi(foram) o(s) motivo(s) que causou(causaram) o desabastecimento no último ano? <b>Pode assinalar mais de uma opção.</b>	1. ( ) Desorganização do setor de compras. 2. ( ) Falhas na programação do município/DF. 3. ( ) Falhas na distribuição de medicamentos pelo almoxarifado. 4. ( ) Problemas no mercado farmacêutico. 5. ( ) Problemas de repasses de medicamentos pelas instâncias do SUS. 6. ( ) Recursos financeiros insuficientes. 7. ( ) Outro. Especificar: _____ 8. ( ) Não houve desabastecimento no último ano. 99. ( ) Não sei.
48	O que é feito quando falta medicamento no estoque da Secretaria Municipal de Saúde/DF? <b>Pode assinalar mais de uma opção.</b>	1. ( ) Nova aquisição. 2. ( ) Ajuste na programação. 3. ( ) Aguarda a nova remessa. 4. ( ) Adquire em farmácia e/ou drogaria privada. 5. ( ) Remaneja entre as Unidades de Saúde. 6. ( ) Negocia com parceiros externos. 7. ( ) Outro. Especificar: _____ 99. ( ) Não sei.
49	O que é feito quando há excedente de algum medicamento no estoque da Secretaria Municipal de Saúde/DF? <b>Pode assinalar mais de uma opção.</b>	1. ( ) Ajuste na programação. 2. ( ) Redistribuição entre as Unidades de Saúde. 3. ( ) Doação. 4. ( ) Negocia a troca com o fornecedor em função do curto prazo de validade. 5. ( ) Negocia a troca com parceiros externos. 6. ( ) Perde-se o que sobrou. 7. ( ) Outro. Especificar: _____ 8. ( ) Não sobram medicamentos. 99. ( ) Não sei.
50	Há registro dos medicamentos vencidos e/ou perdidos no município/DF?	1. ( ) Sim. 2. ( ) Não. 99. ( ) Não sei.
51	Qual a porcentagem média de medicamentos vencidos em relação ao total de aquisições?	1. ( ) Zero. 2. ( ) 1 a 5%. 3. ( ) 6 a 10%. 4. ( ) 11 a 20%. 5. ( ) 20 a 30%. 6. ( ) Acima de 30%. 99. ( ) Não sei.

## VIII - ARMAZENAMENTO DOS MEDICAMENTOS NO MUNICÍPIO/DF

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

52	Qual o local destinado ao armazenamento de medicamentos do Município/DF?	1. ( ) CAF. 2. ( ) Farmácias regionais. 3. ( ) Farmácias básicas de atendimento. 4. ( ) Outro. Especificar: _____ 99. ( ) Não sei.				
53	As condições de armazenamento dos medicamentos são monitoradas? <b>Assinalar uma opção para cada item.</b>	92A	Temperatura.	Sim	Não	Não sei
		92B	Umidade.			
		92C	Limpeza.			
		92D	Proteção contra insetos e roedores.			
54	Existe um controle de entrada e saída de medicamentos do almoxarifado?	1. ( ) Sim. Especificar: _____ 2. ( ) Não. 99. ( ) Não sei.				

55	Como é feito o armazenamento dos medicamentos de controle especial?	1. ( ) Em sala separada. 2. ( ) Em armário com chave. 3. ( ) Em prateleiras, com os demais medicamentos. 4. ( ) Outro. Especificar: _____ 99. ( ) Não sei.
56	Existe um espaço específico para o armazenamento de medicamentos sensíveis à temperatura?	1. ( ) Sim. 2. ( ) Não. Como é feito o armazenamento? _____ 99. ( ) Não sei.
57	Existe controle da validade dos medicamentos?	1. ( ) Sim. 2. ( ) Não. 99. ( ) Não sei.
58	O inventário (balanço) dos medicamentos armazenados é feito:	1. ( ) Semanalmente. 2. ( ) Quinzenalmente. 3. ( ) Mensalmente. 4. ( ) Trimestralmente. 5. ( ) Semestralmente. 6. ( ) Anualmente. 7. ( ) Não é feito. 99. ( ) Não sei.
59	Existem problemas no transporte de medicamentos no município/DF?	1. ( ) Sim: 1A ( ) Veículos insuficientes. 1B ( ) Veículos inadequados. 1C ( ) Veículos insuficientes e inadequados. 2. ( ) Não. 99. ( ) Não sei.
60	Existe, no município/DF, um Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde que inclua os medicamentos?	1. ( ) Sim. 2. ( ) Não. 99. ( ) Não sei.
61	Existe, no município/DF, um serviço específico de recolhimento de resíduos de medicamentos, ou seja, de embalagens, sobras, medicamentos impróprios para o consumo?	1. ( ) Sim. 2. ( ) Não. 99. ( ) Não sei.
62	Existe um local específico para a deposição de resíduos de medicamentos (embalagens, sobras, medicamentos vencidos e/ou fora da conformidade) até que sejam recolhidos?	1. ( ) Sim. 2. ( ) Não. 99. ( ) Não sei.

## IX - ORGANIZAÇÃO DO ACESSO AOS MEDICAMENTOS NO MUNICÍPIO/DF

63	Número de farmácias públicas (do SUS) no município/DF:	_ _ _  unidades.
64	Número de UBS que fornecem medicamentos aos usuários:	_ _ _  unidades. 99. ( ) Não sei.
65	Número de centros especializados de saúde que fornecem medicamentos:	_ _ _  unidades. 99. ( ) Não sei.
66	O farmacêutico realiza seguimento farmacoterapêutico aos usuários do município/DF?	1. ( ) Sim. 2. ( ) Não. => <b>Passa para a 68.</b> 99. ( ) Não sei. => <b>Passa para a 68.</b>
67	Em quais locais é realizado o seguimento farmacoterapêutico? <b>Pode marcar mais de uma opção.</b>	1. ( ) UBS. 2. ( ) Farmácia pública municipal/DF. 3. ( ) Centro especializado. 4. ( ) Caps. 5. ( ) CAF. 6. ( ) Outro. Especificar: _____ 99. ( ) Não sei. 88. ( ) NA
68	Os medicamentos do Componente Básico são disponibilizados em que locais no município/DF? <b>Pode marcar mais de uma opção.</b>	1. ( ) Todas as UBS. 2. ( ) Algumas UBS. 3. ( ) Unidade de Atenção Especializada. 4. ( ) Farmácias Centralizadas. 5. ( ) Farmácia da Central de Abastecimento. 6. ( ) Farmácia Especializada. 7. ( ) Outros: _____ 99. ( ) Não sei.

69	Os medicamentos constantes na Portaria nº 344/1998 são disponibilizados em que locais no município/DF <b>Pode marcar mais de uma opção.</b>	<p>1. ( ) Todas as UBS.                  2. ( ) Algumas UBS.                  3. ( ) Unidade de Atenção Especializada.                  4. ( ) Farmácias Centralizadas.                  5. ( ) Farmácia da Central de Abastecimento.                  6. ( ) Farmácia Especializada.                  7. ( ) Outros: _____                  99. ( ) Não sei.</p>
70	Os medicamentos do Componente Especializado são disponibilizados em que locais no município/DF <b>Pode marcar mais de uma opção.</b>	<p>1. ( ) Todas as UBS.                  2. ( ) Algumas UBS.                  3. ( ) Unidade de Saúde Especializada.                  4. ( ) Farmácias Centralizadas.                  5. ( ) Farmácia da Central de Abastecimento.                  6. ( ) Farmácia Especializada.                  7. ( ) Outros: _____                  8. ( ) Não são disponibilizados no município/DF.                  99. ( ) Não sei.</p>
71	Entre os medicamentos e/ou insumos contemplados pelo Componente Estratégico, quais são disponibilizados por este município/DF <b>Pode marcar mais de uma opção.</b>	<p>1. ( ) Tuberculose.                  2. ( ) Hanseníase.                  3. ( ) HIV/aids.                  4. ( ) Alimentação e nutrição.                  5. ( ) Tabagismo.                  6. ( ) Influenza.                  7. ( ) Cólera.                  8. ( ) Sangue e hemoderivados.                  9. ( ) Malária.                  10. ( ) Leishimaniose.                  11. ( ) Esquistossomose.                  12. ( ) Doença de Chagas.                  13. ( ) Outras endemias focais - febre maculosa, meningite, filariose, raiva etc.                  99. ( ) Não sei.</p>
72	Os medicamentos constantes no programa da tuberculose são disponibilizados em que locais no município/DF? <b>Pode marcar mais de uma opção.</b>	<p>1. ( ) Todas as UBS.                  2. ( ) Algumas UBS.                  3. ( ) Unidade de Atenção Especializada.                  4. ( ) Farmácias Centralizadas.                  5. ( ) Farmácia da Central de Abastecimento.                  6. ( ) Farmácia Especializada.                  7. ( ) Outros: _____                  8. ( ) O município/DF não disponibiliza medicamentos para esse programa.                  99. ( ) Não sei.</p>
73	Os medicamentos constantes no programa do HIV/DST são disponibilizados em que locais no município/DF? <b>Pode marcar mais de uma opção.</b>	<p>1. ( ) Todas as UBS.                  2. ( ) Algumas UBS.                  3. ( ) Unidade de Atenção Especializada.                  4. ( ) Farmácias Centralizadas.                  5. ( ) Farmácia da Central de Abastecimento.                  6. ( ) Farmácia Especializada.                  7. ( ) Outros: _____                  8. ( ) O município/DF não disponibiliza medicamentos para esse programa.                  99. ( ) Não sei.</p>
74	Os medicamentos constantes no programa de malária são disponibilizados em que locais no município/DF? <b>Pode marcar mais de uma opção.</b>	<p>1. ( ) Todas as UBS.                  2. ( ) Algumas UBS.                  3. ( ) Unidade de Atenção Especializada.                  4. ( ) Farmácias Centralizadas.                  5. ( ) Farmácia da Central de Abastecimento.                  6. ( ) Farmácia Especializada.                  7. ( ) Outros: _____                  8. ( ) O município/DF não disponibiliza medicamentos para esse programa.                  99. ( ) Não sei.</p>
75	Os medicamentos constantes no programa de hanseníase são disponibilizados em que locais no município/DF? <b>Pode marcar mais de uma opção.</b>	<p>1. ( ) Todas as UBS.                  2. ( ) Algumas UBS.                  3. ( ) Unidade de Atenção Especializada.                  4. ( ) Farmácias Centralizadas.                  5. ( ) Farmácia da Central de Abastecimento.                  6. ( ) Farmácia Especializada.                  7. ( ) Outros: _____                  8. ( ) O município/DF não disponibiliza medicamentos para esse programa.                  99. ( ) Não sei.</p>

76	A farmácia municipal ou unidade de saúde fornece plantas medicinais e/ou chás? <b>Pode marcar mais de uma opção.</b>	1. ( ) Sim. Quantos locais? _____ 2. ( ) Não. 99. ( ) Não sei.
----	---	--

### X - DISPENSAÇÃO DOS MEDICAMENTOS NA CENTRAL DE ABASTECIMENTO FARMACÊUTICO

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

### XI - TRABALHADORES ENVOLVIDOS COM A ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA NO MUNICÍPIO/DF

84	Número de farmacêuticos do município/DF:	_ _ _ _
85	Qual o vínculo dos profissionais com o município/DF? <b>Registrar o número de farmacêuticos correspondente a cada vínculo.</b>	1. _____ Concursados. 2. _____ Contratados. 3. _____ Contrato por outra instituição. 4. _____ Outros. Especificar: _____ 99. ( ) Não sei.
86	Carga horária média dos farmacêuticos em cargos não comissionados:	1. ( ) 40 horas. 2. ( ) 30 horas. 3. ( ) 20 horas. 4. ( ) 10 horas. 5. ( ) Menos de 10 horas. 99. ( ) Não sei.
87	Remuneração média dos farmacêuticos em cargos não comissionados:	1. ( ) Até R\$ 1.000,00. 2. ( ) Entre R\$ 1.001,00 e R\$ 3.000,00. 3. ( ) Entre R\$ 3.001,00 e R\$ 6.000,00. 4. ( ) Mais de R\$ 6.000,00. 99. ( ) Não sei
88	Número de outros profissionais na AF:	1. _____ Técnicos de Enfermagem. 2. _____ Administrativos. 3. _____ Outros. Especificar: _____ 99. ( ) Não sei.
89	Há equipes do Núcleo de Apoio à Saúde de Família (Nasf) atuando no município/DF?	1.( ) Sim. 2. ( ) Não. 99. ( ) Não sei.
90	Existe, no município/DF, algum tipo de qualificação e/ou capacitação de profissionais da AF?	1. ( ) Sim. 2. ( ) Não. => <b>Passar para a 94.</b> 99. ( ) Não sei. => <b>Passar para a 94.</b>

91	Com que frequência ocorre(m) esta(s) capacitação(ões)?	1. ( ) Sempre. 2. ( ) Repetidamente. 3. ( ) Às vezes. 4. ( ) Raramente. 5. ( ) Nunca. 99. ( ) Não sei.
92	Quais os profissionais recebem qualificação ou capacitação em AF? <b>Pode assinalar mais de uma opção.</b>	1. ( ) Profissionais auxiliares (atendentes). 2. ( ) Farmacêuticos. 3. ( ) Prescritores. 4. ( ) Outros. Especificar: _____ 99. ( ) Não sei.
93	Existe previsão no orçamento municipal de recursos financeiros para qualificação dos profissionais da AF?	1. ( ) Sim. 2. ( ) Não. 99. ( ) Não sei.
94	A equipe da AF elabora informativos sobre os medicamentos ou temas relacionados para usuários e ou equipe de saúde?	1. ( ) Sim. 2. ( ) Não. 99. ( ) Não sei.
95	Existem mecanismos no município/DF para receber críticas e sugestões dos trabalhadores da Saúde sobre a AF?	1. ( ) Sim. Qual(is)? _____ 2. ( ) Não. 99. ( ) Não sei.

## XII - CONTROLE SOCIAL E PARTICIPAÇÃO DA COMUNIDADE

96	Existem mecanismos no município/DF para receber críticas e sugestões dos usuários sobre a AF?	1. ( ) Sim. Qual(is)? _____ 2. ( ) Não. 99. ( ) Não sei.
97	O(A) Sr.(a) ou outro farmacêutico da gestão municipal participa do Conselho Municipal de Saúde?	1. ( ) Sempre. 2. ( ) Repetidamente. 3. ( ) Às vezes. 4. ( ) Raramente. 5. ( ) Nunca. 99. ( ) Não sei.
98	O Conselho Municipal de Saúde discute e delibera sobre questões concernentes à AF no município/DF?	1. ( ) Sempre. 2. ( ) Repetidamente. 3. ( ) Às vezes. 4. ( ) Raramente. 5. ( ) Nunca. => <b>Passar para a 100.</b> 99. ( ) Não sei. => <b>Passar para a 100.</b>
99	A prestação de contas dos gastos com a AF é feita no Conselho Municipal de Saúde do município/DF?	1. ( ) Sim. 2. ( ) Não. 99. ( ) Não sei.
100	O(A) Sr.(a) participa do planejamento das ações de saúde das diferentes áreas técnicas?	1. ( ) Sim. Qual(is)? _____ 2. ( ) Não. 99. ( ) Não sei.

## XIII - INFORMAÇÃO E MONITORAMENTO DO USO DE MEDICAMENTOS

101	São disponibilizadas informações sobre locais de entrega de medicamentos padronizados (em sites, cartazes, folderes ou outras formas) para a população?	1. ( ) Sim. 2. ( ) Não. 99. ( ) Não sei.
102	Existe algum mecanismo para o registro de queixa técnica e/ou notificação de eventos adversos dos medicamentos?	1. ( ) Sim. 2. ( ) Não. => <b>Passar para a 105.</b> 99. ( ) Não sei. => <b>Passar para a 105.</b>
103	Como é realizado o registro de queixa técnica e/ou evento adverso?	1. ( ) Formulário impresso próprio. 2. ( ) Sítio eletrônico ou <i>software</i> próprio. 3. ( ) <i>Software</i> do Estado. 4. ( ) Formulário da Anvisa. 5. ( ) Outro. Especificar: _____ 99. ( ) Não sei.





20. O (A) Sr.(a) tem outro vínculo de trabalho em outro(s) município(s)?

1. Sim. 2. Não. (**Vá para a 21**).

20A. Especificar o(s) vínculo(s): (RESPOSTA MÚLTIPLA)

1. Servidor público concursado.  
 2. Servidor estadual e/ou federal cedido.  
 3. Contrato.  
 4. Terceirizado.  
 5. Cargo comissionado.  
 6. Programa Mais Médicos.  
 7. Programa de Valorização dos Profissionais da Atenção Básica (Provab).   
 999. NA

### III – ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

21. Este município adota uma lista padronizada de medicamentos?

1. Sim. 2. Não. (**Vá para a 29**). 99. Não sei. (**Vá para a 29**).

22. O(A) Sr.(a) conhece a lista padronizada de medicamentos do município?

1. Sim. 2. Não. (**Vá para a 29**). 999. NA

23. O (A) Sr.(a) tem acesso à lista padronizada de medicamentos em quais destes lugares?

1. Sim. 2. Não. 99. Não sei. 999. NA

23A	No consultório.	<input type="text"/> <input type="text"/>
23B	Na internet.	<input type="text"/> <input type="text"/>
23C	Na farmácia.	<input type="text"/> <input type="text"/>
23D	Na Secretaria Municipal de Saúde.	<input type="text"/> <input type="text"/>
23E	Outro:	<input type="text"/> <input type="text"/>
23F	Outro:	<input type="text"/> <input type="text"/>
23G	Outro:	<input type="text"/> <input type="text"/>
23H	Outro:	<input type="text"/> <input type="text"/>
23I	Outro:	<input type="text"/> <input type="text"/>

24. O(A) Sr.(a) considera que a lista padronizada de medicamentos no município atende às necessidades dos usuários desta unidade de saúde?

1. Sim, totalmente. 99. Não sei.  
 2. Sim, parcialmente. 999. NA  
 3. Não.

25. O(A) Sr.(a) já participou do processo de elaboração da lista padronizada de medicamentos do seu município?

1. Sim. 2. Não. 999. NA

26. O(A) Sr.(a) conhece os procedimentos para realizar a solicitação de inclusão e/ou exclusão de medicamento na lista padronizada deste município?

1. Sim. 99. Não sei. (**Vá para a 29**).  
 2. Não. (**Vá para a 29**). 999. NA

27. Alguma vez o(a) Sr.(a) já solicitou inclusão e/ou exclusão de algum medicamento na lista padronizada?

1. Sim. 99. Não sei. (**Vá para a 29**).  
 2. Não. (**Vá para a 29**). 999. NA

28. Essa solicitação foi influenciada por:

1. Sim. 2. Não. 99. Não sei. 999. NA





41. Em sua opinião, quais motivos levam o usuário a fazer solicitações de mudanças da prescrição?

1. Sim. 99. Não sei.  
2. Não. 999. NA

41A	Reações adversas.	[ ][ ]
41B	Influência de propaganda de medicamentos veiculada na televisão, jornal, panfletos, rádio etc.	[ ][ ]
41C	Pessoas conhecidas utilizam o medicamento solicitado.	[ ][ ]
41D	Acredita que o medicamento prescrito não está fazendo efeito.	[ ][ ]
41E	Preço do medicamento.	[ ][ ]
41F	Outro:	[ ][ ]
41G	Outro:	[ ][ ]
41H	Outro:	[ ][ ]
41I	Outro:	[ ][ ]
41J	Outro:	[ ][ ]
41K	Outro:	[ ][ ]

42. Os usuários costumam relatar, durante a consulta, o uso de medicamento por conta própria?

1. Sempre. 4. Raramente.  
2. Repetidamente. 5. Nunca. (**Vá para a 44**).  
3. Às vezes. [ ][ ]

43. Quais são os TRÊS nomes comerciais ou princípios ativos dos medicamentos mais utilizados por conta própria, relatados pelos usuários durante as consultas? (De preferência, o princípio ativo)

99. Não sei 999. NA

A.	[ ][ ]
B.	[ ][ ]
C.	[ ][ ]

44. O(A) Sr.(a) disponibiliza amostras grátis de medicamentos para os usuários na unidade de saúde?

1. Sempre. 4. Raramente.  
2. Repetidamente. 5. Nunca.  
3. Às vezes. [ ][ ]

45. Em sua opinião, de um modo geral, os usuários que o(a) Sr.(a) atende seguem corretamente a prescrição de medicamentos?

1. Sempre. 4. Raramente.  
2. Repetidamente. 5. Nunca.  
3. Às vezes. [ ][ ]

46. Em sua opinião, os usuários que o(a) Sr.(a) atende seguem corretamente as orientações não medicamentosas (por exemplo: hábitos alimentares, tabagismo, atividade física)?

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

47. Em sua opinião, a relação do médico com o usuário pode influenciar mudanças de comportamento?

1. Sim. 2. Não. 99. Não sei. [ ][ ]

48. O Sr.(a) costuma fazer notificação de queixas técnicas e eventos adversos relacionados a medicamentos?

1. Sim. 99. Não sei. (**Vá para a 49**).  
2. Não. (**Vá para a 48C**). [ ][ ]







13. Qual o nível de escolaridade?

1. Sem escolaridade. **(Vá para a 11)**.
2. Ensino fundamental (1º grau) incompleto. **(Vá para a 11)**.
3. Ensino fundamental (1º grau) completo. **(Vá para a 11)**.
4. Ensino médio (2º grau) incompleto. **(Vá para a 11)**.
5. Ensino médio (2º grau) completo. **(Vá para a 11)**.
6. Superior incompleto. **(Vá para a 11)**.
7. Superior completo.
8. Pós-graduação lato sensu. **(Vá para a 11)**.
9. Mestrado ou doutorado. **(Vá para a 11)**. [ ]

13A. Em relação ao nível superior, especifique o nome do curso:

\_\_\_\_\_ [ ]  
999. NA.

### III – VÍNCULO EMPREGATÍCIO

14. Há quanto tempo trabalha na atividade de dispensação e/ou entrega de medicamentos nesta Farmácia e/ou Unidade de Dispensação?

[ ] [ ] anos e [ ] [ ] meses.

15. Carga horária semanal de trabalho nesta Unidade de Saúde (caso seja inferior a 10 horas, registrar o número precedido de zero. Ex.: 8 horas/semana).

[ ] [ ] horas/semana.

16. Carga horária/semanal de trabalho na Farmácia e/ou Unidade de Dispensação.

[ ] [ ] horas/semana.

17. Qual o seu vínculo com o município?

1. Servidor público concursado.
2. Servidor estadual e/ou federal cedido.
3. Contrato.
4. Terceirizado.
5. Cargo comissionado.

Outro. Especifique: \_\_\_\_\_ [ ]

18. O(A) Sr.(a) tem outros vínculos de trabalho?

1. Sim.                      2. Não. **(Vá para a 19)**.                      [ ]

18A. Especifique os outros vínculos de trabalho?

\_\_\_\_\_ [ ] [ ]

18B. Especifique os outros vínculos de trabalho?

\_\_\_\_\_ [ ] [ ]

18C. Especifique os outros vínculos de trabalho?

\_\_\_\_\_ [ ] [ ]

18D. Especifique os outros vínculos de trabalho?

\_\_\_\_\_ [ ] [ ]

18E. Especifique os outros vínculos de trabalho?

\_\_\_\_\_ [ ] [ ]

999. NA.

19. Você é o responsável pela Farmácia e/ou Unidade de Dispensação?

1. Sim.                      2. Não.                      [ ]

20. Você é:

1. Farmacêutico(a).
  2. Auxiliar da Farmácia.
  3. Enfermeiro(a).
  4. Auxiliar de Enfermagem.
- Outro. Especifique: \_\_\_\_\_ [ ] [ ]

21. Com relação aos profissionais que trabalham nesta Farmácia e/ou Unidade de Dispensação, especifique a quantidade e a carga horária (assinalar uma opção para cada item):

	Profissional	Nº total	Carga horária semanal total (horas)
A	Farmacêuticos.	[ ][ ]	[ ][ ]
B	Outros profissionais com curso superior.	[ ][ ]	[ ][ ]
C	Atendente de Farmácia e/ou Unidade de Dispensação.	[ ][ ]	[ ][ ]
D	Outro:	[ ][ ]	[ ][ ]
E	Outro:	[ ][ ]	[ ][ ]
F	Outro:	[ ][ ]	[ ][ ]
G	Outro:	[ ][ ]	[ ][ ]
H	Outro:	[ ][ ]	[ ][ ]

22. Quais funções você desempenha nesta Farmácia (assinalar uma opção para cada item):

1. Sim.                      2. Não.                      99. Não sei.                      999. NA

A	Dispensação e/ou entrega de medicamentos aos usuários.	[ ][ ]
B	“Responsabilidade técnica” (sujeita a sanções de natureza cível, penal e administrativa) pela Farmácia e/ou Unidade de Dispensação.	[ ][ ]
C	Supervisão dos outros funcionários da Farmácia e/ou Unidade de Dispensação.	[ ][ ]
D	Realiza atividades com a equipe de saúde da unidade.	[ ][ ]
E	Realiza atividades com a equipe do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (Nasf).	[ ][ ]
F	Responsável pela sala de vacinas.	[ ][ ]
G	Responsável pelo setor de curativos.	[ ][ ]
H	Realiza pré-consulta.	[ ][ ]
I	Realiza visita domiciliar.	[ ][ ]
J	Coordenação de Grupos Operativos (ex.: reunião com pacientes hipertensos, diabéticos).	[ ][ ]
K	Outro:	[ ][ ]
L	Outro:	[ ][ ]
M	Outro:	[ ][ ]
N	Outro:	[ ][ ]
O	Outro:	[ ][ ]

#### IV - GESTÃO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

23. Quantas pessoas você atende por dia nesta Farmácia e/ou Unidade de Dispensação considerando suas atividades como um todo (em média)?

[ ][ ]

99. Não sei.

24. Quantas pessoas são atendidas no horário de funcionamento da Farmácia e/ou Unidade de Dispensação por dia (em média)?

[ ][ ]

99. Não sei.

25. Qual o número de medicamentos por receita (em média)?

1. Um.

4. Quatro.

2. Dois.

5. Cinco ou mais.

3. Três.

99. Não sei.

[ ][ ]

26. Quais os tipos de medicamentos são dispensados nesta Farmácia e/ou Unidade de Dispensação? (Assinalar uma opção para cada item)

1. Sim.                      2. Não.                      99. Não sei.                      999. NA

A	Componente básico.	[ ] [ ]
B	Portaria nº 344 (Controlados).	[ ] [ ]
C	Componente especializado.	[ ] [ ]
D	Componente estratégico.	[ ] [ ]
E	Fitoterápicos.	[ ] [ ]
F	Atendimento de demanda judicial.	[ ] [ ]
G	Outro:	[ ] [ ]
H	Outro:	[ ] [ ]
I	Outro:	[ ] [ ]
J	Outro:	[ ] [ ]
K	Outro:	[ ] [ ]

27. Nos últimos dois anos, você participou de algum tipo de curso e/ou capacitação para profissionais da Assistência Farmacêutica no município?

1. Sim.                      2. Não. (**Vá para a 29**).                      99. Não sei. (**Vá para a 29**).                      [ ] [ ]

28. Especifique de qual curso e/ou capacitação participou nos últimos dois anos

\_\_\_\_\_ [ ] [ ]

999. NA.

29. Existe um sistema informatizado para a gestão da Assistência Farmacêutica?

1. Sim.                      2. Não. (**Vá para a 31**).                      99. Não sei. (**Vá para a 31**).                      [ ] [ ]

29A. Especifique o sistema informatizado:

\_\_\_\_\_ [ ] [ ]

999. NA.

30. Este sistema informatizado está ligado em rede com as unidades de saúde?

1. Sim.                      999. NA  
2. Não.                      99. Não sei.                      [ ] [ ]

31. Quais fontes o(a) Sr.(a) utiliza para obter informações sobre os medicamentos? (Assinalar uma opção para cada item)

1. Sim.                      2. Não.                      99. Não sei.                      999. NA

A	Livros, artigos científicos.	[ ] [ ]
B	Formulário terapêutico.	[ ] [ ]
C	Protocolos clínicos, diretrizes terapêuticas, linhas-guia.	[ ] [ ]
D	Centros de informação sobre medicamentos.	[ ] [ ]
E	Sistema informatizado.	[ ] [ ]
F	Bula de medicamentos.	[ ] [ ]
G	Colegas de trabalho.	[ ] [ ]
H	Outro:	[ ] [ ]
I	Outro:	[ ] [ ]
J	Outro:	[ ] [ ]
K	Outro:	[ ] [ ]
L	Outro:	[ ] [ ]

32. Existe alguma norma que regula a entrada de: representantes de laboratórios; distribuidoras de medicamentos; material de propaganda de medicamentos na rede pública de saúde do município?

1. Sim.                      2. Não.                      99. Não sei.                      [ ][ ]

33. Nesta unidade de saúde, ocorre a distribuição de amostras grátis de medicamentos?

1. Sim.                      2. Não. (**Vá para a 34**).                      99. Não sei. (**Vá para a 34**).                      [ ][ ]

33A. Se sim, onde?

999. NA.                      [ ][ ]

34. De quais atividades o farmacêutico participa nesta Unidade de Saúde ou Farmácia e/ou Unidade de Dispensação? (Assinalar uma opção para cada item)

1. Sim.                      2. Não.                      99. Não sei.                      999. NA

A	Programação de medicamentos.	[ ][ ]
B	Controle de estoque.	[ ][ ]
C	Organização das prateleiras.	[ ][ ]
D	Dispensação e/ou entrega de medicamentos.	[ ][ ]
E	Outro:	[ ][ ]
F	Outro:	[ ][ ]
G	Outro:	[ ][ ]
H	Outro:	[ ][ ]
I	Outro:	[ ][ ]

## V – SELEÇÃO

35. Existe no município uma lista padronizada de medicamentos?

1. Sim.                      2. Não. (**Vá para a 40**).                      99. Não sei. (**Vá para a 40**).                      [ ][ ]

36. A lista padronizada de medicamentos é disponibilizada na Unidade de Saúde para consulta pelos profissionais?

1. Sim.                      2. Não. (**Vá para a 40**).                      99. Não sei. (**Vá para a 40**).                      [ ][ ]

37. O(A) Sr.(a) conhece os procedimentos para realizar a solicitação de inclusão e/ou exclusão de medicamento na lista deste município?

1. Sim.                      999. NA  
2. Não.                      99. Não sei.                      [ ][ ]

38. O(A) Sr.(a) já reivindicou ou sugeriu a inclusão e/ou a exclusão de medicamentos da lista padronizada pelo município?

1. Sim.                      999. NA  
2. Não.                      99. Não sei.                      [ ][ ]

39. Em sua opinião, a lista padronizada de medicamentos adotada atende à demanda por medicamentos deste município?

1. Sim.                      999. NA  
2. Não.                      99. Não sei.                      [ ][ ]

## VI – PROGRAMAÇÃO

40. Esta Farmácia e/ou Unidade de Dispensação realiza programação de medicamentos?

1. Sim.  
2. Não. (**Vá para a 43**).                      99. Não sei. (**Vá para a 43**).                      [ ][ ]

41. Quais informações são utilizadas para realizar a programação de medicamentos desta Unidade de Saúde?

1. Sim.                      2. Não.                      99. Não sei.                      999. NA.

A	Perfil de saúde da população cadastrada na Unidade de Saúde.	[ ][ ]
B	Serviços oferecidos pela Unidade de Saúde.	[ ][ ]
C	Controle de estoque da Unidade de Saúde.	[ ][ ]
D	Consumo histórico da Unidade de Saúde.	[ ][ ]
E	Outro:	[ ][ ]
F	Outro:	[ ][ ]
G	Outro:	[ ][ ]
H	Outro:	[ ][ ]
I	Outro:	[ ][ ]

42. Com qual periodicidade é realizada a programação de medicamentos?

1. Semanal.                      4. Bimestral.  
2. Quinzenal.                      5. Trimestral.  
3. Mensal.

Outra. Especifique: \_\_\_\_\_ [ ][ ]  
99. Não sei.                      999. NA.

VII - ABASTECIMENTO

43. Nos últimos três meses, houve falta de medicamento na Farmácia e/ou Unidade de Dispensação ou Unidade de Saúde?

1. Sempre.                      4. Raramente.  
2. Repetidamente.                      5. Nunca. (**Vá para a 46**).  
3. Às vezes.                      99. Não sei. (**Vá para a 46**).                      [ ][ ]

44. Em sua opinião, qual(is) o(s) motivo(s) da falta de medicamento?

1. Sim.                      2. Não.                      99. Não sei.                      999. NA

A	Programação inadequada.	[ ][ ]
B	Desorganização do setor de compras.	[ ][ ]
C	Falta de medicamentos no mercado farmacêutico (atrasos de entrega, por exemplo).	[ ][ ]
D	Atraso na distribuição de medicamentos por outras instâncias do SUS.	[ ][ ]
E	Problemas de logística do município.	[ ][ ]
F	Orçamento.	[ ][ ]
G	Outro:	[ ][ ]
H	Outro:	[ ][ ]
I	Outro:	[ ][ ]
J	Outro:	[ ][ ]
K	Outro:	[ ][ ]

45. Qual o procedimento adotado com o usuário quando falta algum medicamento?

1. Sim.                      2. Não.                      99. Não sei.                      999. NA

A	Informa que não tem o medicamento.	[ ][ ]
B	Busca informação sobre disponibilidade em outra Farmácia e/ou Unidade de Dispensação ou na Unidade de Saúde.	[ ][ ]
C	Orienta o usuário a procurar o Programa Farmácia Popular ou o Aqui Tem Farmácia Popular.	[ ][ ]

D	Registra o contato do usuário para avisar quando o medicamento chegar.	[ ][ ]
E	Outro:	[ ][ ]
F	Outro:	[ ][ ]
G	Outro:	[ ][ ]
H	Outro:	[ ][ ]
I	Outro:	[ ][ ]

46. Nos últimos três meses, ocorreu sobra de medicamentos na Farmácia e/ou Unidade de Dispensação ou na Unidade de Saúde?

- 1 Sempre.                      4 Raramente.  
 2 Repetidamente.        5 Nunca. (**Vá para a 48**).  
 3 Às vezes.                98. Não sei. (**Vá para a 48**).

47. O que é feito quando sobra medicamento na Unidade de Saúde?

1. Sim.                      2. Não.                      99. Não sei.                      999. NA

A	Ajuste da programação.	[ ][ ]
B	Redistribuição entre unidades de saúde do município.	[ ][ ]
C	Devolução para a Central de Abastecimento Farmacêutica (CAF) e/ou almoxarifado.	[ ][ ]
D	Remanejamento e/ou troca com outro município.	[ ][ ]
E	Outro:	[ ][ ]
F	Outro:	[ ][ ]
G	Outro:	[ ][ ]
H	Outro:	[ ][ ]
I	Outro:	[ ][ ]

## VIII – ARMAZENAMENTO

48. Com relação às condições do local de armazenamento de medicamentos na Farmácia e/ou Unidade de Dispensação e/ou Unidade de Saúde

1. Sim.                      2. Não.                      99. Não sei.                      999. NA

A	As paredes, teto e piso estão limpos e livres de mofo, umidade ou insetos?	[ ][ ]
B	Os medicamentos estão armazenados sem contato direto com paredes ou piso?	[ ][ ]
C	Possui registro de temperatura e/ou climatização verificado por termômetro em planilhas e/ou sistema específico, com registro na última semana?	[ ][ ]
D	Possui ambiente iluminado (sem incidência de luz solar direta)?	[ ][ ]
E	Possui controle de pragas e/ou roedores com apresentação de registro do controle realizado nos últimos seis meses?	[ ][ ]

49. Existe um local específico e adequado para o armazenamento de medicamentos de controle especial (medicamentos com tarjas pretas ou vermelhas, com a descrição de obrigatoriedade de retenção de receituário)?

1. Sim, há local específico (armário fechado com chave).  
 2. Sim, há local específico, porém não é um armário específico, com chave.  
 3. Não existe local específico.  
 4. Não há medicamentos de controle especial na Farmácia e/ou Unidade de Dispensação e/ou Unidade de Saúde.  
 99. Não sei.                      [ ][ ]

50. Como são armazenados os medicamentos termolábeis (que necessitam de refrigeração) na Farmácia e/ou Unidade de Dispensação e/ou Unidade de Saúde?

1. Em geladeiras e/ou refrigeradores, com termômetro para controle e registro de temperatura.  
 2. Em geladeiras e/ou refrigeradores, porém não são realizados controle e registro de temperatura.

3. Não existe local específico.  
4. Não há medicamentos termolábeis.  
99. Não sei. [ ][ ]

51. Existe um sistema de controle de estoque (entrada e saída) de medicamentos?

1. Sim, manual. (**Vá para a 52**).  
2. Sim, informatizado.  
3. Não. (**Vá para a 52**).  
99. Não sei. (**Vá para a 52**). [ ][ ]

51A. Se sim, informatizado, especificar o nome do sistema:

\_\_\_\_\_ [ ][ ]

999. NA.

52. Existe controle da validade dos medicamentos?

1. Sim, manual. (**Vá para 53**).  
2. Sim, informatizado.  
3. Não. (**Vá para a 53**).  
99. Não sei. (**Vá para a 53**). [ ][ ]

52A. Se sim, informatizado, especificar o nome do sistema:

\_\_\_\_\_ [ ][ ]

999. NA.

53. O inventário do estoque dos medicamentos armazenados é feito:

1. Semanalmente. 5. Trimestralmente.  
2. Quinzenalmente. 6. Semestralmente.  
3. Mensalmente. 7. Anualmente.  
4. Bimestralmente. 8. Não é feito.

Outros. Especifique: \_\_\_\_\_ [ ][ ]

54. Há fracionamento de medicamentos na Farmácia e/ou Unidade de Dispensação e/ou Unidade de Saúde?

1. Sim.  
2. Não. (**Vá para a 56**). 99. Não sei. (**Vá para a 56**). [ ][ ]

55. O medicamento fracionado entregue ao usuário é identificado com número de lote e prazo de validade?

1. Sim. (**Vá para a 56**). 99. Não sei. (**Vá para a 56**).  
2. Não. 999. NA [ ][ ]

55A. Se não, por quê?

\_\_\_\_\_ [ ][ ]

999. NA.

56. A Farmácia e/ou Unidade de Dispensação e/ou Unidade de Saúde possui Plano de Gerenciamento de Resíduos de Saúde (PGRSS)?

1. Sim.  
2. Não. 99. Não sei. [ ][ ]

57. Existe, na Farmácia e/ou Unidade de Dispensação e/ou Unidade de Saúde, um local específico e adequado para o armazenamento de resíduos de medicamentos (embalagens, sobras, medicamentos inapropriados para o consumo) até que sejam recolhidos da Unidade?

1. Sim. Há local específico em conformidade com as normas vigentes.  
2. Há local específico, mas não está em conformidade com as normas vigentes.  
3. Não há local específico.  
99. Não sei. [ ][ ]

58. Existe um serviço de recolhimento de resíduos de medicamentos (embalagens, sobras, medicamentos inapropriados para o consumo) na Farmácia e/ou Unidade de Dispensação?

1. Sim.  
2. Não. 99. Não sei. [ ][ ]

59. A Farmácia e/ou Unidade de Dispensação e/ou Unidade de Saúde adota algum procedimento padronizado para o descarte de resíduos de medicamentos? **(Assinalar uma opção para cada item).**

1. Sim.                      2. Não.                      99. Não sei.                      999. NA

A	Enterrado.	[ ] [ ]
B	Incinerado.	[ ] [ ]
C	Descartado em aterro sanitário público.	[ ] [ ]
D	Outro:	[ ] [ ]
E	Outro:	[ ] [ ]
F	Outro:	[ ] [ ]
G	Outro:	[ ] [ ]
H	Outro:	[ ] [ ]

## IX - DISPENSAÇÃO

60. O tempo de espera para ser atendido na Farmácia e/ou Unidade de Dispensação é maior que 15 minutos?

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

61. O(A) Sr.(a) sabe onde são disponibilizados os medicamentos no município para:

61A HIV/aids?

1. Sim.                      2. Não. **(Vá para a 61B).**                      99. Não sei. **(Vá para a 61B).**                      [ ] [ ]

61A1. Se sim, especifique onde:

\_\_\_\_\_ [ ] [ ]

999. NA

61B Saúde Mental?

1. Sim.                      2. Não. **(Vá para a 61C).**                      99. Não sei. **(Vá para a 61C).**                      [ ] [ ]

61B1. Se sim, especifique onde:

\_\_\_\_\_ [ ] [ ]

999. NA

61C Tuberculose?

1. Sim.                      2. Não. **(Vá para a 61D).**                      99. Não sei. **(Vá para a 61D).**                      [ ] [ ]

61C1. Se sim, especifique onde:

\_\_\_\_\_ [ ] [ ]

999. NA

61D Hanseníase?

1. Sim.                      2. Não. **(Vá para a 61E).**                      99. Não sei. **(Vá para a 61E).**                      [ ] [ ]

61D1. Se sim, especifique onde:

\_\_\_\_\_ [ ] [ ]

999. NA

61E Hepatite?

1. Sim.                      2. Não. **(Vá para a 62).**                      99. Não sei. **(Vá para a 62).**                      [ ] [ ]

61E1. Se sim, especifique onde:

\_\_\_\_\_ [ ] [ ]

999. NA

62. No momento da entrega do medicamento, o(a) Sr.(a) fornece informações ao usuário sobre a forma de utilizá-lo?

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

63. No momento da entrega do medicamento, o(a) Sr.(a) fornece informações ao usuário sobre como armazená-los em casa?

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

64. Nesta Unidade de Saúde, quem costuma dar orientações sobre o uso dos medicamentos para os pacientes, quando necessário?

1. Sim.                      2. Não.                      99. Não sei.                999. NA

A	Médico(a).	[ ][ ]
B	Farmacêutico(a).	[ ][ ]
C	Auxiliar de Farmácia.	[ ][ ]
D	Enfermeiro(a).	[ ][ ]
E	Outro:	[ ][ ]
F	Outro:	[ ][ ]
G	Outro:	[ ][ ]
H	Outro:	[ ][ ]
I	Outro:	[ ][ ]

65. Existe algum procedimento para o registro de queixa técnica e/ou notificação de eventos adversos por medicamentos?

1. Sim.                      2. Não. (**Vá para a 66**).                [ ][ ]

65A. Se sim, especifique:

\_\_\_\_\_ [ ][ ]  
999. NA.

66. Qual encaminhamento é dado às queixas técnicas e/ou notificações de eventos adversos a medicamento?

1. Encaminha para CAF.  
2. Encaminha para a Coordenação Municipal de Assistência Farmacêutica.  
3. Encaminha para a Vigilância Sanitária.  
4. Nenhum.

Outros. Especifique: \_\_\_\_\_ [ ][ ]  
99. Não sei .

67. Você já realizou uma notificação de queixa técnica ou evento adverso por medicamentos?

1. Sim.                      2. Não.                      [ ][ ]

68. O(A) Sr.(a) realiza alguma atividade que tenha caráter clínico?

1. Sim. (**Vá para a 70**).                      2. Não. (**Faça a 69 e vá para a 77**).                [ ][ ]

69. Por que você não realiza atividades de caráter clínico (acompanhamento farmacoterapêutico de pacientes na consulta farmacêutica)? (**Assinalar uma opção para cada item**).

(**FAÇA ESTA QUESTÃO E PULE PARA a 77**).

1. Sim.                      2. Não.                      999. NA.

A	Não é farmacêutico.	[ ][ ]
B	Não dispõe de espaço físico.	[ ][ ]
C	Não tem tempo.	[ ][ ]
D	Nunca foi solicitada a realização desta atividade.	[ ][ ]
E	Outro:	[ ][ ]
F	Outro:	[ ][ ]
G	Outro:	[ ][ ]

H	Outro:	[ ] [ ]
I	Outro:	[ ] [ ]

70. Você denomina essas atividades de caráter clínico de que maneira?

- Atenção Farmacêutica.
- Seguimento farmacoterapêutico.
- Farmácia clínica.
- Consulta farmacêutica.
- Orientação farmacêutica.
- Cuidado farmacêutico.

Outros. Especifique: \_\_\_\_\_ [ ] [ ]

99. Não sei.

71. Essa atividade de caráter clínico é oferecida:

- A todos os usuários da Unidade de Saúde.
- Apenas quando é solicitado pelo usuário.
- Quando o usuário apresenta alguma dificuldade com o uso dos medicamentos.
- A um grupo específico de usuários.

Outros. Especifique: \_\_\_\_\_ [ ] [ ]

99. Não sei.

999. NA.

72. Essas atividades de caráter clínico são realizadas com outros profissionais? (Assinalar uma opção para cada item).

1. Sim.                      2. Não.                      99. Não sei.                      999. NA

A	Médicos.	[ ] [ ]
B	Enfermeiros.	[ ] [ ]
C	Nutricionistas.	[ ] [ ]
D	Dentistas.	[ ] [ ]
E	Outro:	[ ] [ ]
F	Outro:	[ ] [ ]
G	Outro:	[ ] [ ]
H	Outro:	[ ] [ ]
I	Outro:	[ ] [ ]

73. O(A) Sr.(a) dispõe de algum local específico para realizar as atividades de caráter clínico?

1. Sim.                      2. Não. (Vá para a 73B).                      [ ] [ ]

73A. Se sim, especifique:

\_\_\_\_\_ (Vá para a 74A) [ ] [ ]

999. NA.

73B. Se não, em que local você realiza essa atividade?

\_\_\_\_\_ [ ] [ ]

99. Não sei

999. NA.

74. Onde você realiza o registro dessas atividades de natureza clínica? (Assinalar uma opção para cada item).

1. Sim                      2. Não                      99. Não sei                      999. NA

A	Prontuário da unidade.	[ ] [ ]
B	Registro próprio arquivado na farmácia.	[ ] [ ]
C	Sistema informatizado.	[ ] [ ]
D	Outro:	[ ] [ ]

E	Outro:	[ ][ ]
F	Outro:	[ ][ ]
G	Outro:	[ ][ ]
H	Outro:	[ ][ ]

75. O(A) Sr.(a) considera essas atividades de caráter clínico:

1. Muito importantes.
2. Importantes.
3. Nem muito, nem pouco importantes.
4. Pouco importantes.
5. Muito pouco importantes.
99. Não sei.                      999. NA.                      [ ][ ]

76. Você já participou de algum tipo de treinamento e/ou capacitação para esse tipo de atividade e/ou ações de caráter clínico?

1. Sim.                              2. Não.                              99. Não sei.                      [ ][ ]

## X - OUTRAS ATIVIDADES REALIZADAS

77. O(A) Sr.(a) participa de reuniões da equipe de saúde da Unidade de Saúde?

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

78. O(A) Sr.(a) participa de outras atividades na Unidade de Saúde?

1. Sim.                              2. Não. (**Vá para a 80**).                      [ ][ ]

79. Marque a alternativa referente à sua participação nas atividades descritas a seguir:

1. Sim.                              2. Não.                              99. Não sei.

A	Atividades realizadas com outros setores (educação, assistência social, ambiente etc.).	[ ][ ]
B	Atividades de mutirão para solução de problemas na comunidade.	[ ][ ]
C	Atividades de prevenção e controle de obesidade.	[ ][ ]
D	Atividades voltadas para a preservação da natureza.	[ ][ ]
E	Atividades para a prevenção e controle de hipertensão e diabetes.	[ ][ ]
F	Atividades organizativas da comunidade.	[ ][ ]
G	Atividades de controle ambiental de doenças (ex.: combate à dengue).	[ ][ ]
H	Atividades de prevenção de câncer de colo de útero.	[ ][ ]
I	Atividades de prevenção de câncer de próstata.	[ ][ ]
J	Atividades de prevenção de doenças sexualmente transmissíveis (aids, HPV, hepatite etc.).	[ ][ ]
K	Atividades de planejamento familiar.	[ ][ ]
L	Programas de atividades físicas.	[ ][ ]

80. A Unidade de Saúde e/ou Farmácia e/ou Unidade de Dispensação realiza atividades individuais e/ou em grupos sobre o uso de medicamentos?

1. Sim.                              2. Não.                              98. Não sei.                      [ ][ ]

81. Qual o seu entendimento sobre Assistência Farmacêutica?

\_\_\_\_\_ [ ][ ]  
99. Não sei.                      999. NA.

82. O(A) Sr.(a) considera a organização da Assistência Farmacêutica do município:

- |                       |  |
|-----------------------|--|
| 1. Muito boa.         | 4. Ruim.   |
| 2. Boa.               | 5. Muito ruim.   |
| 3. Nem ruim, nem boa. | 99. Não sei. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |

83. O(A) Sr.(a) gostaria de fazer alguma observação sobre a pesquisa ou incluir mais alguma informação?

1. Sim. Qual? \_\_\_\_\_
2. Não.

## Apêndice F - Questionário para usuários dos serviços de saúde do SUS

### INFORMAÇÕES GERAIS DA UNIDADE DE SAÚDE

A. Número do questionário:

1. CNES - Número do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde:

2. Nome da Unidade Básica de Saúde: \_\_\_\_\_

3. Estado: \_\_\_\_\_

4. Município: \_\_\_\_\_

5. Endereço: \_\_\_\_\_

6. CEP:

7. Telefone: \_\_\_\_\_

### CARACTERIZAÇÃO DO ENTREVISTADO

8. Sexo:

1. Masculino.                      2. Feminino.

9. Data de nascimento: \_\_ \_\_ / \_\_ \_\_ / \_\_ \_\_ \_\_ \_\_

10. Estado civil:

1. Solteiro(a).  
 2. Casado(a).  
 3. União estável (amigado e/ou amasiado).  
 4. Divorciado(a) ou separado(a) judicialmente.  
 5. Viúvo(a).  
 6. Outros.  
 99: Não sei.

11. Cor ou raça:

1. Branca.  
 2. Preta.  
 3. Amarela (japonesa, chinesa, coreana).  
 4. Parda (morena, mulata, cabocla, cafuza, mameluca, mestiça).  
 5. Indígena.                      99. Não sei.

12. Escolaridade:

1. Analfabeto. (**Vá para a 13**).
2. Ensino fundamental (1º grau) incompleto. (**Vá para a 13**).
3. Ensino fundamental (1º grau) completo. (**Vá para a 13**).
4. Ensino médio (2º grau) incompleto. (**Vá para a 13**).
5. Ensino médio (2º grau) completo. (**Vá para a 13**).
6. Superior incompleto. (**Vá para a 13**).
7. Superior completo.
8. Pós-graduação lato sensu (especialização, MBA). (**Vá para a 13**).
9. Mestrado ou doutorado. (**Vá para a 13**).

12A. Especificar qual curso superior completo:

999. NA

13. O entrevistado assinou o termo de compromisso?

1. Sim. (**Vá para a 15**). 2. Não.

14. Por que o entrevistado não quis participar?

**(APÓS RESPONDER, ENCERRE)**

## DOENÇAS CRÔNICAS

Alguma vez na vida um médico ou outro profissional de saúde disse que você tem ou teve alguma das seguintes doenças?

15. Hipertensão:

1. Sim.                      2. Não.                      99. Não sei.

16. Diabetes Mellitus:

1. Sim.                      2. Não.                      99. Não sei.

17. Doenças do coração:

1. Sim.                      2. Não.                      99. Não sei.

18. Dislipidemia (colesterol alto e/ou triglicerídeos):

1. Sim.                      2. Não.                      99. Não sei.

19. AVC (acidente vascular cerebral):

1. Sim.                      2. Não.                      99. Não sei.

20. Doença pulmonar crônica (asma, bronquite crônica, enfisema ou outra):

1. Sim.                      2. Não.                      99. Não sei.

21. Artrite, artrose ou reumatismo:

1. Sim.                      2. Não.                      99. Não sei.

22. Depressão:

1. Sim.                      2. Não.                      99. Não sei.

23. Outra(s) doença(s) com MAIS DE SEIS MESES de duração:

1. Sim.                      2. Não.                      99. Não sei.

## USO DE REMÉDIOS

Nas próximas perguntas, queremos saber algumas informações sobre o uso de remédios por você.

## 24. Nos últimos 30 dias, você usou algum remédio?

1. Sim.  
 2. Não. (**Vá para a 285**).  
 99. Não sei. (**Vá para a 285**).

Responder às perguntas de 25 a 283, preferencialmente, de acordo com as informações obtidas na(s) prescrição(es) médica(s) e na(s) caixa(s) do(s) remédio(s) que o paciente estiver em uso. Perguntar diretamente ao paciente somente na ausência de tais informações. Mesmo assim, caso não consiga acessá-las, marcar a opção "Não sei" (99).

## REMÉDIO 1

Qual o nome completo do remédio, sua dosagem, sua forma farmacêutica e o nome do laboratório fabricante? (Copie estas informações, preferencialmente, da embalagem e da receita médica).

## 25. Nome comercial e/ou princípio ativo:

\_\_\_\_\_

99. Não sei. 999. NA

## 26. Forma farmacêutica:

1. Comprimido ou cápsula.  
 2. Xarope, suspensão ou solução oral (líquido).  
 3. Injeção.  
 4. Aerossol ou spray.  
 5. Pomada ou creme.  
 6. Colírio ou gotas (tópico).  
 99. Não sei. 999. NA

## 27. Remédio genérico?

1. Sim. 2. Não. 99. Não sei. 999. NA

## 28. Há quanto tempo você usa este remédio?

1. Menos de um ano. 99. Não sei.  
 2. Um ano ou mais. 999. NA

## 29. Onde este remédio foi receitado ou recomendado?

1. Na consulta com o médico.  
 2. Na consulta com o dentista.  
 3. Na farmácia.  
 4. No rádio, na TV e/ou no jornal.  
 5. Amigos ou parentes ou vizinhos.  
 99. Não sei. 999. NA

## 30. Onde conseguiu este remédio pela última vez?

1. Na farmácia do SUS.  
 2. Na farmácia comercial.  
 3. No Programa Farmácia Popular.  
 4. Na igreja ou no sindicato.  
 5. Em outro lugar.

## 31. Você teve algum problema para conseguir este remédio na última vez?

1. Sim. Não tinha na farmácia do SUS. (**Vá para a 32**).  
 2. Sim. Não tinha dinheiro para comprar. (**Vá para a 32**).  
 3. Sim. Outro problema: => FAÇA A 31A.  
 4. Não teve problema. (**Vá para a 32**).  
 99. Não sei. (**Vá para a 32**). 999. NA (**Vá para a 32**).

31A. Especifique outro(s) problema(s):

A		[ ][ ]
B		[ ][ ]
C		[ ][ ]
D		[ ][ ]
E		[ ][ ]

999. NA

32. Você deixou de tomar este remédio, por algum motivo, nos ÚLTIMOS SETE DIAS?

1. Sim. 2. Não. (**Vá para a 34**).  
 99. Não sei. (**Vá para a 34**). 999. NA [ ][ ]

32A Se sim, especifique quantas vezes?

\_\_\_\_\_ [ ][ ]  
 99. Não sei. 999. NA

33. Por qual motivo você deixou de tomar esse remédio nos ÚLTIMOS SETE DIAS?

\_\_\_\_\_ [ ][ ]  
 99. Não sei. 999. NA

34. Em sua opinião, como esse remédio está funcionando para a sua doença?

1. Bem. 99. Não sei.  
 2. Regular. 999. NA  
 3. Não funciona bem. [ ][ ]

35. Em sua opinião, esse remédio causa algum problema de saúde para você?

1. Sim. 2. Não. (**Vá para a 37**).  
 99. Não sei. (**Vá para a 37**). 999. NA [ ][ ]

36. Qual(is) são os problema(s)? (ANOTAR TODOS OS PROBLEMAS RELATADOS PELO ENTREVISTADO)

A		[ ][ ]
B		[ ][ ]
C		[ ][ ]
D		[ ][ ]
E		[ ][ ]

999. NA

37. Há outro remédio em uso durante os últimos 30 dias?

1. Sim. 2. Não. (**Vá para a 284**).  
 99. Não sei. (**Vá para a 284**). 999. NA [ ][ ]

## REMÉDIO 2

38. Nome comercial e/ou princípio ativo:

\_\_\_\_\_ [ ][ ]  
 99. Não sei. 999. NA

39. Forma farmacêutica:

1. Comprimido ou cápsula.  
 2. Xarope, suspensão ou solução oral (líquido).  
 3. Injeção.  
 4. Aerossol ou spray.

5. Pomada ou creme.  
 6. Colírio ou gotas (tópico).  
 99. Não sei.                    999. NA                    [ ][ ]

## 40. Remédio genérico?

1. Sim.                    2. Não.                    99. Não sei                    999. NA                    [ ][ ]

## 41. Há quanto tempo você usa esse remédio?

1. Menos de um ano.    99. Não sei.  
 2. Um ano ou mais.    999. NA                    [ ][ ]

## 42. Onde este remédio foi receitado ou recomendado?

1. Na consulta com o médico.  
 2. Na consulta com o dentista.  
 3. Na farmácia.  
 4. No rádio, na TV e/ou no jornal.  
 5. Amigos ou parentes ou vizinhos.  
 99. Não sei.                    999. NA                    [ ][ ]

## 43. Onde conseguiu este remédio pela última vez?

1. Na farmácia do SUS.  
 2. Na farmácia comercial.  
 3. No Programa Farmácia Popular.  
 4. Na igreja ou no sindicato.  
 5. Em outro lugar.                    [ ][ ]

## 44. Você teve algum problema para conseguir este remédio?

1. Sim. Não tinha na farmácia do SUS. (**Vá para a 45**).  
 2. Sim. Não tinha dinheiro para comprar. (**Vá para a 45**).  
 3. Sim. Outro problema: => FAÇA A 44A.  
 4. Não teve problema. (**Vá para a 45**).  
 99. Não sei. (**Vá para a 45**)                    999. NA                    [ ][ ]

## 44A. Especifique outro(s) problema(s):

A	[ ][ ]
B	[ ][ ]
C	[ ][ ]
D	[ ][ ]
E	[ ][ ]

999. NA

## 45. Você deixou de tomar este remédio, por algum motivo, nos ÚLTIMOS SETE DIAS?

1. Sim.                    2. Não. (**Vá para a 47**).  
 99. Não sei. (**Vá para a 47**).                    999. NA                    [ ][ ]

## 45A Se sim, especifique quantas vezes:

\_\_\_\_\_ [ ][ ]  
 99. Não sei.                    999. NA

## 46. Por qual motivo você deixou de tomar este remédio nos ÚLTIMOS SETE DIAS?

\_\_\_\_\_ [ ][ ]  
 99. Não sei.                    999. NA

## 47. Em sua opinião, como esse remédio está funcionando para a sua doença?

1. Bem.                    99. Não sei.  
 2. Regular.                    999. NA  
 3. Não funciona bem.                    [ ][ ]

48. Em sua opinião, este remédio causa algum problema de saúde para você?

1. Sim. 2. Não. (**Vá para a 50**).  
99. Não sei. (**Vá para a 50**). 999. NA [ ][ ]

49. Qual(is) é(são) o(s) problema(s)? (ANOTAR TODOS OS PROBLEMAS RELATADOS PELO ENTREVISTADO)

A	[ ][ ]
B	[ ][ ]
C	[ ][ ]
D	[ ][ ]
E	[ ][ ]

999. NA

50. Há outro remédio em uso durante os últimos 30 dias?

1. Sim. 2. Não. (**Vá para a 284**).  
99. Não sei. (**Vá para a 284**). 999. NA [ ][ ]

### REMÉDIO 3

51. Nome Comercial e/ou Princípio Ativo:

\_\_\_\_\_ [ ][ ]  
99. Não sei. 999. NA

52. Forma farmacêutica:

1. Comprimido ou cápsula.  
2. Xarope, suspensão ou solução oral (líquido).  
3. Injeção.  
4. Aerossol ou spray.  
5. Pomada ou creme.  
6. Colírio ou gotas (tópico).  
99. Não sei. 999. NA [ ][ ]

53. Remédio genérico?

1. Sim. 2. Não. 99. Não sei. 999. NA [ ][ ]

54. Há quanto tempo você usa este remédio?

1. Menos de um ano. 99. Não sei.  
2. Um ano ou mais. 999. NA [ ][ ]

55. Onde este remédio foi receitado ou recomendado?

1. Na consulta com o médico.  
2. Na consulta com o dentista.  
3. Na farmácia.  
4. No rádio, na TV e/ou no jornal.  
5. Amigos ou parentes ou vizinhos.  
99. Não sei. 999. NA [ ][ ]

56. Onde conseguiu este remédio pela última vez?

1. Na farmácia do SUS.  
2. Na farmácia comercial.  
3. No Programa Farmácia Popular.  
4. Na igreja ou no sindicato.  
5. Em outro lugar. [ ][ ]

## 57. Você teve algum problema para conseguir este remédio?

1. Sim. Não tinha na farmácia do SUS. **(Vá para a 58)**.  
 2. Sim. Não tinha dinheiro para comprar. **(Vá para a 58)**.  
 3. Sim. Outro problema: => FAÇA A 57A.  
 4. Não teve problema. **(Vá para a 58)**.

99. Não sei. **(Vá para a 58)**. 999. NA

## 57A. Especifique outro(s) problema(s):

A	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
B	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
C	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
D	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
E	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

999. NA

## 58. Você deixou de tomar este remédio, por algum motivo, nos ÚLTIMOS SETE DIAS?

1. Sim. 2. Não. **(Vá para a 60)**.

99. Não sei. **(Vá para a 60)**. 999. NA

## 58A Se sim, especifique quantas vezes:

\_\_\_\_\_

99. Não sei. 999. NA

## 59. Por qual motivo você deixou de tomar este remédio nos ÚLTIMOS SETE DIAS?

\_\_\_\_\_

99. Não sei. 999. NA

## 60. Em sua opinião, como este remédio está funcionando para a sua doença?

1. Bem. 99. Não sei.  
 2. Regular. 999. NA  
 3. Não funciona bem.

## 61. Em sua opinião, este remédio causa algum problema de saúde para você?

1. Sim. 2. Não. **(Vá para a 63)**.  
 99. Não sei. **(Vá para a 63)**. 999. NA

## 62. Qual(is) é(são) o(s) problema(s)? (ANOTAR TODOS OS PROBLEMAS RELATADOS PELO ENTREVISTADO)

A	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
B	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
C	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
D	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
E	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

999. NA

## 63. Há outro remédio em uso durante os últimos 30 dias?

1. Sim. 2. Não. **(Vá para a 284)**.  
 99. Não sei. **(Vá para a 284)**. 999. NA

## REMÉDIO 4

## 64. Nome comercial e/ou princípio ativo:

\_\_\_\_\_

99. Não sei. 999. NA

65. Forma farmacêutica:

1. Comprimido ou cápsula.
2. Xarope, suspensão ou solução oral (líquido).
3. Injeção.
4. Aerossol ou spray.
5. Pomada ou creme.
6. Colírio ou gotas (tópico).
99. Não sei.                    999. NA                    [ ][ ]

66. Remédio genérico?

1. Sim.                    2. Não.                    99. Não sei.                    999. NA                    [ ][ ]

67. Há quanto tempo você usa esse remédio?

1. Menos de um ano.    99. Não sei.
2. Um ano ou mais.    999. NA                    [ ][ ]

68. Onde este remédio foi receitado ou recomendado?

1. Na consulta com o médico.
2. Na consulta com o dentista.
3. Na farmácia.
4. No rádio, na TV e/ou no jornal.
5. Amigos ou parentes ou vizinhos.
99. Não sei.                    999. NA                    [ ][ ]

69. Onde conseguiu este remédio pela última vez?

1. Na farmácia do SUS.
2. Na farmácia comercial.
3. No Programa Farmácia Popular.
4. Na igreja ou no sindicato.
5. Em outro lugar.                    [ ][ ]

70. Você teve algum problema para conseguir este remédio?

1. Sim. Não tinha na farmácia do SUS. **(Vá para a 71)**.
2. Sim. Não tinha dinheiro para comprar. **(Vá para a 71)**.
3. Sim. Outro problema: => FAÇA A 70A.
4. Não teve problema. **(Vá para a 71)**.
99. Não sei. **(Vá para a 71)**.                    999. NA                    [ ][ ]

70A. Especifique outro(s) problema(s):

A	[ ][ ]
B	[ ][ ]
C	[ ][ ]
D	[ ][ ]
E	[ ][ ]

999. NA

71. Você deixou de tomar este remédio, por algum motivo, nos ÚLTIMOS SETE DIAS?

1. Sim.
2. Não. **(Vá para a 73)**.
99. Não sei. **(Vá para a 73)**.                    999. NA                    [ ][ ]

71A Se sim, especifique quantas vezes:

\_\_\_\_\_ [ ][ ]

99. Não sei.                    999. NA

72. Por qual motivo você deixou de tomar este remédio nos ÚLTIMOS SETE DIAS?

\_\_\_\_\_ [ ][ ]

99. Não sei.                    999. NA

73. Em sua opinião, como este remédio está funcionando para a sua doença?

1. Bem. 99. Não sei.  
 2. Regular. 999. NA  
 3. Não funciona bem. [ ][ ]

74. Em sua opinião, este remédio causa algum problema de saúde para você?

1. Sim. 2. Não. (Vá para a 76).  
 99. Não sei. (Vá para a 76). 999. NA [ ][ ]

75. Qual(is) é(são) o(s) problema(s)? (ANOTAR TODOS OS PROBLEMAS RELATADOS PELO ENTREVISTADO)

A	[ ][ ]
B	[ ][ ]
C	[ ][ ]
D	[ ][ ]
E	[ ][ ]

999. NA

76. Há outro remédio em uso durante os últimos 30 dias?

1. Sim. 2. Não. (Vá para a 284).  
 99. Não sei. (Vá para a 284). 999. NA [ ][ ]

## REMÉDIO 5

77. Nome comercial e/ou princípio ativo:

\_\_\_\_\_ [ ][ ]  
 99. Não sei. 999. NA

78. Forma farmacêutica:

1. Comprimido ou cápsula.  
 2. Xarope, suspensão ou solução oral (líquido).  
 3. Injeção.  
 4. Aerossol ou spray.  
 5. Pomada ou creme.  
 6. Colírio ou gotas (tópico).  
 99. Não sei. 999. NA [ ][ ]

79. Remédio genérico?

1. Sim. 2. Não. 99. Não sei. 999. NA [ ][ ]

80. Há quanto tempo você usa esse remédio?

1. Menos de um ano. 99. Não sei.  
 2. Um ano ou mais. 999. NA [ ][ ]

81. Onde este remédio foi receitado ou recomendado?

1. Na consulta com o médico.  
 2. Na consulta com o dentista.  
 3. Na farmácia.  
 4. No rádio, na TV e/ou no jornal.  
 5. Amigos ou parentes ou vizinhos.  
 99. Não sei. 999. NA [ ][ ]

82. Onde conseguiu este remédio pela última vez?

1. Na farmácia do SUS.  
 2. Na farmácia comercial.  
 3. No Programa Farmácia Popular.

4. Na igreja ou no sindicato.

5. Em outro lugar.

[ ][ ]

**83. Você teve algum problema para conseguir este remédio?**

1. Sim. Não tinha na farmácia do SUS. (**Vá para a 84**).

2. Sim. Não tinha dinheiro para comprar. (**Vá para a 84**).

3. Sim. Outro problema: => FAÇA A 83A.

4. Não teve problema. (**Vá para a 84**).

99. Não sei. (**Vá para a 84**).

999. NA

[ ][ ]

**83A. Especifique outro(s) problema(s):**

A	[ ][ ]
B	[ ][ ]
C	[ ][ ]
D	[ ][ ]
E	[ ][ ]

999. NA

**84. Você deixou de tomar este remédio, por algum motivo, nos ÚLTIMOS SETE DIAS?**

1. Sim.

2. Não. (**Vá para a 86**).

99. Não sei. (**Vá para a 86**).

999. NA

[ ][ ]

**84A Se sim, especifique quantas vezes:**

99. Não sei.

999. NA

[ ][ ]

**85. Por qual motivo você deixou de tomar este remédio nos ÚLTIMOS SETE DIAS?**

99. Não sei.

999. NA

[ ][ ]

**86. Em sua opinião, como este remédio está funcionando para a sua doença?**

1. Bem.

99. Não sei.

2. Regular.

999. NA

3. Não funciona bem.

[ ][ ]

**87. Em sua opinião, este remédio causa algum problema de saúde para você?**

1. Sim.

2. Não. (**Vá para a 89**).

99. Não sei. (**Vá para a 89**).

999. NA

[ ][ ]

**88. Qual(is) é(são) o(s) problema(s)? (ANOTAR TODOS OS PROBLEMAS RELATADOS PELO ENTREVISTADO)**

A	[ ][ ]
B	[ ][ ]
C	[ ][ ]
D	[ ][ ]
E	[ ][ ]

999. NA

**89. Há outro remédio em uso durante os últimos 30 dias?**

1. Sim.

2. Não. (**Vá para a 284**).

99. Não sei. (**Vá para a 284**).

999. NA

[ ][ ]

## REMÉDIO 6

90. Nome comercial e/ou princípio ativo:

99. Não sei. 999. NA

[ ][ ]

91. Forma farmacêutica:

1. Comprimido ou cápsula.
2. Xarope, suspensão ou solução oral (líquido).
3. Injeção.
4. Aerossol ou spray.
5. Pomada ou creme.
6. Colírio ou gotas (tópico).

99. Não sei. 999. NA

[ ][ ]

92. Remédio genérico?

1. Sim. 2. Não. 99. Não sei. 999. NA

[ ][ ]

93. Há quanto tempo você usa este remédio?

1. Menos de um ano. 99. Não sei.
2. Um ano ou mais. 999. NA

[ ][ ]

94. Onde este remédio foi receitado ou recomendado?

1. Na consulta com o médico.
2. Na consulta com o dentista.
3. Na farmácia.
4. No rádio, na TV e/ou no jornal.
5. Amigos ou parentes ou vizinhos.

99. Não sei. 999. NA

[ ][ ]

95. Onde conseguiu este remédio pela última vez?

1. Na farmácia do SUS.
2. Na farmácia comercial.
3. No Programa Farmácia Popular.
4. Na igreja ou no sindicato.
5. Em outro lugar.

[ ][ ]

96. Você teve algum problema para conseguir este remédio?

1. Sim. Não tinha na farmácia do SUS. (**Vá para a 97**).
2. Sim. Não tinha dinheiro para comprar. (**Vá para a 97**).
3. Sim. Outro problema: => FAÇA A 96A.
4. Não teve problema. (**Vá para a 97**).

99. Não sei. (**Vá para a 97**).

999. NA

[ ][ ]

96A. Especifique outro(s) problema(s):

A		[ ][ ]
B		[ ][ ]
C		[ ][ ]
D		[ ][ ]
E		[ ][ ]

999. NA

97. Você deixou de tomar este remédio, por algum motivo, nos ÚLTIMOS SETE DIAS?

1. Sim.
2. Não. (**Vá para a 99**).

99. Não sei. (**Vá para a 99**).

999. NA

[ ][ ]

97A Se sim, especifique quantas vezes:

\_\_\_\_\_ [ ] [ ]  
99. Não sei.            999. NA

98. Por qual motivo você deixou de tomar este remédio nos ÚLTIMOS SETE DIAS?

\_\_\_\_\_ [ ] [ ]  
99. Não sei.            999. NA

99. Em sua opinião, como este remédio está funcionando para a sua doença?

- |                      |              |
|----------------------|--------------|
| 1. Bem.              | 99. Não sei. |
| 2. Regular.          | 999. NA      |
| 3. Não funciona bem. | [ ] [ ]      |

100. Em sua opinião, este remédio causa algum problema de saúde para você?

- |  |                                   |
|--|-----------------------------------|
| 1. Sim.                                | 2. Não. ( <b>Vá para a 102</b> ). |
| 99. Não sei. ( <b>Vá para a 102</b> ). | 999. NA            [ ] [ ]        |

101. Qual(is) é(são) o(s) problema(s)? (ANOTAR TODOS OS PROBLEMAS RELATADOS PELO ENTREVISTADO)

A	[ ] [ ]
B	[ ] [ ]
C	[ ] [ ]
D	[ ] [ ]
E	[ ] [ ]

999. NA

102. Há outro remédio em uso durante os últimos 30 dias?

- |  |                                   |
|--|-----------------------------------|
| 1. Sim.                                | 2. Não. ( <b>Vá para a 284</b> ). |
| 99. Não sei. ( <b>Vá para a 284</b> ). | 999. NA            [ ] [ ]        |

## REMÉDIO 7

103. Nome comercial e/ou princípio ativo:

\_\_\_\_\_ [ ] [ ]  
99. Não sei.            999. NA

104. Forma farmacêutica:

1. Comprimido ou cápsula.
  2. Xarope, suspensão ou solução oral (líquido).
  3. Injeção.
  4. Aerossol ou spray.
  5. Pomada ou creme.
  6. Colírio ou gotas (tópico).
99. Não sei.            999. NA            [ ] [ ]

105. Remédio genérico?

- |         |         |              |         |         |
|---------|---------|--------------|---------|---------|
| 1. Sim. | 2. Não. | 99. Não sei. | 999. NA | [ ] [ ] |
|---------|---------|--------------|---------|---------|

106. Há quanto tempo você usa esse remédio?

- |                     |                            |
|---------------------|----------------------------|
| 1. Menos de um ano. | 99. Não sei.               |
| 2. Um ano ou mais.  | 999. NA            [ ] [ ] |

107. Onde este remédio foi receitado ou recomendado?

1. Na consulta com o médico.
2. Na consulta com o dentista.



115. Há outro remédio em uso durante os últimos 30 dias?

1. Sim. 2. Não. (Vá para a 284).  
99. Não sei. (Vá para a 284). 999. NA [ ][ ]

REMÉDIO 8

116. Nome comercial e/ou princípio ativo:

99. Não sei. 999. NA [ ][ ]

117. Forma farmacêutica:

1. Comprimido ou cápsula.  
2. Xarope, suspensão ou solução oral (líquido).  
3. Injeção.  
4. Aerossol ou spray.  
5. Pomada ou creme.  
6. Colírio ou gotas (tópico).  
99. Não sei. 999. NA [ ][ ]

118. Remédio genérico?

1. Sim. 2. Não. 99. Não sei. 999. NA [ ][ ]

119. Há quanto tempo você usa este remédio?

1. Menos de um ano. 99. Não sei.  
2. Um ano ou mais. 999. NA [ ][ ]

120. Onde este remédio foi receitado ou recomendado?

1. Na consulta com o médico.  
2. Na consulta com o dentista.  
3. Na farmácia.  
4. No rádio, na TV e/ou no jornal.  
5. Amigos ou parentes ou vizinhos.  
99. Não sei. 999. NA [ ][ ]

121. Onde conseguiu este remédio pela última vez?

1. Na farmácia do SUS.  
2. Na farmácia comercial.  
3. No Programa Farmácia Popular.  
4. Na igreja ou no sindicato.  
5. Em outro lugar. [ ][ ]

122. Você teve algum problema para conseguir este remédio?

1. Sim. Não tinha na farmácia do SUS.  
2. Sim. Não tinha dinheiro para comprar.  
3. Sim. Outro problema: => FAÇA A 122A.  
4. Não teve problema.  
99. Não sei. 999. NA [ ][ ]

122A. Especifique outro(s) problema(s):

A	[ ][ ]
B	[ ][ ]
C	[ ][ ]
D	[ ][ ]
E	[ ][ ]

999. NA

123. Você deixou de tomar este remédio, por algum motivo, nos ÚLTIMOS SETE DIAS?

1. Sim. 2. Não. (**Vá para a 125**).  
 99. Não sei. (**Vá para a 125**). 999. NA [ ][ ]

123A Se sim, especifique quantas vezes:

\_\_\_\_\_ [ ][ ]  
 99. Não sei. 999. NA

124. Por qual motivo você deixou de tomar este remédio nos ÚLTIMOS SETE DIAS?

\_\_\_\_\_ [ ][ ]  
 99. Não sei. 999. NA

125. Em sua opinião, como este remédio está funcionando para a sua doença?

1. Bem. 99. Não sei.  
 2. Regular. 999. NA  
 3. Não funciona bem. [ ][ ]

126. Em sua opinião, este remédio causa algum problema de saúde para você?

1. Sim. 2. Não. (**Vá para a 128**).  
 99. Não sei. (**Vá para a 128**). 999. NA [ ][ ]

127. Qual(is) é(são) o(s) problema(s)? (ANOTAR TODOS OS PROBLEMAS RELATADOS PELO ENTREVISTADO)

A	[ ][ ]
B	[ ][ ]
C	[ ][ ]
D	[ ][ ]
E	[ ][ ]

999. NA

128. Há outro remédio em uso durante os últimos 30 dias?

1. Sim. 2. Não. (**Vá para a 284**).  
 99. Não sei. (**Vá para a 284**). 999. NA [ ][ ]

## REMÉDIO 9

129. Nome comercial e/ou princípio ativo:

\_\_\_\_\_ [ ][ ]  
 99. Não sei. 999. NA

130. Forma farmacêutica:

1. Comprimido ou cápsula.  
 2. Xarope, suspensão ou solução oral (líquido).  
 3. Injeção.  
 4. Aerossol ou spray.  
 5. Pomada ou creme.  
 6. Colírio ou gotas (tópico).  
 99. Não sei. 999. NA [ ][ ]

131. Remédio genérico?

1. Sim. 2. Não. 99. Não sei. 999. NA [ ][ ]

132. Há quanto tempo você usa este remédio?

1. Menos de um ano. 99. Não sei.  
 2. Um ano ou mais. 999. NA [ ][ ]

133. Onde este remédio foi receitado ou recomendado?

1. Na consulta com o médico.
  2. Na consulta com o dentista.
  3. Na farmácia.
  4. No rádio, na TV e/ou no jornal.
  5. Amigos ou parentes ou vizinhos.
99. Não sei.                      999. NA                      [ ][ ]

134. Onde conseguiu este remédio pela última vez?

1. Na farmácia do SUS.
  2. Na farmácia comercial.
  3. No Programa Farmácia Popular.
  4. Na igreja ou no sindicato.
  5. Em outro lugar.
- [ ][ ]

135. Você teve algum problema para conseguir este remédio?

1. Sim. Não tinha na farmácia do SUS.
  2. Sim. Não tinha dinheiro para comprar.
  3. Sim. Outro problema: => FAÇA A 135A.
  4. Não teve problema.
99. Não sei.                      999. NA                      [ ][ ]

135A. Especifique outro(s) problema(s):

A	[ ][ ]
B	[ ][ ]
C	[ ][ ]
D	[ ][ ]
E	[ ][ ]

999. NA

136. Você deixou de tomar este remédio, por algum motivo, nos ÚLTIMOS SETE DIAS?

1. Sim.
  2. Não. (**Vá para a 138**).
99. Não sei. (**Vá para a 138**).                      999. NA                      [ ][ ]

136A Se sim, especifique quantas vezes:

\_\_\_\_\_ [ ][ ]

99. Não sei.                      999. NA

137. Por qual motivo você deixou de tomar este remédio nos ÚLTIMOS SETE DIAS?

\_\_\_\_\_ [ ][ ]

99. Não sei.                      999. NA

138. Em sua opinião, como este remédio está funcionando para a sua doença?

1. Bem.
  2. Regular.
  3. Não funciona bem.
99. Não sei.                      999. NA                      [ ][ ]

139. Em sua opinião, este remédio causa algum problema de saúde para você?

1. Sim.
  2. Não. (**Vá para a 141**).
99. Não sei. (**Vá para a 141**).                      999. NA                      [ ][ ]

140. Qual(is) é(são) o(s) problema(s)? (ANOTAR TODOS OS PROBLEMAS RELATADOS PELO ENTREVISTADO)

A	[ ][ ]
B	[ ][ ]
C	[ ][ ]

D	[ ][ ]
E	[ ][ ]

999. NA

141. Há outro remédio em uso durante os últimos 30 dias?

1. Sim. 2. Não. (**Vá para a 284**).  
 99. Não sei. (**Vá para a 284**). 999. NA [ ][ ]

## REMÉDIO 10

142. Nome comercial e/ou princípio ativo:

\_\_\_\_\_ [ | ]

99. Não sei. 999. NA

143. Forma farmacêutica:

1. Comprimido ou cápsula.  
 2. Xarope, suspensão ou solução oral (líquido).  
 3. Injeção.  
 4. Aerossol ou spray.  
 5. Pomada ou creme.  
 6. Colírio ou gotas (tópico).  
 99. Não sei. 999. NA [ ][ ]

144. Remédio genérico?

1. Sim. 2. Não. 99. Não sei. 999. NA [ ][ ]

145. Há quanto tempo você usa este remédio?

1. Menos de um ano. 99. Não sei.  
 2. Um ano ou mais. 999. NA [ ][ ]

146. Onde este remédio foi receitado ou recomendado?

1. Na consulta com o médico.  
 2. Na consulta com o dentista.  
 3. Na farmácia.  
 4. No rádio, na TV e/ou no jornal.  
 5. Amigos ou parentes ou vizinhos.  
 99. Não sei. 999. NA [ ][ ]

147. Onde conseguiu este remédio pela última vez?

1. Na farmácia do SUS.  
 2. Na farmácia comercial.  
 3. No Programa Farmácia Popular.  
 4. Na igreja ou no sindicato.  
 5. Em outro lugar. [ ][ ]

148. Você teve algum problema para conseguir este remédio?

1. Sim. Não tinha na farmácia do SUS.  
 2. Sim. Não tinha dinheiro para comprar .  
 3. Sim. Outro problema: => FAÇA A 148A.  
 4. Não teve problema.  
 99. Não sei. 999. NA [ ][ ]

148A. Especifique outro(s) problema(s):

A	[ ][ ]
B	[ ][ ]

C	[ ][ ]
D	[ ][ ]
E	[ ][ ]

999. NA

149. Você deixou de tomar este remédio, por algum motivo, nos ÚLTIMOS SETE DIAS?

1. Sim. 2. Não. (**Vá para a 151**).  
99. Não sei. (**Vá para a 151**). 999. NA [ ][ ]

149 A Se sim, especifique quantas vezes:

\_\_\_\_\_ [ ][ ]  
99. Não sei. 999. NA

150. Por qual motivo você deixou de tomar este remédio nos ÚLTIMOS SETE DIAS?

\_\_\_\_\_ [ ][ ]  
99. Não sei. 999. NA

151. Em sua opinião, como este remédio está funcionando para a sua doença?

1. Bem. 99. Não sei.  
2. Regular. 999. NA  
3. Não funciona bem. [ ][ ]

152. Em sua opinião, este remédio causa algum problema de saúde para você?

1. Sim. 2. Não. (**Vá para a 154**).  
99. Não sei. (**Vá para a 154**). 999. NA [ ][ ]

153. Qual(is) é(são) o(s) problema(s)? (ANOTAR TODOS OS PROBLEMAS RELATADOS PELO ENTREVISTADO)

A	[ ][ ]
B	[ ][ ]
C	[ ][ ]
D	[ ][ ]
E	[ ][ ]

999. NA

154. Há outro remédio em uso durante os últimos 30 dias?

1. Sim. 2. Não. (**Vá para a 284**).  
99. Não sei. (**Vá para a 284**). 999. NA [ ][ ]

## REMÉDIO 11

155. Nome comercial e/ou princípio ativo:

\_\_\_\_\_ [ ][ ]  
99. Não sei. 999. NA

156. Forma farmacêutica:

1. Comprimido ou cápsula.  
2. Xarope, suspensão ou solução oral (líquido).  
3. Injeção.  
4. Aerossol ou spray.  
5. Pomada ou creme.  
6. Colírio ou gotas (tópico).  
99. Não sei. 999. NA [ ][ ]



166. Qual(is) é(são) o(s) problema(s)? (ANOTAR TODOS OS PROBLEMAS RELATADOS PELO ENTREVISTADO)

A	[ ][ ]
B	[ ][ ]
C	[ ][ ]
D	[ ][ ]
E	[ ][ ]

999. NA

167. Há outro remédio em uso durante os últimos 30 dias?

1. Sim. 2. Não. (**Vá para a 284**).  
 99. Não sei. (**Vá para a 284**). 999. NA [ ][ ]

## REMÉDIO 12

168. Nome comercial e/ou princípio ativo:

\_\_\_\_\_ [ ][ ]  
 99. Não sei. 999. NA

169. Forma farmacêutica:

1. Comprimido ou cápsula.  
 2. Xarope, suspensão ou solução oral (líquido).  
 3. Injeção.  
 4. Aerossol ou spray.  
 5. Pomada ou creme.  
 6. Colírio ou gotas (tópico).  
 99. Não sei. 999. NA [ ][ ]

170. Remédio genérico?

1. Sim. 2. Não. 99. Não sei. 999. NA [ ][ ]

171. Há quanto tempo você usa esse remédio?

1. Menos de um ano. 99. Não sei.  
 2. Um ano ou mais. 999. NA [ ][ ]

172. Onde este remédio foi receitado ou recomendado?

1. Na consulta com o médico.  
 2. Na consulta com o dentista.  
 3. Na farmácia.  
 4. No rádio, na TV e/ou no jornal.  
 5. Amigos ou parentes ou vizinhos.  
 99. Não sei. 999. NA [ ][ ]

173. Onde conseguiu este remédio pela última vez?

1. Na farmácia do SUS.  
 2. Na farmácia comercial.  
 3. No Programa Farmácia Popular.  
 4. Na igreja ou no sindicato.  
 5. Em outro lugar. [ ][ ]

174. Você teve algum problema para conseguir este remédio?

1. Sim. Não tinha na farmácia do SUS.  
 2. Sim. Não tinha dinheiro para comprar.  
 3. Sim. Outro problema: => FAÇA A 174A.  
 4. Não teve problema.  
 99. Não sei. 999. NA [ ][ ]

174A. Especifique outro(s) problema(s):

A		[ ][ ]
B		[ ][ ]
C		[ ][ ]
D		[ ][ ]
E		[ ][ ]

999. NA

175. Você deixou de tomar este remédio, por algum motivo, nos ÚLTIMOS SETE DIAS?

1. Sim. 2. Não. (**Vá para a 177**).  
 99. Não sei. (**Vá para a 177**). 999. NA [ ][ ]

175A Se sim, especifique quantas vezes:

\_\_\_\_\_ [ ][ ]  
 99. Não sei. 999. NA

176. Por qual motivo você deixou de tomar este remédio nos ÚLTIMOS SETE DIAS?

\_\_\_\_\_ [ ][ ]  
 99. Não sei. 999. NA

177. Em sua opinião, como este remédio está funcionando para a sua doença?

1. Bem. 99. Não sei.  
 2. Regular. 999. NA  
 3. Não funciona bem. [ ][ ]

178. Em sua opinião, este remédio causa algum problema de saúde para você?

1. Sim. 2. Não. (**Vá para a 180**).  
 99. Não sei. (**Vá para a 180**). 999. NA [ ][ ]

179. Qual(is) é(são) o(s) problema(s)? (ANOTAR TODOS OS PROBLEMAS RELATADOS PELO ENTREVISTADO)

A		[ ][ ]
B		[ ][ ]
C		[ ][ ]
D		[ ][ ]
E		[ ][ ]

999. NA

180. Há outro remédio em uso durante os últimos 30 dias?

1. Sim. 2. Não. (**Vá para a 284**).  
 99. Não sei. (**Vá para a 284**). 999. NA [ ][ ]

## REMÉDIO 13

181. Nome comercial e/ou princípio ativo:

\_\_\_\_\_ [ ][ ]  
 99. Não sei. 999. NA

182. Forma farmacêutica:

1. Comprimido ou cápsula.
2. Xarope, suspensão ou solução oral (líquido).
3. Injeção.
4. Aerossol ou spray.
5. Pomada ou creme.

6. Colírio ou gotas (tópico).  
99. Não sei. 999. NA [ ][ ]

183. Remédio genérico?

1. Sim. 2. Não. 99. Não sei. 999. NA [ ][ ]

184. Há quanto tempo você usa este remédio?

1. Menos de um ano. 99. Não sei.  
2. Um ano ou mais. 999. NA [ ][ ]

185. Onde este remédio foi receitado ou recomendado?

1. Na consulta com o médico.  
2. Na consulta com o dentista.  
3. Na farmácia.  
4. No rádio, na TV e/ou no jornal.  
5. Amigos ou parentes ou vizinhos.  
99. Não sei. 999. NA [ ][ ]

186. Onde conseguiu este remédio pela última vez?

1. Na farmácia do SUS.  
2. Na farmácia comercial.  
3. No Programa Farmácia Popular.  
4. Na igreja ou no sindicato.  
5. Em outro lugar. [ ][ ]

187. Você teve algum problema para conseguir este remédio?

1. Sim. Não tinha na farmácia do SUS.  
2. Sim. Não tinha dinheiro para comprar.  
3. Sim. Outro problema: => FAÇA A 187A.  
4. Não teve problema.  
99. Não sei. 999. NA [ ][ ]

187A. Especifique outro(s) problema(s):

A	[ ][ ]
B	[ ][ ]
C	[ ][ ]
D	[ ][ ]
E	[ ][ ]

999. NA

188. Você deixou de tomar este remédio, por algum motivo, nos ÚLTIMOS SETE DIAS?

1. Sim 2. Não. (**Vá para a 190**).  
99. Não sei. (**Vá para a 190**). 999. NA [ ][ ]

188A Se sim, especifique quantas vezes:

\_\_\_\_\_ [ | ]  
99. Não sei. 999. NA

189. Por qual motivo você deixou de tomar este remédio nos ÚLTIMOS SETE DIAS?

\_\_\_\_\_ [ | ]  
99. Não sei. 999. NA

190. Em sua opinião, como este remédio está funcionando para a sua doença?

1. Bem. 99. Não sei.  
2. Regular. 999. NA  
3. Não funciona bem. [ ][ ]

191. Em sua opinião, este remédio causa algum problema de saúde para você?

1. Sim. 2. Não. (**Vá para a 193**).  
 99. Não sei. (**Vá para a 193**). 999. NA [ ][ ]

192. Qual(is) é(são) o(s) problema(s)? (ANOTAR TODOS OS PROBLEMAS RELATADOS PELO ENTREVISTADO)

A	[ ][ ]
B	[ ][ ]
C	[ ][ ]
D	[ ][ ]
E	[ ][ ]

999. NA

193. Há outro remédio em uso durante os últimos 30 dias?

1. Sim. 2. Não. (**Vá para a 284**).  
 99. Não sei. (**Vá para a 284**). 999. NA [ ][ ]

## REMÉDIO 14

194. Nome comercial e/ou princípio ativo:

\_\_\_\_\_ [ | ]  
 99. Não sei. 999. NA

195. Forma farmacêutica:

1. Comprimido ou cápsula .  
 2. Xarope, suspensão ou solução oral (líquido).  
 3. Injeção.  
 4. Aerossol ou spray.  
 5. Pomada ou creme.  
 6. Colírio ou gotas (tópico).  
 99. Não sei. 999. NA [ ][ ]

196. Remédio genérico?

1. Sim. 2. Não. 99. Não sei 999. NA [ ][ ]

197. Há quanto tempo você usa este remédio?

1. Menos de um ano. 99. Não sei.  
 2. Um ano ou mais. 999. NA [ ][ ]

198. Onde este remédio foi receitado ou recomendado?

1. Na consulta com o médico.  
 2. Na consulta com o dentista.  
 3. Na farmácia.  
 4. No rádio, na TV e/ou no jornal.  
 5. Amigos ou parentes ou vizinhos.  
 99. Não sei. 999. NA [ ][ ]

199. Onde conseguiu este remédio pela última vez?

1. Na farmácia do SUS.  
 2. Na farmácia comercial.  
 3. No Programa Farmácia Popular.  
 4. Na igreja ou no sindicato.  
 5. Em outro lugar. [ ][ ]

200. Você teve algum problema para conseguir este remédio?

1. Sim. Não tinha na farmácia do SUS.
2. Sim. Não tinha dinheiro para comprar.
3. Sim. Outro problema: => FAÇA A 200A.
4. Não teve problema.

99. Não sei.                    999. NA                    [ ][ ]

200A. Especifique outro(s) problema(s):

A	[ ][ ]
B	[ ][ ]
C	[ ][ ]
D	[ ][ ]
E	[ ][ ]

999. NA

201. Você deixou de tomar este remédio, por algum motivo, nos ÚLTIMOS SETE DIAS?

1. Sim.
2. Não. (**Vá para a 203**).

99. Não sei. (**Vá para a 203**).                    999. NA                    [ ][ ]

201A Se sim, especifique quantas vezes:

\_\_\_\_\_ [ ][ ]

99. Não sei.                    999. NA

202. Por qual motivo você deixou de tomar este remédio nos ÚLTIMOS SETE DIAS?

\_\_\_\_\_ [ ][ ]

99. Não sei.                    999. NA

203. Em sua opinião, como este remédio está funcionando para a sua doença?

1. Bem.
  2. Regular.
  3. Não funciona bem.
99. Não sei.  
999. NA  
[ ][ ]

204. Em sua opinião, este remédio causa algum problema de saúde para você?

1. Sim.
2. Não. (**Vá para a 206**).

99. Não sei. (**Vá para a 206**).                    999. NA                    [ ][ ]

205. Qual(is) é(são) o(s) problema(s)? (ANOTAR TODOS OS PROBLEMAS RELATADOS PELO ENTREVISTADO)

A	[ ][ ]
B	[ ][ ]
C	[ ][ ]
D	[ ][ ]
E	[ ][ ]

999. NA

206. Há outro remédio em uso durante os últimos 30 dias?

1. Sim.
2. Não. (**Vá para a 284**).

99. Não sei. (**Vá para a 284**).                    999. NA                    [ ][ ]

## REMÉDIO 15

207. Nome comercial e/ou princípio ativo:

99. Não sei. 999. NA

[ ][ ]

208. Forma farmacêutica:

1. Comprimido ou cápsula.
2. Xarope, suspensão ou solução oral (líquido).
3. Injeção.
4. Aerosol ou spray.
5. Pomada ou creme.
6. Colírio ou gotas (tópico).

99. Não sei. 999. NA [ ][ ]

209. Remédio genérico?

1. Sim. 2. Não. 99. Não sei. 999. NA [ ][ ]

210. Há quanto tempo você usa este remédio?

1. Menos de um ano. 99. Não sei.
2. Um ano ou mais. 999. NA [ ][ ]

211. Onde este remédio foi receitado ou recomendado?

1. Na consulta com o médico.
  2. Na consulta com o dentista.
  3. Na farmácia.
  4. No rádio, na TV e/ou no jornal.
  5. Amigos ou parentes ou vizinhos.
99. Não sei. 999. NA [ ][ ]

212. Onde conseguiu este remédio pela última vez?

1. Na farmácia do SUS.
2. Na farmácia comercial.
3. No Programa Farmácia Popular.
4. Na igreja ou no sindicato.
5. Em outro lugar. [ ][ ]

213. Você teve algum problema para conseguir este remédio?

1. Sim. Não tinha na farmácia do SUS.
  2. Sim. Não tinha dinheiro para comprar.
  3. Sim. Outro problema: => FAÇA A 213A.
  4. Não teve problema.
99. Não sei. 999. NA [ ][ ]

213A. Especifique outro(s) problema(s):

A	[ ][ ]
B	[ ][ ]
C	[ ][ ]
D	[ ][ ]
E	[ ][ ]

999. NA

214. Você deixou de tomar este remédio, por algum motivo, nos ÚLTIMOS SETE DIAS?

1. Sim.
  2. Não. (Vá para a 216).
99. Não sei. (Vá para a 216). 999. NA [ ][ ]

214A Se sim, especifique quantas vezes:

\_\_\_\_\_ [ ] [ ]  
99. Não sei.            999. NA

215. Por qual motivo você deixou de tomar este remédio nos ÚLTIMOS SETE DIAS?

\_\_\_\_\_ [ ] [ ]  
99. Não sei.            999. NA

216. Em sua opinião, como este remédio está funcionando para a sua doença?

- |                      |              |
|----------------------|--------------|
| 1. Bem.              | 99. Não sei. |
| 2. Regular.          | 999. NA      |
| 3. Não funciona bem. | [ ] [ ]      |

217. Em sua opinião, este remédio causa algum problema de saúde para você?

- |  |                                   |
|--|-----------------------------------|
| 1. Sim.                                | 2. Não. ( <b>Vá para a 219</b> ). |
| 99. Não sei. ( <b>Vá para a 219</b> ). | 999. NA            [ ] [ ]        |

218. Qual(is) é(são) o(s) problema(s)? (ANOTAR TODOS OS PROBLEMAS RELATADOS PELO ENTREVISTADO)

A	[ ] [ ]
B	[ ] [ ]
C	[ ] [ ]
D	[ ] [ ]
E	[ ] [ ]

999. NA

219. Há outro remédio em uso durante os últimos 30 dias?

- |  |                                   |
|--|-----------------------------------|
| 1. Sim.                                | 2. Não. ( <b>Vá para a 284</b> ). |
| 99. Não sei. ( <b>Vá para a 284</b> ). | 999. NA            [ ] [ ]        |

## REMÉDIO 16

220. Nome comercial e/ou princípio ativo:

\_\_\_\_\_ [ ] [ ]  
99. Não sei.            999. NA

221. Forma farmacêutica:

1. Comprimido ou cápsula.
  2. Xarope, suspensão ou solução oral (líquido).
  3. Injeção.
  4. Aerossol ou spray.
  5. Pomada ou creme.
  6. Colírio ou gotas (tópico).
99. Não sei.            999. NA            [ ] [ ]

222. Remédio genérico?

- |         |         |              |         |         |
|---------|---------|--------------|---------|---------|
| 1. Sim. | 2. Não. | 99. Não sei. | 999. NA | [ ] [ ] |
|---------|---------|--------------|---------|---------|

223. Há quanto tempo você usa este remédio?

- |                     |                            |
|---------------------|----------------------------|
| 1. Menos de um ano. | 99. Não sei.               |
| 2. Um ano ou mais.  | 999. NA            [ ] [ ] |

224. Onde este remédio foi receitado ou recomendado?

1. Na consulta com o médico.
2. Na consulta com o dentista.



232. Há outro remédio em uso durante os últimos 30 dias?

1. Sim. 2. Não. (Vá para a 284).  
99. Não sei. (Vá para a 284). 999. NA [ ][ ]

## REMÉDIO 17

233. Nome comercial e/ou princípio ativo:

99. Não sei. 999. NA [ ][ ]

234. Forma farmacêutica:

1. Comprimido ou cápsula.  
2. Xarope, suspensão ou solução oral (líquido).  
3. Injeção.  
4. Aerossol ou spray.  
5. Pomada ou creme.  
6. Colírio ou gotas (tópico).  
99. Não sei. 999. NA [ ][ ]

235. Remédio genérico?

1. Sim. 2. Não. 99. Não sei. 999. NA [ ][ ]

236. Há quanto tempo você usa este remédio?

1. Menos de um ano. 99. Não sei.  
2. Um ano ou mais. 999. NA [ ][ ]

237. Onde este remédio foi receitado ou recomendado?

1. Na consulta com o médico.  
2. Na consulta com o dentista.  
3. Na farmácia.  
4. No rádio, na TV e/ou no jornal.  
5. Amigos ou parentes ou vizinhos.  
99. Não sei. 999. NA [ ][ ]

238. Onde conseguiu este remédio pela última vez?

1. Na farmácia do SUS.  
2. Na farmácia comercial.  
3. No Programa Farmácia Popular.  
4. Na igreja ou no sindicato.  
5. Em outro lugar. [ ][ ]

239. Você teve algum problema para conseguir este remédio?

1. Sim. Não tinha na farmácia do SUS.  
2. Sim. Não tinha dinheiro para comprar .  
3. Sim. Outro problema: => FAÇA A 239A.  
4. Não teve problema.  
99. Não sei. 999. NA [ ][ ]

239A. Especifique outro(s) problema(s):

A	[ ][ ]
B	[ ][ ]
C	[ ][ ]
D	[ ][ ]
E	[ ][ ]

999. NA

240. Você deixou de tomar este remédio, por algum motivo, nos ÚLTIMOS SETE DIAS?

1. Sim. 2. Não. (**Vá para a 242**).  
 99. Não sei. (**Vá para a 242**). 999. NA [ ][ ]

240A Se sim, especifique quantas vezes:

\_\_\_\_\_ [ ][ ]  
 99. Não sei. 999. NA

241. Por qual motivo você deixou de tomar este remédio nos ÚLTIMOS SETE DIAS?

\_\_\_\_\_ [ ][ ]  
 99. Não sei. 999. NA

242. Em sua opinião, como este remédio está funcionando para a sua doença?

1. Bem. 99. Não sei.  
 2. Regular. 999. NA  
 3. Não funciona bem. [ ][ ]

243. Em sua opinião, este remédio causa algum problema de saúde para você?

1. Sim. 2. Não. (**Vá para a 245**).  
 99. Não sei. (**Vá para a 245**). 999. NA [ ][ ]

244. Qual(is) é(são) o(s) problema(s)? (ANOTAR TODOS OS PROBLEMAS RELATADOS PELO ENTREVISTADO)

A	[ ][ ]
B	[ ][ ]
C	[ ][ ]
D	[ ][ ]
E	[ ][ ]

999. NA

245. Há outro remédio em uso durante os últimos 30 dias?

1. Sim. 2. Não. (**Vá para a 284**).  
 99. Não sei. (**Vá para a 284**). 999. NA [ ][ ]

## REMÉDIO 18

246. Nome comercial e/ou princípio ativo:

\_\_\_\_\_ [ ][ ]  
 99. Não sei. 999. NA

247. Forma farmacêutica:

1. Comprimido ou cápsula.  
 2. Xarope, suspensão ou solução oral (líquido).  
 3. Injeção.  
 4. Aerossol ou spray.  
 5. Pomada ou creme.  
 6. Colírio ou gotas (tópico).  
 99. Não sei. 999. NA [ ][ ]

248. Remédio genérico?

1. Sim. 2. Não. 99. Não sei. 999. NA [ ][ ]

249. Há quanto tempo você usa este remédio?

1. Menos de um ano. 99. Não sei.  
 2. Um ano ou mais. 999. NA [ ][ ]

250. Onde este remédio foi receitado ou recomendado?

1. Na consulta com o médico.
  2. Na consulta com o dentista.
  3. Na farmácia.
  4. No rádio, na TV e/ou no jornal.
  5. Amigos ou parentes ou vizinhos.
99. Não sei.                    999. NA                    [ ][ ]

251. Onde conseguiu este remédio pela última vez?

1. Na farmácia do SUS.
  2. Na farmácia comercial.
  3. No Programa Farmácia Popular.
  4. Na igreja ou no sindicato.
  5. Em outro lugar.
- [ ][ ]

252. Você teve algum problema para conseguir este remédio?

1. Sim. Não tinha na farmácia do SUS.
  2. Sim. Não tinha dinheiro para comprar.
  3. Sim. Outro problema: => FAÇA A 252A.
  4. Não teve problema.
99. Não sei.                    999. NA                    [ ][ ]

252A. Especifique outro(s) problema(s):

A	[ ][ ]
B	[ ][ ]
C	[ ][ ]
D	[ ][ ]
E	[ ][ ]

999. NA

253. Você deixou de tomar este remédio, por algum motivo, nos ÚLTIMOS SETE DIAS?

1. Sim.
  2. Não. (**Vá para a 255**).
99. Não sei. (**Vá para a 255**).                    999. NA                    [ ][ ]

253A Se sim, especifique quantas vezes:

\_\_\_\_\_ [ ][ ]

99. Não sei.                    999. NA

254. Por qual motivo você deixou de tomar este remédio nos ÚLTIMOS SETE DIAS?

\_\_\_\_\_ [ ][ ]

99. Não sei.                    999. NA

255. Em sua opinião, como este remédio está funcionando para a sua doença?

1. Bem.
  2. Regular.
  3. Não funciona bem.
99. Não sei.                    999. NA                    [ ][ ]

256. Em sua opinião, este remédio causa algum problema de saúde para você?

1. Sim.
  2. Não. (**Vá para a 258**).
99. Não sei. (**Vá para a 258**).                    999. NA                    [ ][ ]

257. Qual(is) é(são) o(s) problema(s)? (ANOTAR TODOS OS PROBLEMAS RELATADOS PELO ENTREVISTADO)

A	[ ][ ]
B	[ ][ ]
C	[ ][ ]

D		[ ][ ]
E		[ ][ ]

999. NA

258. Há outro remédio em uso durante os últimos 30 dias?

1. Sim. 2. Não. (**Vá para a 284**).  
 99. Não sei. (**Vá para a 284**). 999. NA [ ][ ]

## REMÉDIO 19

259. Nome comercial e/ou princípio ativo:

\_\_\_\_\_ [ | ]

99. Não sei. 999. NA

260. Forma farmacêutica:

1. Comprimido ou cápsula.  
 2. Xarope, suspensão ou solução oral (líquido).  
 3. Injeção.  
 4. Aerossol ou spray.  
 5. Pomada ou creme.  
 6. Colírio ou gotas (tópico).  
 99. Não sei. 999. NA [ ][ ]

261. Remédio genérico?

1. Sim. 2. Não. 99. Não sei. 999. NA [ ][ ]

262. Há quanto tempo você usa este remédio?

1. Menos de um ano. 99. Não sei.  
 2. Um ano ou mais. 999. NA [ ][ ]

263. Onde este remédio foi receitado ou recomendado?

1. Na consulta com o médico.  
 2. Na consulta com o dentista.  
 3. Na farmácia.  
 4. No rádio, na TV e/ou no jornal.  
 5. Amigos ou parentes ou vizinhos.  
 99. Não sei. 999. NA [ ][ ]

264. Onde conseguiu este remédio pela última vez?

1. Na farmácia do SUS.  
 2. Na farmácia comercial.  
 3. No Programa Farmácia Popular.  
 4. Na igreja ou no sindicato.  
 5. Em outro lugar. [ ][ ]

265. Você teve algum problema para conseguir este remédio?

1. Sim. Não tinha na farmácia do SUS.  
 2. Sim. Não tinha dinheiro para comprar.  
 3. Sim. Outro problema: => FAÇA A 265A.  
 4. Não teve problema.  
 99. Não sei. 999. NA [ ][ ]

265A. Especifique outro(s) problema(s):

A		[ ][ ]
B		[ ][ ]

C	[ ][ ]
D	[ ][ ]
E	[ ][ ]

999. NA

266. Você deixou de tomar este remédio, por algum motivo, nos ÚLTIMOS SETE DIAS?

1. Sim. 2. Não. (**Vá para a 268**).  
99. Não sei. (**Vá para a 268**). 999. NA [ ][ ]

266A Se sim, especifique quantas vezes:

\_\_\_\_\_ [ ][ ]  
99. Não sei. 999. NA

267. Por qual motivo você deixou de tomar este remédio nos ÚLTIMOS SETE DIAS?

\_\_\_\_\_ [ ][ ]  
99. Não sei. 999. NA

268. Em sua opinião, como este remédio está funcionando para a sua doença?

1. Bem. 99. Não sei.  
2. Regular. 999. NA  
3. Não funciona bem. [ ][ ]

269. Em sua opinião, este remédio causa algum problema de saúde para você?

1. Sim. 2. Não. (**Vá para a 271**).  
99. Não sei. (**Vá para a 271**). 999. NA [ ][ ]

270. Qual(is) é(são) o(s) problema(s)? (ANOTAR TODOS OS PROBLEMAS RELATADOS PELO ENTREVISTADO)

A	[ ][ ]
B	[ ][ ]
C	[ ][ ]
D	[ ][ ]
E	[ ][ ]

999. NA

271. Há outro remédio em uso durante os últimos 30 dias?

1. Sim. 2. Não. (**Vá para a 284**).  
99. Não sei. (**Vá para a 284**). 999. NA [ ][ ]

## REMÉDIO 20

272. Nome comercial e/ou princípio ativo:

\_\_\_\_\_ [ ][ ]  
99. Não sei. 999. NA

273. Forma farmacêutica:

1. Comprimido ou cápsula.  
2. Xarope, suspensão ou solução oral (líquido).  
3. Injeção.  
4. Aerossol ou spray.  
5. Pomada ou creme.  
6. Colírio ou gotas (tópico).  
99. Não sei. 999. NA [ ][ ]

## 274. Remédio genérico?

1. Sim.                      2. Não.                      99. Não sei.                      999. NA                      [ ][ ]

## 275. Há quanto tempo você usa este remédio?

1. Menos de um ano.    99. Não sei.  
2. Um ano ou mais.    999. NA                      [ ][ ]

## 276. Onde este remédio foi receitado ou recomendado?

1. Na consulta com o médico.  
2. Na consulta com o dentista.  
3. Na farmácia.  
4. No rádio, na TV e/ou no jornal.  
5. Amigos ou parentes ou vizinhos.  
99. Não sei.                      999. NA                      [ ][ ]

## 277. Onde conseguiu este remédio pela última vez?

1. Na farmácia do SUS.  
2. Na farmácia comercial.  
3. No Programa Farmácia Popular.  
4. Na igreja ou no sindicato.  
5. Em outro lugar.                      [ ][ ]

## 278. Você teve algum problema para conseguir este remédio?

1. Sim. Não tinha na farmácia do SUS.  
2. Sim. Não tinha dinheiro para comprar.  
3. Sim. Outro problema: => FAÇA A 278A.  
4. Não teve problema.  
99. Não sei.                      999. NA                      [ ][ ]

## 278A. Especifique outro(s) problema(s)

A	[ ][ ]
B	[ ][ ]
C	[ ][ ]
D	[ ][ ]
E	[ ][ ]

999. NA

## 279. Você deixou de tomar este remédio, por algum motivo, nos ÚLTIMOS SETE DIAS?

1. Sim.                      2. Não. (**Vá para a 281**).  
99. Não sei. (**Vá para a 281**).                      999. NA                      [ ][ ]

## 279A Se sim, especifique quantas vezes:

\_\_\_\_\_ [ | ]  
99. Não sei.                      999. NA

## 280. Por qual motivo você deixou de tomar este remédio nos ÚLTIMOS SETE DIAS?

\_\_\_\_\_ [ | ]  
99. Não sei.                      999. NA

## 281. Em sua opinião, como este remédio está funcionando para a sua doença?

1. Bem.                      99. Não sei.  
2. Regular.                      999. NA  
3. Não funciona bem.                      [ ][ ]

## 282. Em sua opinião, este remédio causa algum problema de saúde para você?

1. Sim.                      2. Não. (**Vá para a 284**).  
99. Não sei. (**Vá para a 284**).                      999. NA                      [ ][ ]

283. Qual(is) é(são) o(s) problema(s)? (ANOTAR TODOS OS PROBLEMAS RELATADOS PELO ENTREVISTADO)

A		[ ][ ]
B		[ ][ ]
C		[ ][ ]
D		[ ][ ]
E		[ ][ ]

999. NA

### OUTRAS INFORMAÇÕES SOBRE OS REMÉDIOS

284. Você precisa da ajuda de outra pessoa para tomar os seus remédios?

1. Sim, sempre.                      3. Não.  
2. Sim, às vezes.                  99. Não sei.                      [ ][ ]

### ATENDIMENTOS EM EMERGÊNCIA E INTERNAÇÕES

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

1. Sim.                                  2. Não. (**Vá para a 288**).                                  99. Não sei. (**Vá para a 288**).                                  [ ][ ]

286. Quantas vezes?

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

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

A		[ ][ ]
B		[ ][ ]
C		[ ][ ]
D		[ ][ ]
E		[ ][ ]

999. NA

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

1. Sim.                                  2. Não. (**Vá para a 291**).                                  99. Não sei. (**Vá para a 291**).                                  [ ][ ]

289. Quantas vezes?

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

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

A		[ ][ ]
B		[ ][ ]
C		[ ][ ]
D		[ ][ ]
E		[ ][ ]

999. NA

## SERVIÇO DE SAÚDE E FARMÁCIA

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

291. Você utiliza o SUS (ler as alternativas):

- |                   |               |   |
|-------------------|---------------|---|
| 1. Sempre.        | 4. Raramente. |   |
| 2. Repetidamente. | 5. Nunca.     |   |
| 3. Às vezes.      | 99. Não sei.  | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |

292. Você procura atendimento NESTA Unidade de Saúde (ler as alternativas):

- |                                      |   |
|--------------------------------------|---|
| 1. Sempre.                           |   |
| 2. Repetidamente.                    |   |
| 3. Às vezes.                         |   |
| 4. Raramente.                        |   |
| 5. Nunca.                            |   |
| 6. Primeira vez na Unidade de Saúde. | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |

293. Você é cadastrado nesta Unidade de Saúde?

- |         |         |              |   |
|---------|---------|--------------|---|
| 1. Sim. | 2. Não. | 99. Não sei. | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
|---------|---------|--------------|---|

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

1. Caminhando.
2. Ônibus e/ou transporte coletivo.
3. Carro, moto.
4. Barco.

Outro: \_\_\_\_\_

- |              |   |
|--------------|---|
| 99. Não sei. | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
|--------------|---|

295. Este lugar é longe da sua casa?

- |                   |              |   |
|-------------------|--------------|---|
| 1. Sim.           | 3. Não.      |   |
| 2. Mais ou menos. | 99. Não Sei. | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |

296. Chegar aqui é (ler as alternativas):

- |                            |                   |   |
|----------------------------|-------------------|---|
| 1. Muito fácil.            | 4. Difícil.       |   |
| 2. Fácil.                  | 5. Muito difícil. |   |
| 3. Nem fácil, nem difícil. | 99 Não Sei.       | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |

297. O horário de funcionamento desta Unidade de Saúde é (ler as alternativas):

- |                       |                |   |
|-----------------------|----------------|---|
| 1. Muito bom.         | 4. Ruim.       |   |
| 2. Bom.               | 5. Muito ruim. |   |
| 3. Nem ruim, nem bom. | 99 Não Sei.    | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |

298. Por que você veio à Unidade de Saúde hoje?(Pode assinalar mais de uma opção).

1. Consulta médica agendada.
2. Agendar uma consulta e/ou exame.
3. Participar de uma reunião de grupo.
4. Retirar remédios.

Outros: \_\_\_\_\_

299. Nos últimos três meses, você PROCUROU por algum remédio em FARMÁCIAS PÚBLICAS DO SUS? (ler as opções).

1. Apenas na farmácia pública desta UBS.
2. Apenas em outras farmácias públicas do SUS.
3. Em ambas.
4. Não procurei por nenhum remédio em farmácias públicas do SUS. (**Vá para a 317**).
5. Não utilizei nenhuma farmácia pública do SUS nos últimos três meses. (**Vá para a 317**).
99. Não sei.

300. Normalmente, quanto tempo você espera para retirar os remédios nas farmácias públicas do SUS?

1. Não espera. (**Vá para a 302**).
2. Um pouco.
3. Muito tempo.
5. Primeira vez na UBS. (**Vá para a 302**).
99. Não sei. (**Vá para a 302**).

301. Quanto tempo você espera para retirar os remédios nas farmácias públicas do SUS?

[ ][ ] minutos.

302. Nestes três últimos meses, com qual frequência você CONSEGUIU os remédios que procurava nas farmácias públicas do SUS?

1. Sempre. (**Vá para a 305**).
2. Repetidamente.
3. Às vezes.
4. Raramente.
5. Nunca.

[ ][ ]

303. Em todas as vezes que você NÃO CONSEGUIU os remédios nas farmácias públicas do SUS, qual(is) foi(ram) a(s) orientação(ões) que recebeu? RESPOSTA MÚLTIPLA

- 1 Avisaram que não tinha o remédio.
- 2 Avisaram que não tinha o remédio; pediram que você aguardasse, mas o remédio não chegou.
- 3 Encaminharam você para outra UBS.
- 4 Orientaram você a comprar o remédio.
- 5 Orientaram você a procurar a Farmácia Popular.
- 6 Não recebeu orientação.
7. Outros.=> Faça a 303A.
99. Não sei.
999. NA

303A. Qual (is) foi(ram) a(s) outra(s) orientação(ões) que recebeu?

A	[ ][ ]
B	[ ][ ]
C	[ ][ ]
D	[ ][ ]
E	[ ][ ]

304. Em todas as vezes que NÃO CONSEGUIU o(s) remédio(s) nas farmácias públicas do SUS, EM QUAL LOCAL você adquiriu? RESPOSTA MÚLTIPLA

1. Em outra UBS.
2. Farmácia do SUS.
3. Em outro setor do SUS.
4. Na Farmácia Popular.
5. Pelo plano de saúde.
6. Pelo convênio da empresa.
7. Em instituição de caridade, ONG etc.
8. Com amigos, parentes e vizinhos.
9. Comprou em drogaria comercial.
10. Ficou sem o remédio.
11. Não teve dinheiro para comprar.
12. Achou que não precisava do remédio.
13. Outros.=> Faça a 304A.

304A. Quais outros locais?

A	[ ][ ]
B	[ ][ ]
C	[ ][ ]

D	[ ][ ]
E	[ ][ ]

305. Para você, os efeitos dos remédios recebidos nas farmácias públicas do SUS em comparação com os efeitos dos remédios COMPRADOS na farmácia comercial são:

1. Iguais.
2. Melhores.
3. Piores.
4. NUNCA comprou remédios em farmácias comerciais.
99. Não sei.            999. NA            [ ][ ]

306. Quando você retira remédios nas farmácias públicas do SUS, os funcionários que entregam os remédios repassam informações e/ou orientações sobre como usá-los?

- 1 Sim.                            3 Não. (**Vá para a 309**).
2. Às vezes.            99 Não sei. (**Vá para a 309**).            [ ][ ]

307. Você entende as informações e/ou orientações repassadas pelos funcionários que entregam os remédios nas farmácias públicas do SUS?

(Ler as alternativas)

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

308. Quando retira remédios nas farmácias públicas do SUS, você recebe orientação sobre como guardar os remédios em casa? (Ler as alternativas).

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

309. O farmacêutico ou outro funcionário da farmácia pública do SUS está disponível quando você precisa tirar dúvidas sobre os remédios? (Ler as alternativas).

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

310. Os funcionários da farmácia pública do SUS onde você retira os remédios atendem com respeito e cortesia? (Ler as alternativas).

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

311. Como você avalia a sinalização existente (por exemplo: placas, cartazes), para encontrar a farmácia pública do SUS onde retira os remédios?

1. Muito fácil.
2. Fácil.
3. Nem fácil, nem difícil.
4. Difícil.
5. Muito difícil.
99. Não sei.            999. NA            [ ][ ]

312. Como você avalia a limpeza da farmácia pública do SUS onde retira os remédios?

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



4. Porque tem os remédios que faltam no SUS.  
5. Porque é mais perto do que a farmácia do SUS.

Outro: \_\_\_\_\_

99. Não sei.                      999. NA                      [ ][ ]

321. Vamos dizer alguns tipos de dificuldades comuns que as pessoas enfrentam ao lidar com remédios. Gostaríamos de saber qual(is) dessa(s) o(a) Sr.(a) enfrenta. (ASSINALAR UMA OPÇÃO PARA CADA ITEM).

1. Sim.                              2. Não.                              99. Não sei.

A	Lembrar de tomar o remédio.	[ ][ ]
B	Utilizar muitos comprimidos ao dia.	[ ][ ]
C	Conseguir os remédios.	[ ][ ]
D	Ler o que está escrito na embalagem.	[ ][ ]
E	Adequar a utilização do remédio com o trabalho.	[ ][ ]
F	Remédios diferentes com a mesma forma e coloração.	[ ][ ]
G	Outro:	[ ][ ]
H	Outro:	[ ][ ]
I	Outro:	[ ][ ]
J	Outro:	[ ][ ]
K	Outro:	[ ][ ]

## COMPORTAMENTOS NO USO DE REMÉDIOS

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

322. Você utiliza algum remédio SEM RECEITA?

1. Sim.                              2. Não. (**Vá para a 324**).

323. Em quais casos você utiliza algum remédio SEM RECEITA?

1. Sim.                              2. Não.                              99. Não sei.

A	Quando tem o remédio em casa.	[ ][ ]
B	Quando conhece alguém que já tomou.	[ ][ ]
C	Quando já tomou este remédio antes.	[ ][ ]
D	Quando leu a bula ou outra informação.	[ ][ ]
E	Quando consegue o remédio fácil.	[ ][ ]
F	Quando recebe indicação na farmácia.	[ ][ ]
G1A	Outro:	[ ][ ]
G1B	Outro:	[ ][ ]
G1C	Outro:	[ ][ ]
G1D	Outro:	[ ][ ]
G1E	Outro:	[ ][ ]

324. Você DEIXA de utilizar algum remédio receitado pelo médico?

1. Sim.                              2. Não. (**Vá para a 326**).

325. Em quais casos deixa de utilizar algum remédio receitado pelo médico?

1. Sim.                              2. Não.                              99. Não sei.

A	Quando acha que o remédio é muito forte ou muito fraco.	[ ][ ]
B	Quando acha que o remédio não é o certo ou não funciona.	[ ][ ]

C	Quando acha que não precisa do remédio.	[ ][ ]
D	Quando acha que já está curado.	[ ][ ]
E	Quando já usou o remédio e passou mal.	[ ][ ]
F	Quando lê alguma coisa que acha ruim na bula.	[ ][ ]
G1A	Outro:	[ ][ ]
G1B	Outro:	[ ][ ]
G1C	Outro:	[ ][ ]
G1D	Outro:	[ ][ ]
G1E	Outro:	[ ][ ]

## ESTILO DE VIDA

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

326. Com que frequência você costuma consumir bebida alcoólica?

1. Não bebo nunca. (**Vá para a 333**).
2. Menos de uma vez por mês. (**Vá para a 333**).
3. Uma vez ou mais por mês.
99. Não sei. [ ][ ]

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

- [ ] dias por semana.  
99. Não sei. 999. NA

328. Em geral, no dia que você bebe, quantas doses de bebida alcoólica você consome? (Uma dose de bebida alcoólica equivale a uma lata de cerveja, uma taça de vinho ou uma dose de cachaça, whisky ou qualquer outra bebida alcoólica destilada).

- [ ][ ] doses por dia.  
99. Não sei. 999. NA

### Para homens:

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

1. Sim. (**Vá para a 331**).
2. Não. (**Vá para a 333**).
99. Não sei. (**Vá para a 333**).
999. NA [ ][ ]

### Para mulheres:

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

1. Sim.
2. Não. (**Vá para a 333**).
99. Não sei. (**Vá para a 333**).
999. NA [ ][ ]

### Para todos:

331. Em quantos dias do mês isto ocorreu?

- [ ][ ] dias.  
99. Não sei. 999. NA

332. Você já recebeu recomendação de algum médico para beber menos?

1. Sim.
2. Não.
99. Não sei.
999. NA [ ][ ]

## PRÁTICA DE ATIVIDADE FÍSICA

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

1. Sim.
2. Não. (**Vá para a 340**).
- [ ][ ]

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

|\_\_\_\_\_| dias

Se zero,, (**Vá para a 340**).

99. Não sei.

999. NA

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

1. Caminhada (não considerar caminhada para o trabalho).

2. Caminhada em esteira.

3. Corrida.

4. Corrida em esteira.

5. Musculação.

6. Ginástica aeróbica.

7. Hidroginástica.

8. Ginástica em geral.

9. Natação.

10. Artes marciais e luta.

11. Bicicleta.

12. Futebol.

13. Basquetebol.

14. Voleibol.

15. Tênis.

16. Dança.

17. Outro:

999. NA

[ ][ ]

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

1. Sim.

2. Não. (**Vá para a 340**).

999. NA

[ ][ ]

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

|\_\_\_\_\_| dias.

999. NA

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

[ ][ ] [ ][ ] horas [ ][ ] [ ][ ] minutos.

999. NA

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

[ ][ ] [ ][ ] horas [ ][ ] [ ][ ] minutos.

999. NA

## FUMO

340. Você fuma atualmente?

1. Sim.

2. Não. (**Vá para a 343**).

[ ][ ]

341. Você fuma todos os dias?

1. Sim.

2. Não. (**Vá para a 343**).

999. NA

[ ][ ]

342. Quantos cigarros você fuma por dia?

|\_\_\_\_\_| [ ][ ] cigarros por dia.

99. Não sei.

999. NA

343. Você já fumou regularmente?

1. Sim.

2. Não (**Vá para a 346**).

999. NA

[ ][ ]

344. Que idade você tinha quando começou a fumar todos os dias? (Caso o entrevistado relate alguma idade aproximada, anote a idade aproximada declarada por ele).

[ ] [ ] anos.

99. Não sei.                      999. NA

345. Que idade você tinha quando parou de fumar? (Caso o entrevistado relate alguma idade aproximada, anote a idade aproximada declarada por ele).

[ ] [ ] anos.

99. Não sei.                      999. NA

346. Algum médico já lhe recomendou parar de fumar?

1. Sim.                      2. Não.                      99. Não sei.                      999. NA                      [ ] [ ]

## DIETA

347. Você está fazendo alguma dieta para perder peso?

1. Sim.                      2. Não.                      99. Não sei.                      [ ] [ ]

348. Você evita o consumo de sal?

1. Sim.                      2. Não.                      99. Não sei.                      [ ] [ ]

349. Você faz alguma dieta para reduzir o consumo de gordura?

1. Sim.                      2. Não.                      99. Não sei.                      [ ] [ ]

350. Você faz alguma dieta para reduzir o açúcar?

1. Sim.                      2. Não.                      99. Não sei.                      [ ] [ ]

351. Você faz uso de algum adoçante na sua dieta?

1. Sim.                      2. Não.                      99. Não sei.                      [ ] [ ]

**Se sim para alguma das cinco perguntas anteriores:**

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

1. Por aconselhamento médico ou de nutricionista.

2. Por decisão própria. (**Vá para a 354**).

3. Outro. \_\_\_\_\_

99. Não sei. (**Vá para a 354**).                      999. NA                      [ ] [ ]

353. Para qual problema de saúde recebeu esta recomendação? (Resposta múltipla).

1. Hipertensão.

2. Diabetes .

3. Doença do coração.

4. Colesterol alto.

5. AVC (acidente vascular cerebral) .

6. Doença pulmonar crônica.

7. Artrite ou reumatismo.

8. Depressão.

9. Outro: \_\_\_\_\_

99. Não sei.                      999. NA                      [ ] [ ]

## PLANO DE SAÚDE

354. Você tem plano de saúde ou convênio médico?

1. Sim.                      2. Não. (**Vá para a 362**).                      99. Não sei. (**Vá para a 362**).                      [ ] [ ]

355. Qual o nome do convênio e/ou plano de saúde?

[ ] [ ]

356. Você é o titular deste plano?

1. Sim.                      2. Não.                      99. Não sei.                      999. NA                      [ ] [ ]

**O(s) plano(s) ou convênio(s) cobre(m):**

357. Consulta médica?

1. Sim, tenho desconto no preço.  
 2. Sim, mas tem copagamento (o entrevistado paga apenas uma parte da consulta).  
 3. Sim, cobre integralmente.  
 4. Sim, mas eu pago e o plano reembolsa.  
 5. Não cobre.  
 99. Não sei.                      999. NA                      [ ] [ ]

358. Internação?

1. Sim, tenho desconto no preço.  
 2. Sim, mas tem copagamento (o entrevistado paga apenas uma parte da consulta).  
 3. Sim, cobre integralmente.  
 4. Sim, mas eu pago e o plano reembolsa.  
 5. Não cobre.  
 99. Não sei.                      999. NA                      [ ] [ ]

359. Exames?

1. Sim, tenho desconto no preço.  
 2. Sim, mas tem copagamento (o entrevistado paga apenas uma parte da consulta).  
 3. Sim, cobre integralmente.  
 4. Sim, mas eu pago e o plano reembolsa.  
 5. Não cobre.  
 99. Não sei.                      999. NA                      [ ] [ ]

360. Remédios (fora da internação)?

1. Sim, tenho desconto no preço.  
 2. Sim, mas tem copagamento (o entrevistado paga apenas uma parte da consulta).  
 3. Sim, cobre integralmente.  
 4. Sim, mas eu pago e o plano reembolsa.  
 5. Não cobre. (**Vá para a 362**).  
 99. Não sei. (**Vá para a 362**).                      999. NA                      [ ] [ ]

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

A	[ ] [ ]
B	[ ] [ ]
C	[ ] [ ]
D	[ ] [ ]
E	[ ] [ ]

## INFORMAÇÃO SOBRE SEU DOMICÍLIO

Agora, preciso de algumas informações sobre seu domicílio.

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

0. Zero.                      3. Três.  
 1. Um.                      4. Mais que quatro.  
 2. Dois.

Quantidade(s):

A	Televisão em cores.	[ ][ ]
B	Rádio (não considerar rádio de automóvel).	[ ][ ]
C	Banheiro (não considerar se servirem a mais de uma habitação, nem lavabos).	[ ][ ]
D	Automóvel (de uso particular).	[ ][ ]
E	Empregada mensalista (trabalhar pelo menos cinco dias por semana).	[ ][ ]
F	Máquina de lavar roupa (não considerar o tanquinho).	[ ][ ]
G	Videocassete e/ou DVD.	[ ][ ]
H	Geladeira.	[ ][ ]
I	Freezer (aparelho independente ou parte da geladeira duplex).	[ ][ ]
J	Microcomputador.	[ ][ ]
K	Micro-ondas.	[ ][ ]
L	Motocicleta.	[ ][ ]
M	Secadora de roupa.	[ ][ ]

363. Quantas pessoas moram no seu domicílio?

[ ][ ] pessoas.

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

[ ][ ]

365. Quantos cômodos servem como dormitório (quartos)?

[ ][ ]

366. O domicílio onde você reside é:

1 Alugado.                      3. Emprestado.  
2. Próprio.                      99. Não sei.                      [ ][ ]

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

1. Abaixo de R\$ 150,00.  
2. Entre R\$ 150,00 e R\$ 300,00.  
3. Entre R\$ 300,00 e R\$ 650,00.  
4. Entre R\$ 650,00 e R\$ 1.000,00.  
5. Entre R\$ 1.000,00 e R\$ 1.450,00.  
6. Entre R\$ 1.450,00 e R\$ 1.900,00.  
7. Entre R\$ 1.900,00 e R\$ 3.000,00.  
8. Entre R\$ 3.000,00 e R\$ 4.600,00.  
9. Entre R\$ 4.600,00 e R\$ 6.000,00.  
10. Entre R\$ 6.000,00 e R\$ 8.000,00.  
11. Entre R\$ 8.000,00 e R\$ 10.500,00.  
12. Entre R\$ 10.500,00 e R\$ 13.000,00.  
13. Acima de R\$ 13.000,00.                      99. Não sei.                      [ ][ ]

368. Quantas pessoas dependem desta renda? (INCLUIR AS PESSOAS QUE TRABALHAM).

[ ][ ]

369. O domicílio possui água encanada?

1. Sim.                      2. Não.                      99. Não sei.                      [ ][ ]

370. A rua é pavimentada (calçamento, asfaltada)?

1. Sim.                      2. Não.                      99. Não sei.                      [ ][ ]

371. Você recebe auxílio do governo?

1A. Sim, Bolsa Família.  
1B. Sim, seguro-desemprego.

2. Não.

Outro: \_\_\_\_\_

99. Não sei. [ ][ ]

### Agora, gostaria de saber se...

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

1. Sim.                      2. Não. (**Vá para a 375**).                      99. Não sei. (**Vá para a 375**).                      [ ][ ]

373. Que tipo de problema ocasionou este gasto?

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

Outro: \_\_\_\_\_

99. Não sei.                      999. NA                      [ ][ ]

374. Como foi que a família lidou com esse gasto?

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

6. Outro: \_\_\_\_\_

99. Não sei.                      999. NA                      [ ][ ]

## ESTADO DE SAÚDE

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

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

99. Não sei.                      [ ][ ]

**Agora, vou fazer algumas perguntas sobre seu estado de saúde. Indique qual das afirmações melhor descreve o seu estado de saúde hoje.**

376. Mobilidade:

1. Não tenho problemas em andar.
2. Tenho alguns problemas em andar.
3. Estou limitado a ficar na cama.                      [ ][ ]

377. Cuidados pessoais:

4. Não tenho problemas com os meus cuidados pessoais.
5. Tenho alguns problemas para me lavar ou me vestir.
6. Sou incapaz de me lavar ou me vestir sozinho(a).

378. Atividades habituais (ex.: trabalho, estudos, atividades domésticas, atividades em família ou de lazer):

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

379. Dor e/ou mal-estar:

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

### 380. Ansiedade e/ou depressão

4. Não estou ansioso(a) ou deprimido(a).
5. Estou moderadamente ansioso(a) ou deprimido(a).
6. Estou extremamente ansioso(a) ou deprimido(a).

## INFORMAÇÃO DO ENTREVISTADO

381. Nome: \_\_\_\_\_

381A. Nome do responsável (no caso de o entrevistado não ser capaz de responder ao questionário sozinho. Assinalar NA (999) nos casos de "não se aplica"):

382B. Telefone do entrevistado: \_\_\_\_\_

382. Endereço do entrevistado: \_\_\_\_\_

382.A. Município onde reside: \_\_\_\_\_

382.B. Logradouro (Rua/Avenida/Beco): \_\_\_\_\_

Horário Final: [\_\_][\_\_]:[\_\_][\_\_]

## Apêndice G - Formulário de observação da farmácia e/ou unidade de dispensação

Data da observação: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / 2014

Horário inicial: \_\_\_\_:\_\_\_\_

O questionário será dividido em três etapas:

### 1ª Etapa - Registro Fotográfico:

O observador deverá tirar fotos das diferentes áreas, identificando cada área na foto. Em TODAS AS FARMÁCIAS e/ou UNIDADES DE DISPENSAÇÃO, as seguintes áreas devem ter registro fotográfico: área de atendimento (guichê, balcão e/ou janela de entrega de medicamentos, fila de espera), área interna da Farmácia e/ou Unidade de Dispensação, área de armazenamento da Farmácia e/ou Unidade de Dispensação, prateleira dos medicamentos (foto panorâmica e foto com proximidade para identificação dos produtos), local de armazenamento dos medicamentos controlados (armário ou sala específica, quando houver). Quando a Farmácia e/ou Unidade de Dispensação estiver implantada em edificação independente da Unidade de Saúde, registrar também a fachada e o acesso principal à Farmácia e/ou à Unidade de Dispensação.

### 2ª Etapa - Registro da Documentação:

O observador deverá também obter cópias dos Procedimentos Operacionais Padronizados (POPs) utilizados no setor de dispensação.

### 3ª Etapa - Roteiro de Observação:

O observador deverá ser acompanhado pelo responsável da Farmácia e/ou Unidade de Dispensação. Todas as questões devem ser respondidas com base na OBSERVAÇÃO LOCAL e não apenas com a informação do profissional que o acompanha.

## REGISTRO FOTOGRÁFICO

A. Entrada da Farmácia e/ou Unidade de Dispensação.

a. Comentários: \_\_\_\_\_ [\_\_]

B. Área de recepção e/ou atendimento (foto 1: porta de entrada).

a. Comentários: \_\_\_\_\_ [\_\_]

C. Área de recepção e/ou atendimento (foto 2: lateral).

a. Comentários: \_\_\_\_\_ [\_\_]

D. Almoarifado - Armazenamento de medicamentos (foto 1: porta de entrada).

a. Comentários: \_\_\_\_\_ [\_\_]

E. Almojarifado – Armazenamento de medicamentos (foto 2: lateral direita).

a. Comentários:

\_\_\_\_\_ [ ]

F. Almojarifado – Armazenamento de medicamentos (foto 3: lateral esquerda).

a. Comentários:

\_\_\_\_\_ [ ]

G. Prateleira dos medicamentos (foto 1: panorâmica).

a. Comentários:

\_\_\_\_\_ [ ]

H. Prateleira dos medicamentos (foto 2: proximidade).

a. Comentários:

\_\_\_\_\_ [ ]

I. Refrigerado ou câmara fria dos medicamentos (foto 1: aberto).

a. Comentários:

\_\_\_\_\_ [ ]

J. Refrigerado ou câmara fria dos medicamentos (Foto 2: fechado).

a. Comentários:

\_\_\_\_\_ [ ]

K. Sala do farmacêutico.

a. Comentários:

\_\_\_\_\_ [ ]

L. Remédio controlado (foto 1: armário aberto).

a. Comentários:

\_\_\_\_\_ [ ]

M. Remédio controlado (foto 2: armário fechado).

a. Comentários:

\_\_\_\_\_ [ ]

N. Foto da capa dos Procedimentos Operacionais Padrão (POPs).

a. Comentários:

\_\_\_\_\_ [ ]

## ROTEIRO DE OBSERVAÇÃO

### IDENTIFICAÇÃO DA FARMÁCIA E/OU UNIDADE DE SAÚDE

1. Número do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) (sete dígitos):

[ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ]

2. Município: \_\_\_\_\_ [ ][ ]

3. Nome da Farmácia e/ou Unidade de Saúde: \_\_\_\_\_ [ ][ ]

4. Endereço: \_\_\_\_\_ [ ][ ]

5. Estado: \_\_\_\_\_ [ ][ ]

6. CEP: [ ][ ][ ][ ][ ][ ]-[ ][ ][ ][ ]

7. Telefone: (\_\_\_\_) - \_\_\_\_\_

8. Tipo de unidade:

1. Farmácia isolada.
2. Posto de Saúde.

3. Centro de Saúde e/ou Unidade Básica.

4. Unidade mista.

5. Outro: \_\_\_\_\_ [ ][ ]

## REGISTRO DA DOCUMENTAÇÃO

### 9. Documentação técnica:

1. Sim.                      2. Não.

A	Possui alvará sanitário visível e vigente.	[ ][ ]
B	Possui Certificado de Responsabilidade Técnica (CRT) emitido pelo Conselho Regional de Farmácia visível e vigente.	[ ][ ]
C	Possui licença de funcionamento e localização.	[ ][ ]
D	Possui licença do corpo de bombeiros.	[ ][ ]

## FARMÁCIA E/OU UNIDADE DE DISPENSAÇÃO

### 10. Responsável pela Farmácia e/ou Unidade de Dispensação (APENAS UM RESPONSÁVEL):

1. Sim.                      2. Não.

A	Farmacêutico.	[ ][ ]
B	Outro profissional de saúde com formação superior.	[ ][ ]
C	Outro profissional:	[ ][ ]

10D Nome do responsável pela Farmácia e/ou Unidade de Dispensação (em caso da ausência do mesmo, inserir o nome do substituto): \_\_\_\_\_

### 11. Área da Farmácia e/ou Unidade de Dispensação (EM METROS QUADRADOS):

\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_| m<sup>2</sup>.

### 12. Horário de atendimento da Farmácia e/ou Unidade de Dispensação:

De \_\_\_\_|\_\_\_\_|: \_\_\_\_|\_\_\_\_| h às \_\_\_\_|\_\_\_\_|: \_\_\_\_|\_\_\_\_| h.

### 13. Funcionamento semanal da Farmácia e/ou Unidade de Dispensação:

1. Um dia.                      4. Quatro dias.  
2. Dois dias.                      5. Cinco dias ou mais.  
3. Três dias.                      [ ][ ]

### 14. Número total de horas de atendimento da Farmácia e/ou Unidade de Dispensação ao público semanal:

\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_| horas/semana.

### 15. Presença de Farmacêutico na Farmácia e/ou Unidade de Dispensação:

1. Todo o horário de funcionamento.  
2. Horário parcial.  
3. Eventual ou não diário.  
4. Não possui.                      [ ][ ]

### 16. Quantos profissionais são EXCLUSIVOS para trabalho na Farmácia e/ou Unidade de Dispensação?

A	Farmacêutico.	[ ][ ]
B	Auxiliar ou técnico de enfermagem.	[ ][ ]
C	Enfermeiro.	[ ][ ]
D	Outros profissionais de nível médio.	[ ][ ]
E	Outros profissionais de nível superior.	[ ][ ]

## 17. Quantos profissionais que trabalham na Farmácia e/ou Unidade de Dispensação e são COMPARTILHADOS COM OUTROS SETORES?

A	Farmacêutico.	[ ][ ]
B	Auxiliar ou técnico de enfermagem.	[ ][ ]
C	Enfermeiro.	[ ][ ]
D	Outros profissionais de nível médio.	[ ][ ]
E	Outros profissionais de nível superior.	[ ][ ]

## 18. Número médio de pessoas atendidas na Farmácia e/ou Unidade de Dispensação:

[ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ] por dia.

## LOCAL DE ATENDIMENTO

## 19. A Farmácia e/ou Unidade de Dispensação possui área destinada à espera dos usuários para atendimento na farmácia?

1. Sim, exclusiva para Farmácia e/ou Unidade de Dispensação.
2. Sim, compartilhada com outros serviços.
3. Não. (Vá para a 21). [ ][ ]

## 20. A área de espera da Farmácia e/ou Unidade de Dispensação possui:

1. Sim.
2. Não.

A	Sistema de senha para atendimento.	[ ][ ]
B	Cadeiras.	[ ][ ]
C	Quadro de avisos.	[ ][ ]
D	Televisão.	[ ][ ]
E	Disponibilização de materiais educativos em saúde.	[ ][ ]
F	Bebedouro e/ou purificador de água e/ou filtro.	[ ][ ]
G	Acesso a sanitários.	[ ][ ]
H	Proteção do sol e chuva.	[ ][ ]
I	Lixeira COM PEDAL.	[ ][ ]

## 21. A Farmácia e/ou Unidade de Dispensação possui sistema informatizado para registro das atividades da Assistência Farmacêutica?

1. Sim.
2. Não. (Vá para a 24). 98. Não sei. (Vá para a 24). [ ][ ][ ][ ]

## 22. Qual(is) o(s) nome(s) desse(s) sistema(s)?

A. \_\_\_\_\_ [ ][ ][ ][ ]  
 B. \_\_\_\_\_ [ ][ ][ ][ ]

## 23. Quais atividades são registradas no(s) sistema(s) informatizado(s)?

1. Sim.
2. Não.
999. NA

23A	Programação de medicamentos e/ou insumos.	[ ][ ]
23B	Controle de estoque e/ou armazenamento.	[ ][ ]
23C	Cadastro de usuários.	[ ][ ]
23D	Distribuição para outras unidades de saúde.	[ ][ ]
23E	Dispensação.	[ ][ ]
23F	Acompanhamento de pacientes.	[ ][ ]

## ÁREA DE DISPENSAÇÃO

24. Área para dispensação de medicamentos da Farmácia e/ou Unidade de Dispensação:

1. É exclusiva para dispensação. (**Vá para a 25**).
2. É compartilhada com outros serviços.
3. Não existe. (**Vá para a 31**).

24A. É compartilhada com quais serviços?

- A. \_\_\_\_\_
- B. \_\_\_\_\_
- C. \_\_\_\_\_

25. Área de dispensação, em metros quadrados aproximados (EM METROS QUADRADOS):

\_\_\_\_\_ m<sup>2</sup>      999. NA

26. A área de dispensação possui:

1. Sim.                      2. Não.                      999. NA

26A	Sistema de senha para atendimento.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
26B	Guichês individuais de atendimento e/ou mesa com cadeiras para sentar.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
26C	Guichês e/ou balcão para atendimento em pé.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
26D	Grades, no guichê de atendimento, separando o atendente do usuário.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
26E	Atendimento.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
26F	Computador.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
26G	Impressora.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
26H	Telefone.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
26I	Acesso à internet.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
26J	Mesa para o atendente.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
26K	Cadeira para o atendente.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
26L	Cadeira para o usuário.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
26M	Controle de entrada e circulação de pessoas.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
26N	Aparelho de ar condicionado.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

27. Condições ambientais da área de dispensação de medicamentos da Farmácia e/ou Unidade de Dispensação:

1. Sim.                      2. Não.

27A	Possui controle de temperatura.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
27B	Permite incidência de luz solar diretamente sobre os medicamentos.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
27C	Possui sistema interno de circulação de ar.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
27D	Possui controle de umidade.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
27E	Indício da presença de roedores e insetos.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
27F	Presença de mofo ou infiltração.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

## ÁREA DE CONSULTA FARMACÊUTICA

28. A Farmácia e/ou Unidade de Dispensação possui área destinada à consulta farmacêutica ou seguimento farmacoterapêutico:

1. Sim, exclusiva para consulta farmacêutica ou seguimento farmacoterapêutico.
2. Sim, compartilhada com outros profissionais.
3. Não. (**Vá para a 31**).

29. Área para realizar consulta farmacêutica ou seguimento farmacoterapêutico, em metros quadrados aproximados (EM METROS QUADRADOS):

|\_|\_|\_|\_| m<sup>2</sup> 999. NA

30. Esta área de atendimento farmacêutico possui:

1. Sim. 2. Não. 999. NA

30A	Mesa.	[ ] [ ] [ ]
30B	Cadeiras.	[ ] [ ] [ ]
30C	Armário para guarda de registros dos atendimentos.	[ ] [ ] [ ]
30D	Computador.	[ ] [ ] [ ]
30E	Acesso à internet.	[ ] [ ] [ ]
30F	Lixeira COM PEDAL.	[ ] [ ] [ ]
30G	Impressora.	[ ] [ ] [ ]
30H	Telefone.	[ ] [ ] [ ]
30I	Balança.	[ ] [ ] [ ]
30J	Livros e outras referências bibliográficas.	[ ] [ ] [ ]

## ÁREA DE ARMAZENAMENTO

31. A Farmácia e/ou Unidade de Dispensação possui área destinada ao armazenamento de medicamentos, diferente da área de dispensação:

1. Sim. 2. Não. [ ] [ ] [ ]

32. A área de armazenamento da Farmácia e/ou Unidade de Dispensação é:

1. Exclusiva para medicamentos. [ ] [ ] [ ]  
2. Compartilhada com outros produtos. [ ] [ ] [ ]

33. Área de armazenamento, em metros quadrados aproximados:

|\_|\_|\_|\_| m<sup>2</sup> 999. NA

34. Área de armazenamento possui:

1. Sim. 2. Não.

34A	Aparelho de ar condicionado.	[ ] [ ] [ ]
34B	Armário com chave para medicamentos controlados.	[ ] [ ] [ ]
34C	Refrigerador e/ou geladeira para armazenamento exclusivo de medicamentos.	[ ] [ ] [ ]
34D	Refrigerador e/ou geladeira para armazenamento compartilhado de outros produtos e/ou alimentos.	[ ] [ ] [ ]
34E	Medicamentos em contato direto com chão ou paredes.	[ ] [ ] [ ]
34F	Controle de entrada e circulação de pessoas.	[ ] [ ] [ ]
34G	Estantes ou prateleiras para o armazenamento dos produtos (medicamentos, insumos).	[ ] [ ] [ ]
34H	Paletes e/ou estrados.	[ ] [ ] [ ]
34I	Termômetro digital (temperatura do ambiente).	[ ] [ ] [ ]
34J	Higrômetro (umidade do ar).	[ ] [ ] [ ]
34K	Caixas tipo BIN para armazenamento de medicamentos.	[ ] [ ] [ ]
34L	Mesa auxiliar.	[ ] [ ] [ ]
34M	Escada.	[ ] [ ] [ ]
34N	Termômetro para geladeira.	[ ] [ ] [ ]

35. Os medicamentos na área de armazenamento estão organizados (A MAIS UTILIZADA):

1. Em ordem alfabética, pelo nome do princípio ativo (nome genérico).
2. Em ordem alfabética pelo nome comercial (marca registrada).
3. Por forma farmacêutica e ordem alfabética em cada forma farmacêutica.
4. Por Programa de Saúde e/ou Indicação.
5. Outra: \_\_\_\_\_
6. Não há regra de armazenamento.      [ ] [ ]

36. A Farmácia e/ou Unidade de Dispensação realiza o fracionamento de medicamentos?

1. Sim.
2. Não. (**Vá para a 38**).      [ ]

37. Quais as condições para a realização do fracionamento?

1. Sim.
2. Não.

37A	Área específica para o fracionamento.	[ ] [ ]
37B	Bancada revestida de material liso e resistente.	[ ] [ ]
37C	Material e equipamentos de embalagem e rotulagem.	[ ] [ ]
37D	Instrumentos cortantes.	[ ] [ ]

38. Condições ambientais da Farmácia e/ou Unidade de Dispensação:

1. Sim.
2. Não.

37A	Possui controle de temperatura.	[ ] [ ]
37B	Permite incidência de luz solar diretamente sobre os medicamentos.	[ ] [ ]
37C	Possui sistema interno de circulação de ar.	[ ] [ ]
37D	Possui controle de umidade.	[ ] [ ]
37E	Indício da presença de roedores e insetos.	[ ] [ ]
37F	Presença de mofo ou infiltração.	[ ] [ ]

39. Temperatura no momento da observação

1. Temperatura de até 25°C.      999. NA
2. Temperatura entre 25°C e 30°C.
3. Temperatura acima de 30°C.
4. Não possui termômetro e/ou não é possível verificar a temperatura.      [ ] [ ]

## OUTRAS ÁREAS

40. A Farmácia e/ou Unidade de Dispensação possui área destinada ao armazenamento de produtos vencidos e/ou impróprios para uso?

1. Sim.
2. Não.      [ ]

41. A Farmácia e/ou Unidade de Dispensação possui área exclusiva destinada à execução de atividades administrativas?

1. Sim.
2. Não.      [ ]

42. A Farmácia e/ou Unidade de Dispensação possui espaço reservado para lanches e refeições (copa)?

1. Sim.
2. Não.      [ ]

43. A Farmácia e/ou Unidade de Dispensação possui depósito de materiais de limpeza?

1. Sim.
2. Não.      [ ]

44. A Farmácia e/ou Unidade de Dispensação possui espaço destinado à guarda dos pertences dos funcionários?

1. Sim.
2. Não.      [ ]

## SEGURANÇA E NORMAS PADRONIZADAS

45. Os funcionários da Farmácia e/ou Unidade de Dispensação trabalham com uniforme ou jaleco?

1. Sim.                      2. Não.                      [    ]

46. A Farmácia e/ou Unidade de Dispensação possui equipamento de prevenção contra incêndios?

1. Sim.                      2. Não.                      [    ]

47. A Farmácia e/ou Unidade de Dispensação possui gerador de energia?

1. Sim.                      2. Não.                      [    ]

## LISTA DE MEDICAMENTOS PARA VERIFICAÇÃO

48 - 85 . Preencher as questões 48 a 85 de acordo com as orientações de A, B e C

(A) Medicamento padronizado no município:

1. Sim.                      2. Não.                      98. Não sei.

(B) Disponibilidade do medicamento na Farmácia e/ou Unidade de Dispensação:

1. Sim.                      2. Não.

(C) Presença de medicamentos vencidos em estoque:

1. Sim.                      2. Não.

	Medicamentos	Classificação no Anexo I na Rename 2012	A	B	C
48	Hidróxido de alumínio.	Antiácidos.	[    ]	[    ]	[    ]
49	Cloridrato de ranitidina.	Medicamentos para úlcera péptica e doença do refluxo gastro esofágico.	[    ]	[    ]	[    ]
50	Omeprazol.	Medicamentos para úlcera péptica e doença do refluxo gastro esofágico.	[    ]	[    ]	[    ]
51	Insulina Humana NPH.	Insulinas e análogos.	[    ]	[    ]	[    ]
52	Insulina Humana Regular.	Insulinas e análogos.	[    ]	[    ]	[    ]
53	Metformina.	Medicamentos hipoglicemiantes, excluindo insulinas.	[    ]	[    ]	[    ]
54	Glibenclamida e/ou Glicazida.	Medicamentos hipoglicemiantes, excluindo insulinas.	[    ]	[    ]	[    ]
55	Sulfato ferroso.	Preparações com ferro.	[    ]	[    ]	[    ]
56	Ácido fólico.	Vitamina B12 e ácido fólico.	[    ]	[    ]	[    ]
57	Sais para reidratação oral.	Outros nutrientes.	[    ]	[    ]	[    ]
58	Hidroclorotiazida.	Diuréticos de baixa potência.	[    ]	[    ]	[    ]
59	Captopril e/ou Enalapril.	Inibidores da enzima conversora de angiotensina, simples.	[    ]	[    ]	[    ]
60	Atenolol/Cloridrato propranolol/ Carvedilol e/ou Succinato de metoprolol.	Agentes beta-bloqueadores.	[    ]	[    ]	[    ]
61	Nitrato de Miconazol creme e/ou pomada.	Antifúngicos para uso tópico.	[    ]	[    ]	[    ]
62	Dexametasona creme e/ou pomada.	Corticoesteroides simples.	[    ]	[    ]	[    ]
63	Nistatina creme.		[    ]	[    ]	[    ]
64	Benzilpenicilina benzatina.	Antibacterianos Beta-lactâmicos, penicilina.	[    ]	[    ]	[    ]
65	Cloridrato de Ciprofloxacino.	Antibacterianos quinolônicos.	[    ]	[    ]	[    ]
66	Fluconazol e/ou Itraconazol.	Antimicótico de uso sistêmico.	[    ]	[    ]	[    ]
67	Dipirona solução oral.	Outros analgésicos e antipiréticos.	[    ]	[    ]	[    ]
68	Ibuprofeno.	Produtos anti-inflamatórios não esteroidais e antirreumáticos.	[    ]	[    ]	[    ]

69	Paracetamol.	Outros analgésicos e antipiréticos.	[ ][ ]	[ ]	[ ]
70	Acetato de medroxiprogesterona comp.	Contraceptivos hormonais para uso sistêmico.	[ ][ ]	[ ]	[ ]
71	Enantato noretisterona + valerato de estradiol.	Contraceptivos hormonais para uso sistêmico.	[ ][ ]	[ ]	[ ]
72	Estriol creme vaginal.	Estrogênios.	[ ][ ]	[ ]	[ ]
73	Estrogênios conjugados na forma de creme vaginal.	Estrogênios.	[ ][ ]	[ ]	[ ]
74	Etinilestradiol +levonorgestrel.	Contraceptivos hormonais para uso sistêmico.	[ ][ ]	[ ]	[ ]
75	Levonorgestrel.	Contraceptivos hormonais para uso sistêmico.	[ ][ ]	[ ]	[ ]
76	Noretisterona.	Contraceptivos hormonais para uso sistêmico.	[ ][ ]	[ ]	[ ]
77	Albendazol.	Agentes antinematóides.	[ ][ ]	[ ]	[ ]
78	Permetrina.	Ectoparasiticidas, incluindo escabicidas.	[ ][ ]	[ ]	[ ]
79	Metronidazol e/ouTeclozana.	Agentes contra amebíase e outras doenças protozoárias.	[ ][ ]	[ ]	[ ]
80	Sulfato de salbutamol.	Adrenérgicos inalatórios.	[ ][ ]	[ ]	[ ]
81	Fosfato sódico de prednisolona e/ou Prednisona.	Corticoesteroides para uso sistêmico simples.	[ ][ ]	[ ]	[ ]
82	Brometo de Ipratrópio.	Outros medicamentos inalatórios para doenças respiratórias obstrutivas.	[ ][ ]	[ ]	[ ]
83	Isoniazida 75 mg + Rifampicina 150 mg + Pirazinamida 400 mg + Etambutol 275 mg.	Medicamentos para tratamento da tuberculose.	[ ][ ]	[ ]	[ ]
84	Rifampicina 300 mg.	Medicamentos para tratamento da tuberculose.	[ ][ ]	[ ]	[ ]
85	Nicotina.	Medicamentos utilizados em transtornos de dependência.	[ ][ ]	[ ]	[ ]

86. A dispensação de medicamentos para tratamento de HIV/aids é realizada na Farmácia e/ou Unidade de Dispensação?

1. Sim.                      2. Não. (**Vá para a 88**).                      98. Não sei. (**Vá para a 88**).                      [ ][ ]

Preencher a questão 87 de acordo com as orientações de A, B e C:

(A) Medicamento padronizado no município:

1. Sim.                      2. Não.                      98. Não sei.

(B) Disponibilidade do medicamento na Farmácia e/ou Unidade de Dispensação:

1. Sim.                      2. Não.

(C) Presença de medicamentos vencidos em estoque:

1. Sim.                      2. Não.

	Medicamentos	Classificação no Anexo I na Rename 2012	A	B	C
87	Zidovudina 300 mg + Lamivudina 150 mg.	Antivirais de ação direta.	[ ][ ]	[ ]	[ ]

88. A dispensação de medicamentos controlados é realizada na Farmácia e/ou Unidade de Dispensação?

1. Sim.                      2. Não. (**Vá para a 93**).                      98. Não sei. (**Vá para a 93**).                      [ ][ ]

Preencher as questões 89 até 92 de acordo com as orientações de A, B e C:

(A) Medicamento padronizado no município:

1. Sim.                      2. Não.                      98. Não sei.

(B) Disponibilidade do medicamento na Farmácia e/ou Unidade de Dispensação:

1. Sim. 2. Não.

(C) Presença de medicamentos vencidos em estoque:

1. Sim. 2. Não.

	Medicamentos	Classificação no Anexo I na Rename 2012	A	B	C
89	Cloridrato de amitriptilina.	Antidepressivos.	[ ][ ]	[ ]	[ ]
90	Fluoxetina.	Antidepressivos.	[ ][ ]	[ ]	[ ]
91	Carbamazepina.	Antiepilépticos.	[ ][ ]	[ ]	[ ]
92	Clonazepam.	Antiepilépticos.	[ ][ ]	[ ]	[ ]

93. A dispensação de medicamentos fitoterápicos é realizada na Farmácia e/ou Unidade de Dispensação?

1. Sim. 2. Não. (ENCERRE O ROTEIRO). 98. Não sei. (ENCERRE O ROTEIRO). [ ][ ]

Preencher as questões 94 até 101 de acordo com as orientações de A, B e C:

(A) Medicamento padronizado no município:

1. Sim. 2. Não. 98. Não sei.

(B) Disponibilidade do medicamento na Farmácia e/ou Unidade de Dispensação:

1. Sim. 2. Não.

(C) Presença de medicamentos vencidos em estoque:

1. Sim. 2. Não.

	Medicamentos	Classificação no Anexo I na Rename 2012	A	B	C
94	Alcachofra.	Fitoterápicos.	[ ][ ]	[ ]	[ ]
95	Aroeira.	Fitoterápicos.	[ ][ ]	[ ]	[ ]
96	Cáscara -sagrada.	Fitoterápicos.	[ ][ ]	[ ]	[ ]
97	Espinheira- santa.	Fitoterápicos.	[ ][ ]	[ ]	[ ]
98	Garra-do-diabo.	Fitoterápicos.	[ ][ ]	[ ]	[ ]
99	Guaco.	Fitoterápicos.	[ ][ ]	[ ]	[ ]
100	Isoflavona-de-soja.	Fitoterápicos.	[ ][ ]	[ ]	[ ]
101	Unha-de-gato.	Fitoterápicos.	[ ][ ]	[ ]	[ ]

Horário final: [ ][ ]:[ ][ ]



EDITORA MS  
Coordenação-Geral de Documentação e Informação/SAA/SE  
MINISTÉRIO DA SAÚDE  
Fonte principal: Gotham Book  
Tipo de papel do miolo: Couchê 90gr  
Impresso por meio do contrato 28/2012  
Brasília/DF, junho de 2016  
OS 2016/0072

ISBN 978-85-334-2369-5



# PNAUM

Pesquisa Nacional sobre o Acesso,  
Utilização e Promoção do Uso Racional  
de Medicamentos no Brasil

DISQUE SAÚDE

**136**

Ouvidoria Geral do SUS  
[www.saude.gov.br](http://www.saude.gov.br)

Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde  
[www.saude.gov.br/bvs](http://www.saude.gov.br/bvs)



MINISTÉRIO  
DA SAÚDE

