

Pesquisa Nacional sobre Acesso, Utilização e Promoção do Uso Racional de Medicamentos (PNAUM): métodos do inquérito domiciliar

Sotero Serrate Mengue^I, Andréa Dâmaso Bertoldi^{II}, Alexandra Crispim Boing^{III}, Noemia Urruth Leão Tavares^{IV}, Tatiane da Silva Dal Pizzol^V, Maria Auxiliadora Oliveira^{IV}, Paulo Sérgio Dourado Arrais^{VII}, Luiz Roberto Ramos^{VIII}, Mareni Rocha Farias^{IX}, Vera Lucia Luiza^{VI}, Regina Tomie Ivata Bernal^X, Aluísio Jardim Dornellas de Barros^{II}

- ^I Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia. Faculdade de Medicina. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, RS, Brasil
- ^{II} Departamento de Medicina Social. Faculdade de Medicina. Universidade Federal de Pelotas. Pelotas, RS, Brasil
- ^{III} Departamento de Saúde Pública. Centro de Ciências da Saúde. Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, SC, Brasil
- ^{IV} Departamento de Farmácia. Faculdade de Ciências da Saúde. Universidade de Brasília. Brasília, DF, Brasil
- ^V Departamento de Produção e Controle de Medicamentos. Faculdade de Farmácia. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, RS, Brasil
- ^{VI} Departamento de Política de Medicamentos e Assistência Farmacêutica. Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca. Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro, RJ, Brasil
- ^{VII} Departamento de Farmácia. Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem. Universidade Federal do Ceará. Fortaleza, CE, Brasil
- ^{VIII} Departamento de Medicina Preventiva. Escola Paulista de Medicina. Universidade Federal de São Paulo. São Paulo, SP, Brasil
- ^{IX} Departamento de Ciências Farmacêuticas. Centro de Ciências da Saúde. Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, SC, Brasil
- ^X Núcleo de Pesquisas Epidemiológicas em Nutrição e Saúde. Departamento de Nutrição. Faculdade de Saúde Pública. Universidade de São Paulo. São Paulo, SP, Brasil

RESUMO

OBJETIVO: Descrever aspectos metodológicos do inquérito domiciliar da Pesquisa Nacional sobre Acesso, Utilização e Promoção do Uso Racional de Medicamentos (PNAUM) quanto ao desenho e implementação da amostragem e da amostra efetivamente obtida, seus instrumentos e implementação do campo.

MÉTODOS: Estudo transversal de base populacional com amostra probabilística em três estágios da população residente nos domicílios localizados na zona urbana do Brasil. O trabalho de campo foi desenvolvido entre setembro de 2013 e fevereiro de 2014. O instrumento de coleta de dados incluiu questões relativas a: informações do domicílio, dos moradores e dos entrevistados; doenças crônicas e medicamentos utilizados; uso de serviços de saúde; doenças e eventos agudos tratados com medicamentos; uso de contraceptivos; uso de serviços de farmácia; comportamentos que podem afetar o uso de medicamentos; bulas e embalagens; estilo de vida e planos de saúde.

RESULTADOS: Foram realizadas 41.433 entrevistas em 20.404 domicílios e 576 conglomerados que correspondem a 586 setores censitários distribuídos nas cinco regiões do Brasil, segundo oito domínios definidos por grupos de idade e sexo.

CONCLUSÕES: Os resultados obtidos no inquérito podem ser utilizados como uma linha de base para futuros estudos que pretendam avaliar o impacto de ações governamentais nas áreas de acesso e de utilização de medicamentos. Para estudos locais que venham a usar um método compatível, a PNAUM pode servir como ponto de referência para avaliação de variações do espaço e da população. Com ampla avaliação dos aspectos relacionados aos medicamentos, a PNAUM é uma grande fonte de dados para as mais variadas análises, que podem ser conduzidas tanto no meio acadêmico como no âmbito governamental.

DESCRITORES: Uso de Medicamentos, estatística & dados numéricos. Assistência Farmacêutica, provisão & distribuição. Amostragem. Inquéritos Epidemiológicos, métodos.

Correspondência:

Sotero Serrate Mengue
Rua Ramiro Barcelos, 2600/418
90035-003 Porto Alegre, RS, Brasil
E-mail: sotero@ufrgs.br

Recebido: 30 jan 2015

Aprovado: 16 ago 2016

Como citar: Mengue SS, Bertoldi AD, Boing AC, NUL Tavares, da Silva Dal Pizzol T, Oliveira MA, et al. Pesquisa Nacional sobre Acesso, Utilização e Promoção do Uso Racional de Medicamentos (PNAUM): métodos do inquérito domiciliar. Rev Saude Publica. 2016;50(supl 2):4s.

Copyright: Este é um artigo de acesso aberto distribuído sob os termos da Licença de Atribuição Creative Commons, que permite uso irrestrito, distribuição e reprodução em qualquer meio, desde que o autor e a fonte originais sejam creditados.



INTRODUÇÃO

Nos últimos anos, os investimentos governamentais na área da saúde foram crescentes. Os gastos com medicamentos do Ministério da Saúde (MS) acompanharam esse crescimento, variando de R\$1,8 bilhão para R\$12,4 bilhões entre 2003 e 2014, ainda que mantendo a proporção média de cerca de 14,0% do seu orçamento¹. Com a correção dos valores pela inflação do período, o aumento real foi de 3,6 vezes. Apesar dos crescentes gastos com medicamentos, não existia até o momento uma avaliação do alcance dessas ações no acesso e no uso de medicamentos pela população brasileira.

As estratégias de avaliação das políticas de acesso aos medicamentos envolvem vários aspectos, que vão desde questões macroeconômicas até a obtenção e o uso desses medicamentos pela população. A avaliação do acesso e do uso de medicamentos em diversos países tem sido desenvolvida a partir dos modelos de fornecimento de medicamentos, que podem ser por meio do fornecimento gratuito, da cobertura por planos de saúde, do reembolso ou do desembolso direto^a.

No Brasil, a realização de estudos nacionais sobre saúde remonta ao ano de 1981, com o primeiro suplemento sobre saúde da Pesquisa Nacional de Amostra por Domicílio (PNAD), repetido em 1986, 1998, 2003 e 2008^{b,c}. As diferentes edições da PNAD se limitaram ao levantamento dos medicamentos de uso contínuo e suas formas de obtenção. Na Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) de 2013^d, as informações sobre a obtenção de medicamentos são equivalentes às da PNAD, mas com as informações separadas para diabetes e hipertensão¹⁴.

A maior limitação na avaliação do uso de medicamentos em inquéritos sobre temas de saúde tem sido o grau de detalhamento das medidas realizadas. Além do fato de os inquéritos terem que abordar um amplo número de temas, a aferição do uso dos medicamentos é complexa, envolvendo desde dificuldades operacionais no correto registro do nome dos medicamentos até questões como os diversos motivos de uso dos medicamentos e suas fontes de obtenção.

Neste cenário, o Ministério da Saúde propôs, em 2009, o desenvolvimento da primeira pesquisa de âmbito nacional sobre acesso e utilização de medicamentos: a Pesquisa Nacional sobre Acesso, Utilização e Promoção do Uso Racional de Medicamentos (PNAUM). Esta pesquisa foi instituída pela portaria GM/MS 2077 de 17 de setembro de 2012 considerando a necessidade de conhecer aspectos relacionados ao acesso, à utilização e ao uso racional de medicamentos no Brasil, conforme objetivos estratégicos do MS, que incluem garantir a assistência farmacêutica e reduzir a vulnerabilidade do acesso à saúde e à assistência farmacêutica no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)^e.

A PNAUM foi organizada em dois componentes: 1) inquérito domiciliar sobre acesso, utilização e uso racional de medicamentos, o foco deste artigo e 2) avaliação das políticas públicas de assistência farmacêutica e sua efetivação na Atenção Básica a Saúde no SUS. O inquérito domiciliar da PNAUM teve por objetivo avaliar a utilização de medicamentos pela população brasileira, com a caracterização das morbidades para as quais eles são utilizados, indicadores de acesso e racionalidade do uso de medicamentos segundo variáveis demográficas, socioeconômicas, de estilo de vida e de morbidade.

O presente artigo visa descrever aspectos metodológicos do inquérito domiciliar no que diz respeito ao desenho e implementação da amostragem, seus instrumentos e aspectos operacionais de campo, bem como uma descrição da amostra obtida.

MÉTODOS

A PNAUM se caracteriza como um inquérito transversal de base populacional, baseado em amostra probabilística, realizado entre setembro de 2013 e fevereiro de 2014, com cobertura nacional dos domicílios de zona urbana. O inquérito foi restrito à população urbana pelas dificuldades logísticas e pelo custo adicional que estudar a zona rural representaria.

^a Brasil, Conselho Nacional de Secretários de Saúde. O desafio do acesso aos medicamentos nos sistemas públicos de saúde: relatório do Seminário Internacional de Assistência Farmacêutica do CONASS. 2010 [citado 2015 jan]. Recuperado de: http://www.conass.org.br/conassdocumenta/cd_20.pdf

^b Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa nacional por amostra de domicílios. Rio de Janeiro: IBGE; 2003.

^c Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa nacional por amostra de domicílios. Rio de Janeiro (RJ): IBGE; 2008.

^d Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional de Saúde 2013: percepção do estado de saúde, estilos de vida e doenças crônicas - Brasil, Grandes Regiões e Unidades da Federação. Rio de Janeiro (RJ): IBGE; 2014.

^e Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Ciência e Tecnologia. Pesquisas estratégicas para o sistema de saúde - PESS. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2011.

Desenho Amostral

O uso de medicamentos varia de acordo com a faixa etária e o sexo em relação à quantidade e ao tipo de medicamentos utilizados, sendo fundamental garantir a precisão das estimativas de cada grupo. Assim, a amostra incluiu oito domínios demográficos: (1) 0-4 anos, ambos os sexos; (2) 5-19 anos, ambos os sexos; (3) 20-39 anos, feminino; (4) 20-39 anos, masculino; (5) 40-59 anos, feminino; (6) 40-59 anos, masculino; (7) 60 anos ou mais, feminino; (8) 60 anos ou mais, masculino.

Os domínios demográficos foram replicados para cada uma das grandes regiões geográficas brasileiras, resultando em 40 domínios amostrais, garantindo a precisão dos indicadores de interesse para os subgrupos escolhidos dentro de cada uma das regiões. Para a definição do tamanho amostral, foram utilizadas estimativas obtidas a partir da PNAD 2008. As estimativas foram: 34,0% de acesso totalmente gratuito a medicamentos, 44,0% de acesso pago e o restante de acesso misto. Utilizou-se também uma estimativa de 12,0% de falta de acesso a medicamentos necessários. Adotou-se um critério de precisão que fixou em 0,05 o valor máximo para os coeficientes de variação das estimativas de interesse. Como resultado, encontramos um tamanho mínimo amostral de 960 entrevistas por domínio amostral, totalizando 38.400 entrevistas.

O sorteio da amostra foi feito por conglomerado em três estágios: município (unidade amostral primária), setor censitário e domicílio. Os municípios foram selecionados por amostragem sistemática com probabilidade proporcional ao tamanho, dentro de cada região, totalizando 60 conglomerados para cada uma delas. Dois setores, dentro de cada município selecionado, também foram selecionados com probabilidade proporcional ao tamanho. No terceiro estágio, foram sorteados 86, 72, 70, 54 e 61 domicílios nas regiões Norte, Nordeste, Centro-Oeste, Sudeste e Sul, respectivamente. Esse total corresponde ao número de domicílios acrescido de 10,0% devido à recusa. Para o sorteio de domicílio, utilizou-se o Cadastro Nacional de Endereços do Censo 2010 do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Previamente ao início do trabalho de campo, os setores foram visitados para uma contagem rápida de domicílios para detectar mudanças no setor. Os setores com menos de 90,0% de atualização para endereços válidos foram atualizados imediatamente antes do processo de seleção e entrevistas. O sorteio de domicílios em cada domínio se baseou na proporção esperada de cada grupo de idade e sexo. Os entrevistadores recebiam já definido o número de indivíduos de cada grupo de forma a compor a amostra com os números desejados. No processo de seleção da amostra, os dados do Censo Demográfico de 2010 foram utilizados como fonte do número de domicílios e de indivíduos^f.

Pesos amostrais foram calculados para o indivíduo e, ainda, pesos de pós-estratificação foram utilizados para reduzir o vício decorrente da baixa taxa de resposta. Esses pesos foram calculados pelo método *rake*, usando a distribuição da população estimada pela PNS segundo idade e sexo por região^g.

Para calcular as taxas de resposta, foram utilizadas as seguintes categorias:

- 1D – amostra real (domicílio com morador elegível);
- 2D – perfis incompatíveis (domicílio sem morador elegível);
- 3D – domicílio inexistente ou não localizado ou inacessível;
- 4D – domicílios fechados ou abandonados;
- 5D – recusa (em informar sobre população elegível no domicílio);
- 6D – não residenciais;
- 7D – não visitado (diferença entre o previsto e o número de endereços procurados).

^f Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo demográfico 2010: características da população e dos domicílios: resultado do universo. Rio de Janeiro (RJ): IBGE; 2011.

^g Flores-Cervantes I, Brick JM; Jones ME. Weighting for nontelephone household in the 2001 California Health Interview Survey. In: Proceedings of the Joint Statistical Meetings Section on Survey Research Methods; 2002 [citado 2016 ago 9] Aug 11-15; New York. p. 1002-7. Disponível em: <http://www.amstat.org/sections/srms/Proceedings/y2002/Files/JSM2002-000661.pdf>

A taxa de resposta para os domicílios (TR_D) foi calculada por:

$$TR_D = 1 - \frac{3D + 4D + 5D + 7D}{1D + 2D + 3D + 4D + 5D + 7D}$$

Os domicílios não residenciais foram excluídos do cálculo, assim como deveriam ser excluídos os domicílios vagos. Estes últimos não o foram por não haver informação sobre eles. Os domicílios fechados (considerados como sem resposta) e os domicílios abandonados estavam incluídos em uma única categoria.

Para os moradores, a taxa de resposta (TR_M) foi calculada por:

$$TR_M = \frac{1M}{2M}$$

1M – Morador entrevistado

2M – Morador elegível

Com base no manual de amostragem do DHS – *Demographic and Health Surveys – Phase III^h*, adotou-se como taxa de resposta global:

$$TR = TR_D * TR_M$$

Em alguns domínios demográficos, por regiões, não se obteve o tamanho amostral originalmente planejado. Com isso, foi conduzido um processo de pós-estratificação aplicando às observações da amostra os pesos referentes às novas frações de amostragem ajustados por região, sexo e idade, seguindo a distribuição da população brasileira encontrada na PNS 2013. Esse procedimento garantiu uma distribuição da amostra condizente com a distribuição da população brasileira.

Instrumentos de Pesquisa

Foi desenvolvido um questionário para adultos contendo 11 blocos. Este questionário foi adaptado para ser respondido pela pessoa responsável pelos cuidados de incapazes e crianças (Tabela 1). Os questionários utilizados estão disponíveis, na íntegra, no site da PNAUM (<http://www.ufrgs.br/pnaum>).

Antes de iniciar a entrevista propriamente dita, foram arrolados todos os moradores do domicílio com nome, sexo e idade. Essas informações foram utilizadas para identificar os domínios a serem entrevistados naquele domicílio.

Para as “crianças” (pessoas com idade menor que 15 anos), os blocos 2 e 4 foram adaptados e os blocos 5, 7, 8 e 9 não foram aplicados. Os blocos 5, 7, 8 e 9 também não foram aplicados às pessoas incapazes, definidas aqui como aquelas sem capacidade de se comunicar ou de prestar informações sobre si devido à doença física ou mental, privação da fala ou falta de discernimento para responder às questões.

O primeiro bloco apresenta dados do entrevistado aplicado aos três grupos de pessoas. O segundo investiga as doenças crônicas e o uso atual de medicamentos em cada doença. A seleção dos motivos de uso de medicamentos foi baseada nos problemas de saúde de maior prevalência na população e na avaliação da PNAD Saúde de 2008 (IBGE)¹. Foi perguntado sobre a existência de diagnóstico médico de: hipertensão arterial, diabetes, doenças do coração, hipercolesterolemia, acidente vascular cerebral, doença pulmonar, artrite, artrose ou reumatismo, depressão e outras doenças crônicas com seis meses ou mais de duração. Para cada medicamento, foram coletadas informações detalhadas sobre o produto (genérico, data de validade, forma farmacêutica, concentração) e sua utilização (tempo de uso, posologia, fonte de obtenção, entre outras informações). Para identificar barreiras à adesão quanto ao regime, às crenças e à recordação em relação a medicamentos de uso contínuo, foi utilizado o *Brief Medication Questionnaire* (BMQ)¹.

^h Macro International Inc. Demographic and health survey, phase III: sampling manual. Maryland: Macro International Inc; 1996 [citado 2016 ago 9]. (DHS-III basic documentation, n6). Recuperado de: http://dhsprogram.com/pubs/pdf/AISM5/DHS_III_Sampling_Manual.pdf

¹ Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa nacional por amostra de domicílios. Rio de Janeiro (RJ): IBGE; 2008.

O terceiro bloco investiga os tipos de serviços de saúde utilizados. O bloco 4 contém perguntas sobre o uso de medicamentos nos últimos 15 dias para eventos ou doenças agudos. Para cada medicamento, seguiu-se um conjunto de perguntas detalhando os medicamentos relatados.

Tabela 1. Composição dos questionários aplicados a indivíduos com idade ≥ 15 anos, incapazes ou com 14 anos ou menos, por blocos. PNAUM, Brasil, 2014.

Bloco	Seção	15 anos ou mais	Incapazes de responder a entrevista	Idade inferior a 15 anos
1	Informações do entrevistado Sexo Idade Escolaridade Situação conjugal Cor/raça Peso e altura referidos	✓	Dados do informante substituto: sexo, idade, escolaridade e grau de parentesco com o participante	Dados do informante substituto: sexo, idade, escolaridade e grau de parentesco com o participante
2	Doenças crônicas Hipertensão arterial Diabetes Doenças do coração Hipercolesterolemia Acidente vascular cerebral Doença pulmonar Artrite, artrose ou reumatismo Depressão Outras doenças crônicas com 6 meses ou mais de duração	✓	✓	Doenças crônicas com mais de 6 meses de duração
2.1	Ficha de medicamentos para doenças crônicas Detalhamento dos medicamentos utilizados em doenças crônicas	✓	✓	✓
3	Serviços de Saúde Utilização de serviços de saúde Informações sobre atendimento médico	✓	✓	✓
4	Doenças e eventos agudos tratados com medicamentos Infecção Problema para dormir ou de nervos Problemas no estômago ou intestino Gripe Resfriado ou rinite Febre e dor Uso de vitaminas, suplementos minerais, estimulantes do apetite ou tônicos	✓	✓	Náusea, vômitos e diarreia foram incluídos e problema para dormir ou de nervos foram excluídos
4.1	Ficha de medicamentos para doenças e eventos agudos Detalhamento dos medicamentos utilizados em doenças e eventos agudos	✓	✓	✓
5	Contraceptivos Contraceptivos orais e injetáveis	✓	✓	✓
6	Serviços de farmácia Farmácia do SUS Farmácia privada Farmácia Popular	✓	✓	✓
7	Comportamentos que podem afetar o uso de medicamentos Pessoas ou outras fontes de referência para indicação de medicamentos Fontes de informação sobre medicamentos Comportamentos relacionados à automedicação e não adesão Orientações sobre armazenamento de medicamentos Orientações sobre horário de uso de medicamentos	✓		
8	Bulas e embalagens Uso das bulas Compreensão das bulas	✓		
9	Estilo de vida Atividade física Fumo Consumo de álcool	✓		
10	Plano de saúde Plano de saúde Cobertura do plano	✓	✓	✓
11	Informações sobre o domicílio e a pessoa de referência Informações do domicílio Informações da pessoa de referência	✓	✓	✓

SUS: Sistema Único de Saúde

Para o preenchimento dos dados sobre os medicamentos referidos nos blocos 2 e 4, foi solicitado ao entrevistado que mostrasse todos os “remédios” em uso. Foi considerado remédio qualquer tipo de produto utilizado para curar ou aliviar doenças, sintomas, desconforto ou mal-estar. Dessa forma, um remédio poderia ser tanto um medicamento manipulado ou industrializado, quanto um chá, produtos homeopáticos e plantas medicinais, por exemplo.

O bloco 5 investiga a utilização atual e acesso aos contraceptivos orais e injetáveis, incluindo locais de obtenção e nome dos produtos, além de dados sobre efeitos indesejáveis e adesão ao tratamento em mulheres entre 15 e 49 anos. As perguntas foram adaptadas a partir de questões da Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde 2006^l.

O bloco 6 foi desenhado para identificar detalhadamente os locais de obtenção dos diferentes medicamentos, considerando que os indivíduos podem utilizar vários serviços para a obtenção do total de seus medicamentos. O bloco 7 traz questões visando a avaliar comportamentos que podem afetar o uso de medicamentos. No bloco 8 são investigados hábitos dos entrevistados quanto à leitura de bulas e a guarda das embalagens, contendo questões adaptadas de Didonet e Mengue⁵ (2008) e Silva et al.¹² (2000).

O bloco 9 contém questões relacionadas ao uso de tabaco e álcool, baseadas no Vigitel 2011^k, e atividade física baseadas no *Global Physical Activity Questionnaire – GPAC*^l. O bloco 10 questiona se o entrevistado possui ou não plano de saúde e os itens cobertos pelo plano, com interesse na cobertura de medicamentos.

No último bloco, composto por duas seções, foram coletadas informações do domicílio. Na primeira seção foram coletadas as informações do domicílio como bens, móveis, renda familiar e número de cômodos, necessárias para operacionalizar o Critério de Classificação Econômica Brasil (CCEB) da Associação Brasileira das Empresas de Pesquisa (ABEP). Na segunda seção foram coletadas as informações sociodemográficas da pessoa de referência na família.

O fluxo da entrevista conforme a aplicabilidade dos blocos está descrito na Figura.

Aspectos Operacionais de Campo

Equipe e Estrutura

A equipe de campo foi formada por uma coordenação central, equipe de apoio operacional e equipe de entrevistadores. A coordenação central foi responsável pela supervisão de todos os processos e etapas da coleta. A equipe de apoio operacional realizou a supervisão do campo e ofereceu o apoio logístico e administrativo às equipes que coletaram os dados. Havia ainda uma sala de prontidão para esclarecimento de dúvidas e resolução de problemas operacionais das equipes, funcionando em tempo integral durante toda a pesquisa.

Foram treinados 217 potenciais entrevistadores, dos quais 165 participaram efetivamente da coleta dos dados. O treinamento, com duração de três dias, foi oferecido pela equipe de apoio operacional e pelos pesquisadores da PNAUM. Os treinamentos dos entrevistadores foram organizados em seis diferentes grupos conforme a região do País onde foram realizadas as entrevistas.

Piloto

Para testar toda a logística do campo, foram realizados seis estudos piloto, sendo um em cada capital onde ocorreu o treinamento, totalizando 251 entrevistas. Nesse momento, testaram-se o instrumento de coleta de dados, o manual de apoio, o funcionamento do *software* de registro dos dados, o manejo do *tablet* e a transmissão dos dados que foi utilizado na etapa de campo da pesquisa.

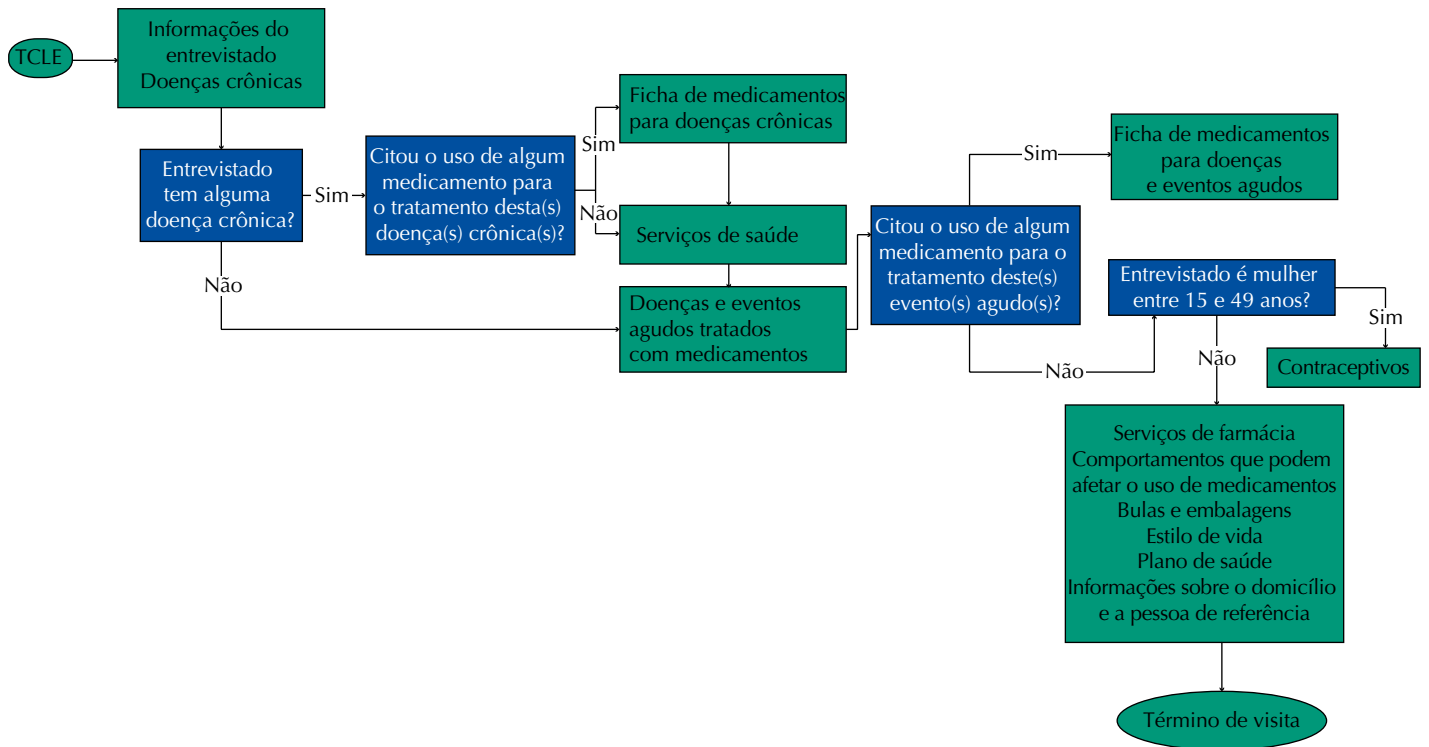
Estratégias de Divulgação da Pesquisa

O conhecimento do estudo por parte da população e o apoio institucional das secretarias de saúde e de assistência social podem facilitar o contato dos entrevistadores com os

^lMinistério da Saúde. Centro Brasileiro de Análise e Planejamento. Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher – PNDS 2006: dimensões do processo reprodutivo e da saúde da criança. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2009 [citado 2016 ago 9]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pnds_crianca_mulher.pdf

^kMinistério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Vigitel Brasil 2010: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2011. p. 152.

^lWorld Health Organization (WHO). Chronic diseases and health promotion: global physical activity surveillance. Geneva: World Health Organization; 2007 [citado 2016 ago 9]. Disponível em: <http://www.who.int/chp/steps/GPAQ/en/>



TCLE: termo de consentimento livre e esclarecido

Figura. Fluxograma das entrevistas. O fluxo superior refere-se às entrevistas para adultos e o inferior para entrevistas com incapazes e crianças. PNAUM, Brasil, 2014.

participantes e aumentar a participação. Assim, foram distribuídos fôlderes, cartazes, ofícios e cartas sobre a pesquisa nos locais sorteados para a coleta e utilizado o Disque Saúde (136) para que a população pudesse confirmar a veracidade da pesquisa.

Coleta de Dados

Dispor da quantidade necessária de domicílios por setor censitário era essencial para o sorteio dos domicílios a serem incluídos na amostra. Assim, em 124 setores censitários foi necessário realizar o arrolamento do setor por não haver informação atualizada sobre o total de domicílios.

Nos domicílios com os grupos etários elegíveis, o entrevistador identificava todos os moradores, por meio da pessoa disponível no primeiro contato, e realizava a entrevista com os indivíduos da faixa etária sorteada. As perguntas referentes ao domicílio foram respondidas pela pessoa responsável por ele, enquanto aquelas referentes aos demais blocos foram respondidas individualmente pelos entrevistados. No caso de menores de 15 anos e de incapazes, a entrevista foi realizada com a pessoa indicada como responsável pelos medicamentos do indivíduo.

Controle de Qualidade

O controle de qualidade das entrevistas se deu pela reentrevista de parte da amostra, pela análise regular durante a pesquisa da frequência das variáveis investigadas e pela análise de consistência do banco.

As reentrevistas foram realizadas por meio de ligações telefônicas, aplicando-se aos sorteados um questionário padronizado. Nessa etapa foram realizadas 5.123 reentrevistas, correspondendo a 12,0% da amostra. A partir das respostas, testou-se a reprodutibilidade das variáveis e obtiveram-se valores de Kappa que mostraram alta concordância, variando de 0,723 a 0,879.

Além disso, durante todo o trabalho de campo, foram acompanhadas as frequências de variáveis sociodemográficas, de doenças autorreferidas, de uso de serviço de saúde, de uso de medicamentos,

sobre estilos de vida, posse de plano de saúde e posse de bens. Os valores verificados eram comparados rotineiramente com os resultados mais recentes de pesquisas nacionais.

Aspectos Éticos

A PNAUM foi aprovada pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (Protocolo 18947013.6.0000.0008) e pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (Protocolo 19997). As entrevistas foram realizadas após leitura do termo de consentimento e assinatura do entrevistado ou seu responsável legal (no caso de incapazes), sendo garantido aos entrevistados sigilo e anonimato.

RESULTADOS

Taxas de Resposta

As taxas de resposta para os domicílios ficaram entre 42,0% e 60,0%, incluindo como perdas os domicílios que, apesar de constarem nas listas de sorteados, não foram visitados por não se conseguir contato com moradores. Entre estes, encontram-se domicílios vagos temporária ou permanentemente, visto que não foi mantido um registro específico para a situação do domicílio não visitado. As taxas de resposta dos indivíduos ficaram entre 82,0% e 97,0%. As taxas de resposta total variaram de 46,6% a 56,1%. Em função da inclusão de domicílios vagos entre as perdas, os valores das taxas de resposta estão algo subestimados. A Tabela 2 apresenta as taxas de resposta por domínios demográficos e região.

Observou-se clara correlação negativa entre a renda média do setor e a taxa de resposta total, ainda que fraca, variando entre -0,39 e -0,02 (Tabela 3). Verificaram-se correlações com significância estatística nas diferentes regiões, faixas etárias e sexos, especialmente entre adultos e idosos.

Descrição da Amostra

Foram entrevistadas 41.433 pessoas que, após os ajustes por região, sexo e idade, representam os aproximadamente 171 milhões brasileiros residentes nas áreas urbanas do País. As entrevistas foram realizadas em 20.404 domicílios e 576 conglomerados que correspondem a 586 setores censitários (10 setores censitários foram unidos a outros em função de pequeno tamanho). Os números de entrevistas realizadas por região e por domínio demográfico estão apresentados na Tabela 4.

Na Tabela 5 estão apresentadas as características gerais da população amostrada, segundo faixa etária, sexo, cor da pele autorreferida, escolaridade, situação conjugal, classe econômica

Tabela 2. Domicílios não procurados e taxas de resposta, por região e domínio de idade e sexo. PNAUM, Brasil, 2014.

Região/Domínio por idade e sexo	% domicílios não procurados	Taxa de resposta/domicílio	Taxa de resposta/indivíduo	Taxa de resposta total	
Região	Norte	12,4	58,8	95,3	56,1
	Nordeste	17,5	53,6	95,3	50,1
	Sudeste	10,1	58,1	91,2	53,0
	Sul	17,6	53,5	93,1	49,8
	Centro-Oeste	34,4	42,4	91,5	38,8
Domínio (faixa etária, sexo)	0 a 4	18,1	52,8	95,2	50,2
	5 a 19	16,6	60,5	82,8	50,1
	20 a 39, masculino	16,7	58,8	84,0	49,3
	20 a 39, feminino	19,6	55,1	96,9	53,4
	40 a 59, masculino	19,1	55,1	93,6	51,6
	40 a 59, feminino	18,9	54,1	96,7	52,3
	≥ 60, masculino	18,1	51,7	90,1	46,6
	≥ 60, feminino	18,1	51,5	93,7	48,3

Tabela 3. Correlação entre a renda média do setor e a taxa de resposta total por domínio segundo região. PNAUM, Brasil, 2014.

Domínio (faixa etária, sexo)	Medidas	Região				
		Norte	Nordeste	Sudeste	Sul	Centro-Oeste
0 a 4 anos	Correlação	-0,14	-0,21	-0,17	-0,23	-0,29
	p	0,13	0,03	0,09	0,02	< 0,01
5 a 19 anos	Correlação	-0,02	-0,10	-0,06	-0,24	-0,33
	p	0,86	0,31	0,58	0,02	< 0,01
20 a 39 anos, masculino	Correlação	-0,10	-0,09	-0,23	-0,28	-0,16
	p	0,31	0,40	0,02	0,01	0,17
20 a 39 anos, feminino	Correlação	-0,21	-0,28	-0,20	-0,36	-0,29
	p	0,02	< 0,01	0,04	< 0,01	< 0,01
40 a 59 anos, masculino	Correlação	-0,14	-0,28	-0,18	-0,31	-0,26
	p	0,13	< 0,01	0,05	< 0,01	0,01
40 a 59 anos, feminino	Correlação	-0,21	-0,32	-0,30	-0,24	-0,22
	p	0,02	< 0,01	< 0,01	0,01	0,03
60 anos ou mais, masculino	Correlação	-0,19	-0,32	-0,19	-0,22	-0,35
	p	0,04	< 0,01	0,05	0,02	< 0,01
60 anos ou mais, feminino	Correlação	-0,18	-0,32	-0,25	-0,39	-0,34
	p	0,05	< 0,01	0,01	< 0,01	< 0,01

Tabela 4. Número de entrevistas realizadas por região e por domínio demográfico. PNAUM, Brasil, 2014.

Região	Domínio*								Total
	Idade (anos) e sexo								
	0-4	5-19	20-39	20-39	40-59	40-59	≥ 60	≥ 60	
	MF	MF	M	F	M	F	M	F	
Norte	1.835	667	552	2.538	1.539	1.778	899	1.115	10.923
Nordeste	1.267	618	454	1.881	991	1.521	794	1.268	8.794
Sudeste	817	606	533	1.363	1.059	1.267	728	1.125	7.498
Sul	872	877	562	1.365	1.078	1.299	784	1.009	7.846
Centro-Oeste	989	537	336	1.281	839	1.093	554	743	6.372
Total	5.780	3.305	2.437	8.428	5.506	6.958	3.759	5.260	

* Os domínios se referem aos grupos de idade e sexo (M = masculino; F = feminino; MF = masculino e feminino).

e região geográfica. A região Sudeste representou 45,9% da amostra; a Nordeste, 24,3%; a Sul, 14,3%; a Centro-Oeste, 7,9%; e a Norte, 7,5%. Houve leve predominância do sexo feminino (52,8%); 31,9% se encontravam na faixa etária de 20 a 39 anos; e 46,0% se declararam brancos. Os pretos e pardos somados são maioria na população (52,5%). A classe econômica C foi a predominante, representando 55,3% dos entrevistados. Dos indivíduos com 20 anos ou mais, 36,1% indicaram escolaridade de zero a três anos de estudo.

DISCUSSÃO

A PNAUM representa o primeiro inquérito de base populacional sobre acesso e utilização de medicamentos realizado no Brasil com representatividade nacional. Até então, os estudos na área vinham utilizando diferentes métodos, população alvo diversificada e abrangências locais, o que dificultava a comparação dos resultados e limitava a generalização dos achados para a população brasileira. As informações obtidas neste estudo permitem avaliar os perfis de utilização de medicamentos e os impactos das políticas públicas farmacêuticas do País sobre o acesso aos medicamentos.

Os estudos sobre utilização de medicamentos podem ser divididos em dois grupos. O primeiro faz análises secundárias de bases de dados dos pagamentos de medicamentos

Tabela 5. Descrição da amostra de acordo com características demográficas e socioeconômicas. PNAUM, Brasil, 2014. (N = 41.433)

Variável	Categoria	% ^a	IC95%
Faixa etária (anos)	0-4	6,2	5,9–6,5
	5-10	9,1	8,3–9,8
	11-19	14,4	13,3–15,5
	20-39	31,9	30,4–33,3
	40-59	25,3	24,3–26,4
	≥ 60	13,2	12,4–14,0
Sexo	Masculino	47,2	46,3–48,1
	Feminino	52,8	51,9–53,7
Cor da pele ou raça (autorreferida)	Branca	46,0	43,5–48,6
	Preta	8,7	7,9–9,7
	Parda	43,8	41,5–46,1
	Amarela	1,1	0,9–1,3
	Indígena	0,4	0,3–0,5
Escolaridade ^b	0-3 anos	36,1	34,5–37,7
	4-11 anos	31,9	30,8–33,0
	≥ 12 anos	32,0	30,6–33,5
Situação conjugal ^b	Com companheiro	60,7	59,4–62,1
	Sem companheiro	39,3	37,9–40,6
ABEP ^c	A	0,5	0,3–0,9
	B	21,9	20,0–23,9
	C	55,3	53,7–57,0
	D	17,7	16,1–19,5
	E	4,6	4,0–5,3
Região	Norte	7,5	5,9–9,5
	Nordeste	24,3	20,1–29,1
	Sudeste	45,9	40,0–52,0
	Sul	14,3	11,5–17,8
	Centro-Oeste	7,9	6,2–10,0

ABEP: Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa

^a Percentual ajustado por pesos amostrais e por pós-estratificação segundo idade e sexo.

^b Apenas para adultos com 20 anos ou mais.

^c Segundo o Critério de Classificação Econômica Brasil 2013 da Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (ABEP). Disponível em: <http://www.abep.org>

feitos diretamente ou por reembolso. Nesses casos, as análises não contemplam a real utilização dos medicamentos nem aqueles adquiridos fora do sistema de saúde. Esses são os estudos mais utilizados em países desenvolvidos com sistema de informação integrado. O segundo grupo inclui a realização de inquéritos domiciliares, realizados pessoalmente ou por telefone. São aplicados, prioritariamente, em países que não possuem tais sistemas de informação – em geral, países mais pobres.

Os inquéritos, na sua maioria, têm abordagem restrita ao uso individual de medicamentos, alguns limitados para um grupo de doenças, com questões do tipo “usa ou não usa”, ou fornecendo uma lista de medicamentos sobre os quais o usuário é solicitado a dar informação¹¹. Outros, como o *Australian Health Study*, pedem uma lista dos medicamentos e investigam o uso para doenças específicas¹¹.

Estudos de cobertura nacional, mais detalhados, foram realizados nos Estados Unidos e incluem o *Slone Survey* (entre 2004 e 2006) e o *Medical Expenditure Panel Survey* (MEPS) que, desde 1996, coleta dados sobre medicamentos prescritos e isentos de prescrição¹¹.

Em países da África, Ásia, América Latina e Caribe, foram realizados estudos de acesso e utilização de medicamentos utilizando metodologia proposta pela Organização Mundial

^m National Health Survey: Users' Guide – Eletronic. Canberra: Australian Bureau of Statistics; 2009 [citado 2016 ago 9]. Disponível em: [http://www.ausstats.abs.gov.au/ausstats/subscriber.nsf/0/CC0FB5A08570984ECA25762E0017CF2B/\\$File/4363055001_2007-08.pdf](http://www.ausstats.abs.gov.au/ausstats/subscriber.nsf/0/CC0FB5A08570984ECA25762E0017CF2B/$File/4363055001_2007-08.pdf)

ⁿ Slone. Epidemiology Center. Slone Survey™. Boston: Boston University; 2006 [citado 2016 ago 9]. Disponível em: <http://www.bu.edu/slone/research/studies/slone-survey/>

da Saúde e também adotado pelo *Medicines Transparency Alliance* (MeTA)⁸. O modelo contempla uma avaliação ampla da política de medicamentos nos países, envolvendo desde os aspectos governamentais, passando por serviços públicos e privados e concluindo com um levantamento domiciliar³.

Alguns desafios e limitações metodológicas identificados no presente estudo estão comentados a seguir.

A comparação com outros estudos domiciliares nacionais mostra que as taxas de resposta são menores que as obtidas pelo IBGE na PNS 2013, na qual a taxa de resposta para os domicílios foi de 91,9% e para as pessoas, de 86,0%, o que resultou em uma taxa de resposta geral de 79,0%. Entretanto, as comparações ficam prejudicadas na medida em que a estimativa da PNS exclui os domicílios vagos. Ao contrário, a PNAUM manteve os domicílios vagos no cálculo por não haver registro nos diários de campo. A Pesquisa Nacional de Saúde Bucal⁹ obteve taxas gerais de resposta que variaram entre 27,6%, em Cuiabá (MT), até 134,3%, em Porto Alegre (RS). O estudo não descreveu a taxa geral de resposta, mas uma estimativa aproximada mostrou que, para as pessoas entre 35 a 44 anos, o valor médio da taxa de resposta global é de 50,0%. Para idosos e crianças, esse valor foi acima de 80,0%, variando de 55,0% até 100%.

As taxas de resposta em inquéritos domiciliares têm mostrado decréscimo constante nos últimos 40 anos em praticamente todo o mundo. Nos Estados Unidos, o *National Health Survey Interview* mostrou queda da taxa de resposta de 92,0% em 1997 para 89,0% em 2004; O *National Expenditure Panel Survey*, de 78,0% em 1996 para 53,0% em 2014; e o *Behavioral Risk Factor Surveillance System*, de 71,4% em 1993 para 48,9% em 2000 e 51,1% em 2005⁷. Tolonen et al. observaram redução na taxa de resposta do *Finnish Adult Health Behaviour Survey* de 80,0% em 1978 para 60,0% em 2002. Em uma avaliação dos resultados de *surveys* realizados na Europa, entre 2007 e 2012, Mindell et al.¹⁰ consideraram boas as taxas de resposta de 66,0% na Inglaterra, 54,0% na Alemanha e de 45,0% na Holanda.

Nos estudos anteriores que discutem a diminuição das taxas de resposta, alguns motivos são mais frequentemente apresentados. O primeiro trata de uma reação das pessoas a uma grande quantidade de pesquisas que são realizadas nas mais diversas áreas, como mercado, política e saúde. As pesquisas por telefone que são em maior número também têm incomodado as pessoas, já que se somam a ações de *marketing* em geral. Uma crescente preocupação com a privacidade tem influenciado na diminuição das taxas de resposta. Na PNAUM, foi observada grande preocupação com a segurança por parte da população, o que impediu fortemente o acesso aos moradores de prédios maiores. Essa preocupação parece ser um componente adicional que está diminuindo a receptividade das pessoas para as pesquisas domiciliares.

A qualidade da informação obtida por declaração é um problema a ser considerado. As embalagens de 39,0% dos medicamentos utilizados não foram apresentadas. Nesses casos, a identificação do medicamento passa a ser apenas por declaração, exigindo exaustiva revisão e correção posterior à coleta dos dados. Aproximadamente 4,0% de todos os medicamentos utilizados não puderam ser identificados. Além desses, os suplementos alimentares, ou alimentos declarados como medicamentos, plantas medicinais e cosméticos somaram 4,1%. Em alguns casos, mesmo com a presença da embalagem, os entrevistados não conseguiram vincular os medicamentos a cada uma das doenças tratadas. Isso gerou informações incoerentes entre a doença declarada e a indicação terapêutica do medicamento.

A identificação correta do que é medicamento é uma dificuldade corrente nos estudos domiciliares. É comum a omissão, por exemplo, de contraceptivos ou vitaminas nas declarações espontâneas de medicamentos quando esses não estão tratando alguma doença. Por outro lado, suplementos alimentares e outros produtos costumam ser declarados para o tratamento de alguma doença como sendo medicamentos. Vale lembrar que alguns medicamentos têm o que pode ser chamado de “nome composto”, do qual a primeira palavra identifica o produto e a segunda palavra se refere a uma composição diferente, o que resulta em outra especialidade farmacêutica. Ao mesmo tempo, os medicamentos podem ser apresentados

⁹ Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. SB Brasil 2010: Pesquisa Nacional de Saúde Bucal: resultados principais. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2012 [citado 2016 ago 9]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pesquisa_nacional_saude_bucal.pdf

em diferentes concentrações, que podem remeter a diferentes usos (como o caso do ácido acetilsalicílico de 345 mg e 500 mg). Adicionalmente, existem associações em dose fixa com diferentes proporções em cada apresentação farmacêutica. Isso demanda um árduo trabalho de identificação e classificação de produtos, posterior à coleta dos dados, para gerar o conhecimento necessário sobre o uso desses recursos terapêuticos.

Além disso, as percepções dos entrevistados sobre o que é uma doença crônica necessitam de exame para uma classificação que permita, o mais claramente possível, expressar as condições de saúde descritas pelas pessoas⁹.

A correta identificação dos locais de obtenção de medicamentos foi uma limitação da coleta dos dados. Existem várias possibilidades de obtenção de medicamentos com desconto, como programas de fidelização, que coexistem, por exemplo, com o Programa Aqui tem Farmácia Popular. Paralelamente, o fornecimento de medicamentos financiados pelo SUS pode ser feito nas unidades de saúde ou em farmácias da rede pública com sistemas mistos, nos quais parte dos medicamentos está disponível nas unidades de saúde e parte em farmácias centralizadas.

Na avaliação dos eventos agudos foi aferido o uso de medicamentos para o tratamento dessas afecções ou dos seus sintomas. A prevalência desses eventos, tratados com medidas não farmacológicas ou que não foram tratados, não foi estimada.

O desenvolvimento dos instrumentos da PNAUM foi feito em papel. Os blocos inicialmente foram testados em separado e em uma segunda etapa foi montado o instrumento completo para os testes finais. A versão para o dispositivo eletrônico foi desenvolvida posteriormente e revisada durante o estudo piloto. Ao transferir os questionários para o sistema de *tablets* de tela pequena, foram encontradas dificuldades não observadas nas versões em papel e facilidades disponíveis apenas para equipamentos eletrônicos. Isso mostrou que, pelo menos para esse tipo de inquérito, as versões eletrônicas para testes devem ser utilizadas o mais precoce possível na elaboração dos instrumentos da coleta de dados.

O uso desses dispositivos eletrônicos portáteis na coleta de dados também adiciona mais etapas no treinamento dos entrevistadores. A primeira etapa trata da utilização do equipamento como tal. A segunda aborda as especificidades do *software* utilizado no desenvolvimento da aplicação. Na terceira etapa, inicia-se o treinamento sobre o conteúdo da entrevista propriamente dito.

O trabalho de campo da PNAUM foi feito por uma empresa de pesquisa especialmente contratada para este inquérito. O trabalho com empresas contratadas exige alguns cuidados especiais, sobretudo quanto ao cronograma de cada etapa, dimensionamento adequado da equipe de campo, monitoramento do andamento do estudo e alcance das metas de entrevistas em cada domínio da amostra.

A PNAUM é o primeiro inquérito nacional de grande porte que enfrentou o desafio de estudar detalhadamente os medicamentos. Uma avaliação objetiva do uso dos medicamentos necessita identificar exatamente quais medicamentos estão sendo utilizados, quais medicamentos faltam e por que faltam, onde cada produto é obtido e como cada produto está sendo utilizado. Essas são as informações necessárias para orientar os programas públicos, sejam aqueles voltados para doenças específicas ou aqueles de cobertura geral. Em resumo, saber o que está sendo usado, por quem, onde e para quê é o que orienta a formulação dessa iniciativa.

Acreditamos que a PNAUM, pode ser utilizada como uma linha de base para futuros estudos que pretendam avaliar o impacto de ações governamentais na área de acesso e de utilização de medicamentos. Para estudos locais que venham a usar método compatível, a PNAUM pode servir como ponto de referência para avaliação de variações do espaço e população. Com ampla avaliação dos aspectos relacionados aos medicamentos, a PNAUM é uma grande fonte de dados para as mais variadas análises que podem ser conduzidas tanto no meio acadêmico como no âmbito governamental.

REFERÊNCIAS

1. Ben AJ, Neumann CR, Mengue SS. The Brief Medication Questionnaire and Morisky-Green test to evaluate medication adherence. *Rev Saude Publica*. 2012;46(2):279-89. DOI:10.1590/S0034-89102012005000013
2. Bertoldi AD, Barros AJ, Wagner A, Ross-Degnan D, Hallal PC. A descriptive review of the methodologies used in household surveys on medicine utilization. *BMC Health Serv Res*. 2008;8(1):222. DOI:10.1186/1472-6963-8-222
3. Blum B, Luiza VL, Bermudez JAZ. Acesso a medicamentos medido no nível domiciliar: a proposta da OMS e outras iniciativas brasileiras. *Rev Bras Farm*. 2011;92(3):223-31.
4. Costa KS, Nascimento Júnior JM, Soeiro OM, Paganelli MO, Araújo SQ. Assistência farmacêutica nas redes de atenção ao SUS. In: Cuidado Farmacêutico na Atenção Básica. 1º ed. Brasília (DF): Editora MS; 2014. p.108.
5. Didonet J, Mengue SW. Drug labels: are they a readable material? *Patient Educ Couns*. 2008;73(1):141-5. DOI:10.1016/j.pec.2008.05.004
6. Freitas MC, Mendes MMR. Condição crônica: análise do conceito no contexto da saúde do adulto. *Rev Latino-Am Enferm*. 2007;15(4):590-7. DOI:10.1590/S0104-11692007000400011
7. Galea S, Tracy M. Participation rates in epidemiologic studies. *Ann Epidemiol*. 2007;17(9):643-53. DOI:10.1016/j.annepidem.2007.03.013
8. Kaplan W, Marhters C. The world medicines situation report, 2011: global health trends: global burden of disease and pharmaceutical needs. 3rd ed. Geneva: World Health Organization; 2011.
9. Minaire P. Disease, illness and health: theoretical models of the disablement process. *Bull World Health Organ*. 1992;70(3):373-9.
10. Mindell JS, Giampaoli S, Goesswald A, Kamtsiuris P, Mann C, Männistö S et al. Sample selection, recruitment and participation rates in health examination surveys in Europe: experience from seven national surveys. *BMC Med Res Methodol*. 2015;15(1):78. DOI:10.1186/s12874-015-0072-4
11. Paniz VM, Fassa AG, Maia MF, Domingues MR, Bertoldi AD. Measuring access to medicines: a review of quantitative methods used in household surveys. *BMC Health Serv Res*. 2010;10(1):146. DOI:10.1186/1472-6963-10-146
12. Silva T, Dal-Pizzol F, Bello CM, Mengue SS, Schenkel EP. Bulas de medicamentos e a informação adequada ao paciente. *Rev Saude Publica*. 2000;34(2):184-9. DOI:10.1590/S0034-89102000000200013
13. Souza-Júnior PRB, Freitas MPS, Antonaci GA, Szwarcwald CL. Desenho da amostra da Pesquisa Nacional de Saúde 2013. *Epidemiologia Serv Saude*. 2015;24(2):207-16. DOI:10.5123/S1679-49742015000200003
14. Szwarcwald CL, Malta DC, Pereira CA, Vieira ML, Conde WL, Souza Júnior PR et al. Pesquisa Nacional de Saúde no Brasil: concepção e metodologia de aplicação. *Cien Saude Coletiva*. 2014;19(2):333-42. DOI:10.1590/1413-81232014192.14072012
15. Tolonen H, Helakorpi S, Talala K, Helasoja V, Martelin T, Prättälä R. 25-year trends and socio-demographic differences in response rates: finnish adult health behaviour survey. *Eur J Epidemiol*. 2006;21(6):409-15. DOI:10.1007/s10654-006-9019-8

Financiamento: Ministério da Saúde por meio da Secretaria de Ciência e Tecnologia Insumos Estratégicos – SCTIE (Processo 25000.111834/2).

Contribuição dos Autores: Concepção e revisão crítica do conteúdo intelectual: SSM, ADB, ACB, NULT, TSDP, AJDB. Todos os autores participaram da redação, aprovaram a versão final do manuscrito e declaram ser responsáveis por todos os aspectos do trabalho, garantindo sua precisão e integridade.

Agradecimentos: Agradecemos ao Ministério da Saúde, pela encomenda, financiamento e apoio técnico para a realização da Pesquisa Nacional sobre Acesso, Utilização e Promoção do Uso Racional de Medicamentos e, em especial, à equipe de suporte do projeto, nos nomes de Amanda Ramalho da Silva, Andréia Turmina Fontanella e Luciano Santos Pinto Guimarães.

Conflito de Interesses: Os autores declaram não haver conflito de interesses.