

Situação: O preprint foi publicado em um periódico como um artigo
DOI do artigo publicado: <https://doi.org/10.1590/s1679-49742021000100005>

Fontes de acesso e utilização de medicamentos na zona rural de Pelotas, Rio Grande do Sul, em 2016: estudo transversal de base populacional

Andréa Dâmaso Bertoldi, Marysabel Pinto Telis Silveira, Adriana Kramer Fiala Machado, Mariana Otero Xavier, Rafaela Costa Martins

<https://doi.org/10.1590/SciELOPreprints.1262>

Este preprint foi submetido sob as seguintes condições:

- O autor submissor declara que todos os autores responsáveis pela elaboração do manuscrito concordam com este depósito.
- Os autores declaram que estão cientes que são os únicos responsáveis pelo conteúdo do preprint e que o depósito no SciELO Preprints não significa nenhum compromisso de parte do SciELO, exceto sua preservação e disseminação.
- Os autores declaram que a pesquisa que deu origem ao manuscrito seguiu as boas práticas éticas e que as necessárias aprovações de comitês de ética de pesquisa estão descritas no manuscrito, quando aplicável.
- Os autores declaram que os necessários Termos de Consentimento Livre e Esclarecido de participantes ou pacientes na pesquisa foram obtidos e estão descritos no manuscrito, quando aplicável.
- Os autores declaram que a elaboração do manuscrito seguiu as normas éticas de comunicação científica.
- Os autores declaram que o manuscrito não foi depositado e/ou disponibilizado previamente em outro servidor de preprints ou publicado em um periódico.
- O autor submissor declara que as contribuições de todos os autores estão incluídas no manuscrito.
- O manuscrito depositado está no formato PDF.
- Os autores declaram que caso o manuscrito venha a ser postado no servidor SciELO Preprints, o mesmo estará disponível sob licença [Creative Commons CC-BY](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).
- Caso o manuscrito esteja em processo de avaliação ou sendo preparado para publicação mas ainda não publicado por um periódico, os autores declaram que receberam autorização do periódico para realizar este depósito.

Submetido em (AAAA-MM-DD): 2020-09-29

Postado em (AAAA-MM-DD): 2021-04-13

Como citar este artigo:

Bertoldi AD, Silveira MPT, Machado AKF, Xavier MO, Martins RC. Fontes de acesso e utilização de medicamentos na zona rural de Pelotas, Rio Grande do Sul, em 2016: estudo transversal de base populacional. Epidemiol Serv Saúde [preprint]. 2020 [citado 2020 set 3]:[26 p.]. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/s1679-49742021000100005>

Artigo original

Fontes de acesso e utilização de medicamentos na zona rural de Pelotas, Rio Grande do Sul, em 2016: estudo transversal de base populacional*

Sources of access and medication use in rural area of Pelotas, Rio Grande do Sul, Brazil, in 2016: cross-sectional population-based study

Fuentes de acceso y uso de medicamentos en la zona rural de Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil, en 2016: estudio transversal de base poblacional

Andrea Dâmaso Bertoldi¹ - orcid.org/0000-0002-4680-3197

Marysabel Pinto Telis Silveira² - orcid.org/0000-0002-6453-8534

Adriana Kramer Fiala Machado¹ - orcid.org/0000-0002-6800-1064

Mariana Otero Xavier¹ - orcid.org/0000-0001-8791-3520

Rafaela Costa Martins¹ - orcid.org/0000-0003-3538-7228

¹Universidade Federal de Pelotas, Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia, Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil

²Universidade Federal de Pelotas, Departamento de Fisiologia e Farmacologia, Pelotas, RS, Brasil

Endereço para correspondência:

Rafaela Costa Martins – Rua Marechal Deodoro, nº 1160, 3º piso, Centro, Pelotas, RS, Brasil. CEP: 96020-220

E-mail: rafamartins1@gmail.com

*O estudo recebeu apoio financeiro do Programa de Excelência Acadêmica da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes)/Ministério da Educação (MEC) – Código de Financiamento 001; Processo nº 23038.002445/2015-97; número do auxílio 1012/2015 – e do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq)/Ministério da Ciência, Tecnologia, Inovações e Comunicações (MCTIC).

Recebido em 07/05/2020

Aprovado em 04/08/2020

Editora associada: Taís Freire Galvão - orcid.org/0000-0003-2072-4834

Resumo

Objetivo. Analisar a prevalência do uso de medicamentos, fontes de acesso e fatores associados, em residentes da zona rural de Pelotas, RS, Brasil. **Métodos.** Estudo transversal com adultos ≥ 18 anos, realizado em 2016. Questionou-se o uso e fontes de acesso aos medicamentos no mês anterior à entrevista. Empregou-se regressão de Poisson. **Resultados.** Dos 1.519 entrevistados, 54,7% (IC_{95%} 48,7;60,5) utilizaram algum medicamento e 3,3% (IC_{95%} 2,4;4,5) deixaram de utilizar medicamento necessário. Exibiram maiores prevalências de utilização: mulheres (RP=1,23 – IC_{95%} 1,12;1,34), idosos (RP=2,36 – IC_{95%} 2,05;2,73), pessoas com pior autopercepção de saúde (RP=1,29

– IC_{95%} 1,14;1,46), com maior número de doenças (RP=2,37 – IC_{95%} 2,03;2,77). Obtiveram medicamentos exclusivamente pelo Sistema Único de Saúde (SUS) 14,0% (IC_{95%} 11,2;17,4), com prevalências maiores entre pessoas de cor da pele autodeclarada não branca e classe econômica inferior. **Conclusão.** Pequena parcela deixou de usar medicamentos que necessitava. A obtenção gratuita de medicamentos foi maior nos grupos de menor poder aquisitivo.

Palavras-chave: Inquéritos Epidemiológicos; Zona Rural; Saúde da População Rural; Farmacoepidemiologia; Assistência Farmacêutica; Uso de Medicamentos.

Abstract

Objective. To analyze the prevalence of medication use, sources of access, and associated factors among rural residents in Pelotas, RS, Brazil. **Methods.** Cross-sectional study with adults ≥ 18 years, in 2016. Participants reported on the use and sources of access to medication used in the month prior to the interview. Poisson regression was used. **Results.** Among the 1,519 respondents, 54.7% (95%CI 48.7;60.5) used some medication and 3.3% (95%CI 2.4;4.5) didn't use some necessary medication. Higher prevalence of use occurred in: women (PR=1.23 – 95%CI 1.12;1.34), the elderly (PR=2.36 – 95%CI 2.05;2.73), worse self-perception of health (PR=1.29 – 95%CI 1.14;1.46) and higher number of diseases (PR=2.37 – 95%CI 2.03;2.77). A total of 14.0% (95%CI 11.2;17.4) obtained medications exclusively from Health System and the prevalence was higher among those who self-declared non-white and from lower economic classes. **Conclusion.** A small portion indicated that they didn't use necessary medications. Free obtaining was higher in groups with lower income.

Keywords: Health Surveys; Rural Area; Rural Health; Pharmacoepidemiology; Pharmaceutical Services; Drug Utilization.

Introdução

O acesso e a utilização dos medicamentos apresentam determinantes, a exemplo da disponibilidade dos insumos nos serviços de saúde, o acesso geográfico até esses locais

e a aceitabilidade dos usuários aos serviços de farmácia (expectativas dos usuários e características dos produtos e serviços).^{1,2} O padrão de utilização de medicamentos também difere, conforme características sociodemográficas, culturais, comportamentais e de saúde dos indivíduos.^{3,4}

Estudos com dados de países em distintas situações socioeconômicas observaram menores prevalências de uso de medicamentos nas áreas rurais, comparadas às urbanas.^{5,6} Ademais, existe uma conexão entre disponibilidade, acessibilidade, uso de medicamentos e resultados em saúde que, especialmente entre países de baixa e média renda, ainda constitui um importante desafio para a Saúde Pública.^{1,7}

O Brasil dispõe um sistema de assistência farmacêutica para garantir a sua população acesso universal e gratuito a medicamentos considerados essenciais.^{4,8} Contudo, em muitas situações, o usuário necessita de medicamentos que não são distribuídos gratuitamente, pelo sistema de saúde, tendo de adquiri-los mediante pagamento, o que pode comprometer seriamente sua renda ou dificultar a continuidade de um tratamento medicamentoso.⁹

Foram localizados poucos estudos que avaliassem a utilização de medicamentos em áreas rurais do país.^{10,11} Limitações de ordem logística e financeira dificultam a realização de estudos em áreas rurais,¹² onde a disponibilidade de serviços de saúde e de farmácias próximas à residência também é menor.¹³ Estes fatores podem interferir no padrão de uso de medicamentos.

Além da escassez de estudos sobre o tema nas áreas rurais, é fundamental conhecer os possíveis fatores associados ao uso e as fontes de obtenção dos medicamentos utilizados. Esse conhecimento pode contribuir no estabelecimento de prioridades e planejamento de políticas públicas voltadas a essa população.

O objetivo deste estudo foi analisar a prevalência do uso de medicamentos, fontes de acesso e fatores associados, em residentes da zona rural de Pelotas, estado do Rio Grande do Sul, extremo sul do Brasil.

Métodos

Foi realizado um estudo transversal de base populacional, na zona rural de Pelotas, RS, Brasil. Ele faz parte de um amplo projeto de pesquisa sobre saúde da população rural.¹² O município de Pelotas conta cerca de 340 mil habitantes, dos quais aproximadamente 7% residem na zona rural.¹⁴ Esta, composta por oito distritos, divididos em 50 setores censitários, dispõe de 14 unidades básicas de saúde (UBS) em seus distritos rurais.

Foram considerados elegíveis para o estudo indivíduos com 18 anos ou mais de idade, residentes habituais na zona rural de Pelotas – ou seja, com domicílio como residência habitual, na data da entrevista; ou temporariamente ausentes, por período não superior a 12 meses dessa data. Foram excluídos do estudo os indivíduos com incapacidade cognitiva/mental, sem auxílio de cuidadores ou familiares, hospitalizados ou institucionalizados durante a coleta de dados, e aqueles que não falavam/compreendiam a língua portuguesa (parte da população tem ascendência pomerana).

O tamanho de amostra foi calculado visando atender a todos os objetivos do projeto de pesquisa, sendo o maior tamanho necessário de 1.458 indivíduos para o desfecho ‘tabagismo’. A mostra foi estimada pelo programa de análises estatísticas OpenEpi. Os parâmetros utilizados foram prevalência de 20%,¹⁴ nível de confiança de 95%, margem de erro de 3 pontos percentuais e efeito de delineamento de 2,0. Ao final, foram acrescentados 10% para possíveis perdas/recusas e 15% para ajuste de possíveis fatores de confusão.

O processo de amostragem foi realizado em dois estágios. Primeiramente, 24 setores censitários foram selecionados, aleatoriamente, em número proporcional ao de domicílios de cada distrito. Em seguida, foram escolhidos 30 domicílios em cada um desses setores censitários, todos identificados nos núcleos comunitários (maior aglomerado de domicílios) de cada setor, totalizando 720 domicílios. A metodologia detalhada encontra-se em publicação anterior.¹²

A coleta de dados foi realizada por meio de entrevistas face a face, no domicílio do participante, entre janeiro e junho de 2016. O questionário contemplou questões sociodemográficas, comportamentais e de saúde, e foi aplicado na plataforma REDCap,¹⁵ utilizando-se *tablets* Samsung Galaxy Tab E.

As entrevistadoras foram capacitadas na aplicação dos questionários, previamente testados em estudo-piloto com 19 participantes (não incluídos na amostra), realizado em Arroio do Padre (município emancipado de Pelotas em 1996), de características rurais.

Definiram-se como perdas do estudo os residentes não encontrados após, pelo menos, três tentativas de contato em dias/horários distintos. O trabalho de campo aconteceu sob a supervisão dos pesquisadores. Foi realizado controle de qualidade em 10% dos entrevistados, selecionados aleatoriamente, via telefone, para reaplicação de versão reduzida do questionário (dez das perguntas do questionário original), visando conferir a repetibilidade e qualidade dos dados.

As variáveis dependentes analisadas foram ‘utilização de medicamentos’, ‘fonte de acesso aos medicamentos utilizados’ e ‘não utilização de medicamentos necessários’, todas tendo como período de referência os 30 dias anteriores à entrevista. Inicialmente, perguntou-se ao entrevistado se no último mês, deixou de usar algum medicamento do qual necessitava. As opções de resposta a essa questão, lidas aos participantes, eram: sim; não; não precisou usar remédio no último mês. Caso a resposta fosse ‘não precisou usar remédio no último mês’, as demais perguntas relacionadas a medicamentos não eram apresentadas.

Para a construção do desfecho ‘fonte de acesso aos medicamentos utilizados’, perguntou-se:

“No último mês, onde o(a) Sr(a) conseguiu o(s) remédio(s) que utilizou?”

As fontes de acesso aos medicamentos foram categorizadas em: (i) o Sistema Único de Saúde (SUS), de forma totalmente gratuita; e (ii) o estabelecimento privado, a exemplo de farmácias do setor privado, mediante algum pagamento; ou (iii) a forma mista, tanto pelo SUS quanto por estabelecimento privado ou Farmácia Popular. A análise das associações partiu da dicotomização dessas informações, entre ‘SUS’ (fonte gratuita) e ‘estabelecimento privado/mista’, para possibilitar a avaliação da obtenção de medicamentos de forma totalmente gratuita ou não.

A variável de desfecho ‘utilização de medicamentos nos últimos 30 dias’ foi construída com base nas respostas às duas perguntas anteriores, sobre ter deixado de usar algum medicamento e quais as fontes de acesso a ele. Quem relatou não ter necessidade de usar remédios nos últimos 30 dias foi considerado não usuário de medicamentos, e quem respondeu com a indicação de alguma fonte de obtenção de medicamentos nos últimos 30 dias foi considerado usuário de medicamentos.

O desfecho ‘não utilização de medicamentos necessários’ foi construído a partir da resposta positiva à pergunta inicial, com ‘Sim, deixou de usar algum medicamento que precisava’. Para esses respondentes, questionou-se o motivo da não utilização e o(s) nome(s) dos medicamento(s) não utilizado(s), posteriormente classificado(s) de acordo com a Anatomical Therapeutic Chemical – ATC Nível 1 –, da Organização Mundial da Saúde (OMS).¹⁶ Quando o entrevistado não se recordava do nome do medicamento, foi-lhe solicitado apresentar ao entrevistador a embalagem/caixa ou receita do mesmo.

As variáveis independentes englobaram fatores sociodemográficos, relacionados à saúde e aos serviços de saúde:

a) Sociodemográficos

- Sexo (masculino; feminino)
- Idade (anos completos: 18 a 39; 40 a 59; 60 ou mais)
- Cor da pele autorreferida (branca; não branca)
- Situação conjugal (sem companheiro[a]; com companheiro[a])
- Escolaridade (anos de estudo completos: 0 a 4; 5 a 8; 9 ou mais)
- Classe econômica (A/B [mais ricos]; C; D/E [mais pobres]), de acordo com a classificação da Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (ABEP)¹⁷
- Situação atual de trabalho (não trabalha; trabalha)

b) Relacionados à saúde

- Autopercepção de saúde (muito boa/boa; regular; ruim/muito ruim)
- Número de doenças crônicas presentes (nenhuma; uma ou duas; três ou mais), extraído com a seguinte pergunta,

“Algum médico ou profissional de saúde já disse que o(a) Sr.(Sra) tem...?”, incluindo doenças do aparelho cardiocirculatório, diabetes *mellitus*, câncer, entre outras.

c) Relacionados aos serviços de saúde

- Cadastro na Estratégia Saúde da Família (ESF), criada pelo Ministério da Saúde como estratégia de apoio à Atenção Primária à Saúde (sim; não)
- Percepção acerca da distância do domicílio até a farmácia mais próxima (longe, mas de fácil acesso; longe e de difícil acesso; perto e de fácil acesso; perto, mas de difícil acesso). Como a proporção de indivíduos que considerou a distância ‘perto,

mas de difícil acesso' foi muito baixa (n=22; 1,5%), para fins de análise, essa variável foi dicotomizada em fácil acesso ou difícil acesso, independentemente da distância.

- Percepção acerca da distância entre o domicílio e a UBS mais próxima (longe, mas de fácil acesso; longe e de difícil acesso; perto e de fácil acesso; perto, mas de difícil acesso)

A amostra foi descrita e foram apresentadas as proporções e respectivos intervalos de confiança de 95% (IC_{95%}) da utilização e das fontes de acesso aos medicamentos, conforme variáveis independentes. Foi empregada regressão de Poisson, para obtenção das razões de prevalências (RP), brutas e ajustadas, para esses dois desfechos. Na análise ajustada, seguiu-se modelo hierárquico em três níveis, construído com base na literatura.^{2,4,10,11,18,19} O primeiro nível incluiu variáveis sociodemográficas; o segundo nível, as variáveis 'autopercepção de saúde' e 'número de doenças crônicas'; ao terceiro e último nível, couberam as variáveis relacionadas aos serviços de saúde, 'cadastro na ESF', 'distância da casa à farmácia' e 'distância da casa à UBS mais próxima'. As variáveis foram ajustadas para as do mesmo nível e do nível superior; foi utilizado o modo de seleção para trás, sendo mantidas no modelo final aquelas com valor-p <0,20. Os dados foram ponderados segundo o número de domicílios amostrados, em relação ao número total de domicílios permanentes em cada distrito (comando *svy*). Considerou-se nível de significância de 5%. Os dados foram analisados pelo aplicativo Stata 14.0 (Stata Corporation, College Station, USA).

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Pelotas (CEP/FAMED/UFPel) em 11 de dezembro de 2015, de acordo com o Parecer nº 1.363.979. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido foi assinado pelos participantes, como pré-requisito à concessão da entrevista.

Resultados

Foram considerados elegíveis 1.697 indivíduos. Após contabilizar perdas/recusas (n=178), a amostra final resultou em 1.519 (89,5%) a serem entrevistados (Figura 1). As

perdas/recusas, em sua maioria, foram do sexo masculino e na idade de 18 a 24 anos ($p < 0,05$).

Quanto aos participantes, predominaram mulheres (51,7%), indivíduos com idade entre 40 e 59 anos (39,2%), de cor da pele autodeclarada branca (85,1%), que moravam com companheiro(a) (70,8%), sem instrução/ensino fundamental incompleto (66,1%), de classe econômica C (53,7%) e que trabalhavam (59,5%). Um total de 64,1% dos entrevistados tiveram autopercepção muito boa/boa da saúde, 41,8% não apresentavam nenhuma doença crônica, 71,4% eram cadastrados na ESF, 62,8% consideravam a distância de sua casa até a farmácia mais próxima como de fácil acesso e 74,3% consideravam a distância de casa até a UBS mais próxima como de fácil acesso (Tabela 1).

Mais da metade dos participantes (54,7% – IC_{95%} 48,7;60,5) utilizou algum medicamento no mês anterior à entrevista. Mulheres, indivíduos com 60 anos ou mais, menos escolarizados, sem trabalho, com autopercepção de saúde ruim/muito ruim e com mais doenças crônicas apresentaram maiores prevalências de uso de medicamento (Tabela 1). Na análise ajustada, mulheres apresentaram 1,23 vezes mais probabilidade (IC_{95%} 1,12;1,34) de usar medicamento(s); quanto maior a idade do entrevistado ou entrevistada, maior a prevalência de uso de medicamentos, sendo a probabilidade naqueles com 60 anos ou mais 2,36 vezes maior (IC_{95%} 2,05;2,73). Indivíduos que moravam sem companheiro(a) e aqueles que trabalhavam, apresentaram prevalência 0,88 (IC_{95%} 0,80;0,98) e 0,82 (IC_{95%} 0,71;0,94) vezes menor de utilizar medicamentos, respectivamente. Indivíduos com autopercepção de saúde regular e ruim/muito ruim apresentaram 1,29 vezes maior probabilidade de utilizar medicamentos, comparados àqueles com autopercepção de saúde muito boa/boa. Quanto mais doenças crônicas, maior foi a prevalência de uso de medicamentos, sendo a probabilidade 2,37 (IC_{95%} 2,03;2,77) vezes maior naqueles que referiram três ou mais doenças (Tabela 2).

Entre os indivíduos que utilizaram medicamento(s), 14,0% (IC_{95%} 11,2;17,4) reportaram ter obtido o(s) medicamento(s) pelo SUS, 45,8% (IC_{95%} 40,3;51,4) em estabelecimento privado e 40,2% (IC_{95%} 35,5;45,0) de forma mista (SUS e estabelecimento privado). O maior percentual de obtenção de medicamento(s) pelo SUS foi revelado por indivíduos de cor da pele não branca (22,9%) e de classes econômicas D/E (20,8%) (Tabela 3).

Após ajuste, a prevalência de obtenção de medicamento(s) de forma exclusivamente gratuita foi 1,82 vezes maior (IC_{95%} 1,24;2,66) naqueles de cor da pele não branca. Quanto mais baixa a classe econômica, maior probabilidade de obter medicamento(s) de forma gratuita. Aqueles que tiveram autopercepção de saúde regular apresentaram probabilidade 0,53 vezes menor (IC_{95%} 0,35;0,80) de obter medicamento(s) gratuitamente (Tabela 4).

Um total de 3,3% dos indivíduos da amostra (n=50) (IC_{95%} 2,4;4,5) relataram ter deixado de utilizar ao menos um medicamento necessário nos últimos 30 dias, e para tanto, os principais motivos reportados foram: não conseguiu obter pelo SUS ou Farmácia Popular (n=26; 52,0%); por vontade própria (n=15; 30,0%); receita vencida (n=4; 8,0%); por recomendação médica (n=5; 10%) (dados não apresentados em tabela).

Dos medicamentos necessários, aqueles para o sistema nervoso foram os mais frequentemente não utilizados (n=16), seguidos dos medicamentos para o sistema cardiovascular (n=10), para o trato alimentar e metabolismo (n=7) e para o sistema musculoesquelético (n=6). Também foram deixados de usar, embora com menor frequência, medicamentos para o sangue e órgãos hematopoiéticos (n=3), para o sistema geniturinário e hormônios sexuais (n=3), anti-infecciosos (n=2), antiparasitários, inseticidas e repelentes (n=1); e dermatológicos (n=2) (dados não apresentados em tabela). Os participantes deixaram de utilizar outros dois medicamentos, os quais não foi possível classificar porque não constam na ATC/OMS.

Discussão

Mais da metade dos entrevistados utilizou algum medicamento no mês anterior à entrevista. A utilização de medicamentos foi maior em mulheres, indivíduos mais velhos, com maior número de doenças crônicas e pior autopercepção de saúde; e menos frequente entre os que não tinham companheiro(a) e que estavam trabalhando. Aproximadamente um a cada sete adquiriu os medicamentos de forma exclusivamente gratuita, sendo essa prevalência maior entre homens, naqueles de cor da pele autodeclarada não branca, de classe econômica mais baixa e com autopercepção de saúde boa/muito boa. O fato de não

ter utilizado algum medicamento considerado necessário nos 30 dias anteriores à entrevista foi reportado por poucos, e, entre estes, apenas metade relatou o não uso, devido a dificuldade de obtenção pelo SUS ou pela Farmácia Popular.

O estudo apresenta algumas limitações. O questionário utilizado não foi validado e, especificamente, a forma como foi coletada a informação de utilização de medicamentos, indireta, a partir das perguntas sobre falta de uso de medicamentos e fontes de sua obtenção, pode ter levado a uma subestimativa da prevalência de uso de medicamentos e assim, dificultar comparações.

Outra limitação encontra-se na possibilidade de “viés do asfalto”. Este viés de seleção ocorre quando se elege residências próximas a regiões mais povoadas. Nesses casos, a prevalência de utilização de medicamentos poderia estar superestimada, enquanto o não uso de algum medicamento necessário, subestimado. Ademais, as perdas e recusas foram maiores entre os mais jovens e no sexo masculino, sendo que a literatura aponta as mulheres e os indivíduos mais velhos os que mais utilizam medicamentos.⁹ Outra possível limitação do estudo é o viés de memória: o período recordatório das perguntas refere-se aos últimos 30 dias, e o participante pode ter esquecido se utilizou/deixou de utilizar algum medicamento. Por último, ressalta-se o caráter transversal do estudo, que não permite analisar a temporalidade dos eventos, tornando-os suscetíveis ao viés de causalidade reversa em algumas associações (por exemplo: uso de medicamentos e autopercepção de saúde).

A prevalência de utilização de medicamentos estimada no presente estudo (54,7%) foi menor quando comparada à revelada em outro estudo, realizado no mesmo município de Pelotas, cerca de dez anos atrás (2002), embora em sua zona urbana e com período recordatório de 15 dias: 65,9%.¹⁸ Uma investigação realizada com indivíduos de 35-70 anos, entre 2003 e 2009, analisou o uso de medicamentos para prevenção de doenças cardiovasculares nas áreas urbanas e rurais de quatro países da América Latina – Argentina, Brasil, Chile e Colômbia –, onde foi observada, de maneira geral, menor prevalência de uso de medicamentos em áreas rurais, comparadas às urbanas.⁵

Conforme revisão de Gomes et al.,¹⁹ dos 14 estudos incluídos, apenas um avaliou o uso de medicamentos por adultos de zona urbana, nos últimos 30 dias, e a prevalência apresentada foi de 70%. Dados de um estudo integrante da Pesquisa Nacional sobre Acesso, Utilização e Promoção do Uso Racional de Medicamentos de 2015 (área urbana)

mostraram prevalência de uso de medicamentos, nos 30 dias anteriores à pesquisa, de 76,2%.⁴

Existem algumas hipóteses para a divergência nas prevalências observadas entre os estudos. A prevalência de uso de medicamentos na zona urbana de Pelotas foi maior porque foi coletada cerca de uma década antes do estudo na zona rural,¹⁸ além do que, nos últimos anos, tem aumentado a conscientização sobre o uso racional de medicamentos, como também, reduziu-se o uso de antimicrobianos devido ao maior controle sanitário.²⁰ Outra hipótese a considerar seria a de que na zona rural, um possível menor acesso aos serviços de saúde implicaria menos diagnósticos e medicamentos prescritos;²¹ o menor acesso aos medicamentos estaria justificado tanto pelo número reduzido de farmácias existentes na zona rural, quando comparada à urbana, quanto pela necessidade de se deslocar para os adquirir. Finalmente, cabe observar mais uma hipótese, de a prevalência de uso de medicamentos na zona rural ser inferior à da zona urbana como decorrência natural da presença de hábitos de vida mais saudáveis no campo, frente aos da cidade.^{22,23}

As maiores prevalências de uso de medicamentos em mulheres, pessoas mais velhas, com pior autopercepção de saúde e portadoras de mais doenças crônicas corrobora a literatura.²⁻⁴ Ter-se encontrado prevalência menor de uso de medicamentos naqueles que não tinham companheiro(a), por sua vez, suscita a hipótese da maior atenção e cuidado recebido de um companheiro(a), o que levaria alguém a buscar mais pelos serviços de saúde e, assim, aumentar as chances de diagnóstico de problemas de saúde que necessitem medicamentos. Contudo, outros estudos não observaram essas diferenças relacionadas à situação conjugal.^{18,24} Já a menor prevalência observada entre os que tinham trabalho pode estar associada ao fato de, para estar trabalhando, os indivíduos tenderem a apresentar melhores condições de saúde (“efeito do trabalhador sadio”),²⁵ enquanto o fato de não trabalhar, associado com alguma enfermidade ou condição de saúde, levaria à maior necessidade de uso de medicamentos.

As mulheres apresentaram maior prevalência de uso de medicamentos. Já está documentado na literatura que mulheres se preocupam mais com a saúde, possuem maior percepção dos sinais e sintomas de doenças e, por conseguinte, frequentam mais os serviços de saúde,²⁶⁻²⁸ o que pode explicar ao maior uso de medicamentos como decorrência da maior probabilidade de diagnósticos.

Com relação às fontes de acesso aos medicamentos, os resultados observados estão em consonância com os achados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) de 2008, realizada com indivíduos que tiveram prescrição de medicamentos no sistema público de saúde. Um estudo que analisou os dados da PNAD 2008 encontrou que menos da metade da amostra obteve os medicamentos gratuitamente (no sistema público), sendo esse número mais elevado naqueles com menor escolaridade e renda, de cor da pele preta e residentes em domicílios cadastrados na ESF;¹¹ já o maior acesso aos medicamentos adquiridos no setor privado foi observado entre os mais ricos, de maior escolaridade e cor da pele branca. Cabe salientar que, para esse estudo, não houve diferenças nas prevalências de acesso a medicamentos, seja na situação de residência urbana, seja rural.¹¹ Em Campinas, SP, foram investigados o uso e as fontes de obtenção dos medicamentos segundo variáveis sociodemográficas. Esse estudo, de base populacional e realizado em 2008, incluiu moradores de zona urbana com 20 anos ou mais de idade. A prevalência de uso de medicamentos nos três dias anteriores à pesquisa foi de 57,2%, próxima à observada no presente estudo, embora com período recordatório mais curto. Na cidade paulista, a prevalência de obtenção de medicamentos pelo SUS foi de 30%, quase o dobro da encontrada neste estudo de Pelotas,²⁹ onde também se observou maior prevalência de obtenção de medicamentos pelo SUS entre indivíduos de menor renda. Esses resultados refletem a importância da cobertura dos serviços de saúde para atender populações mais vulneráveis.

No presente trabalho, não se encontrou associação entre (i) o uso de medicamentos ou obtenção de medicamentos de forma gratuita e (ii) as variáveis relacionadas aos serviços de saúde, a exemplo do cadastro no ESF e da distância das residências até a farmácia ou UBS mais próxima. Uma investigação de representatividade nacional, embora realizada exclusivamente em áreas urbanas, não mostrou diferenças importantes quanto a acessibilidade geográfica aos medicamentos providos pelo SUS, farmácia privada ou Farmácia Popular.² Outrossim, e uma provável explicação para esse achado, é cerca de dois terços da amostra do presente estudo estar cadastrada no ESF e poucos terem avaliado a distância de sua casa até os serviço ‘de difícil acesso’. Contudo, cabe ressaltar os resultados de outros estudos, nos quais mais de 60% dos indivíduos entrevistados eram cadastrados na ESF e observou-se maior acesso a medicamentos entre eles.^{11,30}

A frequência de indivíduos que deixaram de utilizar algum medicamento necessário foi baixa. Por se tratar de zona rural, seria esperada uma prevalência maior, considerando-se as iniquidades no acesso aos serviços de saúde observadas.⁹ Esse achado pode refletir o baixo percentual de indivíduos sem acesso a medicamentos, especialmente quando o motivo de não uso foi não ter conseguido o medicamento pelo SUS. Corroborando esse achado, a Pesquisa Nacional sobre Acesso, Utilização e Promoção do Uso Racional de Medicamentos revelou acesso total a medicamentos para 94,3% dos indivíduos.³ É provável que o acesso facilitado aos medicamentos esteja relacionado com o aumento da cobertura das unidades básicas de saúde, e com a existência de programas de governo cuja proposta é o acesso universal e gratuito.

O uso de medicamentos na zona rural do Brasil ainda é pouco explorado, pelo que se recomenda a realização de futuros estudos sobre o tema, para que haja maior entendimento das características de saúde da região. Os achados deste trabalho são particularmente importantes para o desenho de políticas públicas e estratégias específicas, voltadas à população rural. Ressalta-se a importância da equidade na atenção e cuidado à saúde de subgrupos mais vulneráveis. Se o presente estudo demonstrou que indivíduos de classe econômica mais baixa obtiveram medicamentos de maneira gratuita e com maior frequência, sua prevalência ainda foi baixa.

Contribuições das autoras

Bertoldi AD, Silveira MPT, Machado AKF, Xavier MO e Martins RC participaram da concepção e planejamento do estudo, interpretação dos dados e redação do artigo. Machado AKF, Xavier MO e Martins RC participaram da aquisição dos dados. Machado AKF e Martins RC realizaram as análises estatísticas. Todas as autoras contribuíram com as versões preliminares do manuscrito, revisaram criticamente o conteúdo intelectual e aprovaram sua versão final, sendo responsáveis por todos os aspectos do trabalho.

Referências

1. Bigdeli M, Jacobs B, Tomson G, Laing R, Ghaffar A, Dujardin B, et al. Access to medicines from a health system perspective. Health Policy Plan [Internet]. 2013 Oct [cited 2020 Sep 3];28(7):692-704. Available from:

<https://doi.org/10.1093/heapol/czs108>

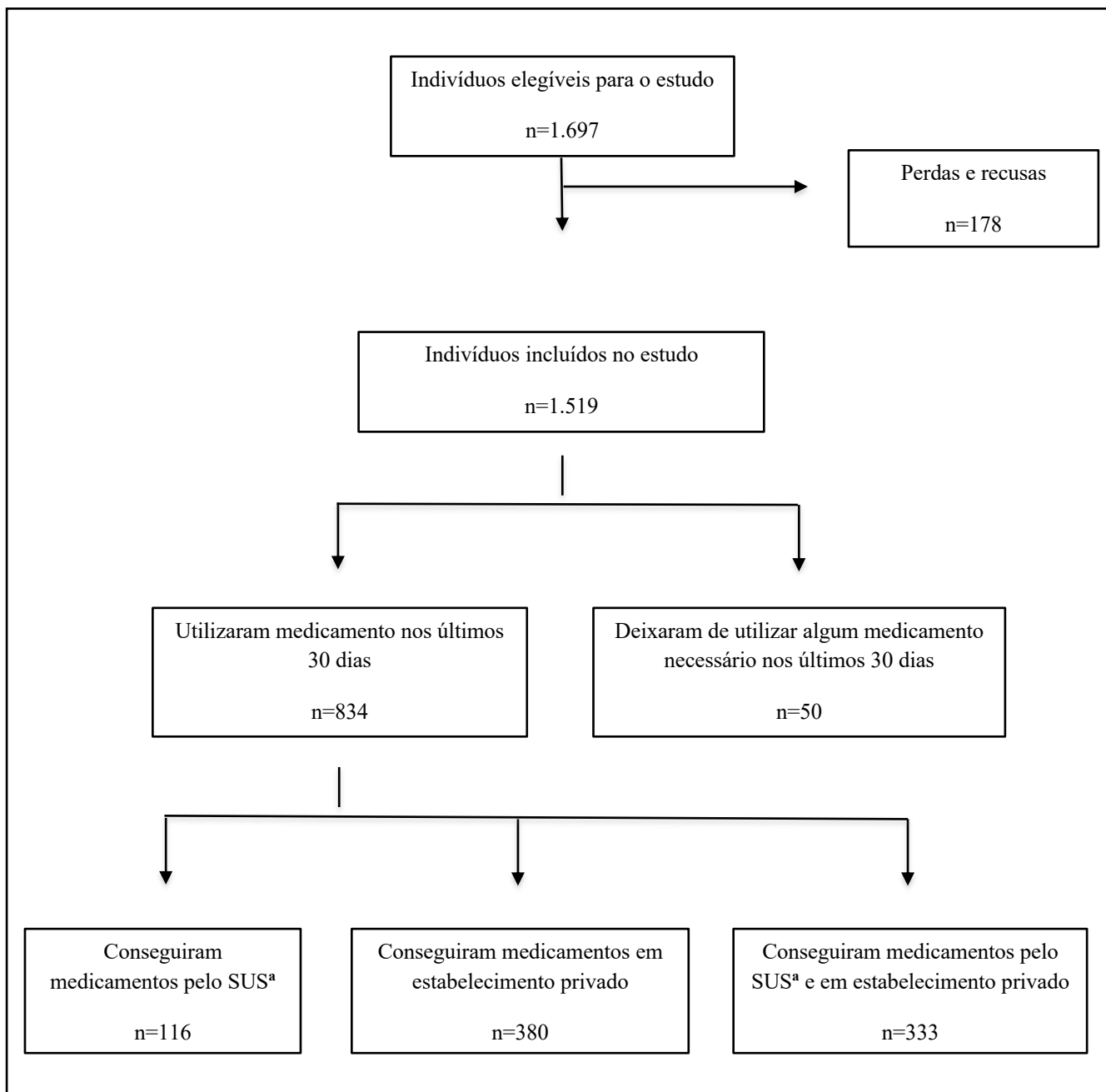
2. Oliveira MA, Luiza VL, Tavares NUL, Mengue SS, Arrais PSD, Farias MR, et al. Access to medicines for chronic diseases in Brazil: a multidimensional approach. *Rev Saúde Pública* [Internet]. 2016 [cited 2020 Sep 3];50(suppl 2):6s. Available from: <https://doi.org/10.1590/s1518-8787.2016050006161>
3. Bertoldi AD, Arrais PSD, Tavares NUL, Ramos LR, Luiza VL, Mengue SS, et al. Use of generic medicines by the Brazilian population: an evaluation of PNAUM 2014. *Rev Saúde Pública* [Internet]. 2016 [cited 2020 Sep 3];50(suppl 2):11s. Available from: <https://doi.org/10.1590/s1518-8787.2016050006120>
4. Costa CMFN, Silveira MR, Acurcio FA, Guerra Junior AA, Guibu IA, Costa KS, et al. Use of medicines by patients of the primary health care of the Brazilian Unified Health System. *Rev Saúde Pública* [Internet]. 2017 [cited 2020 Sep 3];51(suppl.2):18s. Available from: <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2017051007144>
5. Avezum A, Oliveira GBF, Lanás F, Lopez-Jaramillo P, Díaz R, Miranda JJ, et al. Secondary CV prevention in South America in a community setting. *Global Heart* [Internet]. 2017 Dec [cited 2020 Sep 3];12(4):305-13. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.gheart.2016.06.001>
6. Khatib R, McKee M, Shannon H, Chow C, Rangarajan S, Teo K, et al. Availability and affordability of cardiovascular disease medicines and their effect on use in high-income, middle-income, and low-income countries: an analysis of the PURE study data. *Lancet* [Internet]. 2016 Jan [cited 2020 Sep 3];387(10013):61-9. Available from: [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(15\)00469-9](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(15)00469-9)
7. Attaei MW, Khatib R, McKee M, Lear S, Dagenais G, Igumbor EU, et al. Availability and affordability of blood pressure-lowering medicines and the effect on blood pressure control in high-income, middle-income, and low-income countries: an analysis of the PURE study data. *Lancet Public Health* [Internet]. 2017 Sep [cited 2020 Sep 3];2(9):e411-9. Available from: [https://doi.org/10.1016/s2468-2667\(17\)30141-x](https://doi.org/10.1016/s2468-2667(17)30141-x)
8. Wirtz VJ, Hogerzeil HV, Gray AL, Bigdeli M, Joncheere CP, Ewen MA, et al. Essential medicines for universal health coverage. *Lancet*. 2017 Jan [cited 2020 Sep 3];389(10067):403-76. Available from: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)31599-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)31599-9)
9. Boing AC, Bertoldi AD, Peres KG. Desigualdades socioeconômicas nos gastos e comprometimento da renda com medicamentos no Sul do Brasil. *Rev Saúde Pública* [Internet]. 2011 out [citado 2020 set 3];45(5):897-905. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0034-89102011005000054>

10. Dal Pizzol TS, Pons ES, Hugo FN, Bozzetti MC, Sousa MLR, Hilgert JB. Uso de medicamentos entre idosos residentes em áreas urbanas e rurais de município no Sul do Brasil: um estudo de base populacional. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2012 jan [citado 2020 set 3];28(1):104-14. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2012000100011>
11. Boing AC, Bertoldi AD, Boing AF, Bastos JL, Peres KG. Acesso a medicamentos no setor público: análise de usuários do Sistema Único de Saúde no Brasil. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2013 abr [citado 2020 set 3];29(4):691-701. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2013000400007>
12. Gonçalves H, Tomasi E, Tovo-Rodrigues L, Bielemann RM, Machado AKF, Ruivo ACO, et al. Population-based study in a rural area. *Rev Saúde Pública* [Internet]. 2018 [cited 2020 Sep 3];52(Suppl 1):3s. Available from: <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2018052000270>
13. Arruda NM, Maia AG, Alves LC. Desigualdade no acesso à saúde entre as áreas urbanas e rurais do Brasil: uma decomposição de fatores entre 1998 a 2008. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2018 [citado 2020 set 3];34(6):e00213816. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311x00213816>
14. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. Censo 2010 [Internet]. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; 2010 [citado 2020 set 3]. Disponível em: www.censo2010.ibge.gov.br
14. Dias-Damé JL, Cesar JA, Silva SM. Tendência temporal de tabagismo em população urbana: um estudo de base populacional no Sul do Brasil. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2011 nov [citado 2020 set 3];27(11):2166-74. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2011001100010>
15. Harris PA, Taylor R, Thielke R, Payne J, Gonzalez N, Conde JG. Research electronic data capture (REDCap) – a metadata-driven methodology and workflow process for providing translational research informatics support. *J Biomed Inform* [Internet]. 2009 Apr [cited 2020 Sep 3];42(2):377-81. Available from: <https://dx.doi.org/10.1016%2Fj.jbi.2008.08.010>
16. World Health Organization - WHO. ATC/DDD index 2019 [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2019 [cited 2020 Sep 3]. Available from: https://www.whooc.no/atc_ddd_index
17. Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa - ABEP. Critério de classificação econômica Brasil [Internet]. São Paulo: ABEP; 2016 [citado 2020 set 3]. 6 p. Disponível em: www.abep.org
18. Bertoldi AD, Barros AJD, Hallal PC, Lima RC. Utilização de medicamentos em adultos: prevalência e determinantes individuais. *Rev Saúde Pública* [Internet]. 2004 abr [citado 2020 set 3];38(2):228-38. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0034-89102004000200012>

19. Gomes VP, Silva MT, Galvão TF. Prevalência do consumo de medicamentos em adultos brasileiros: uma revisão sistemática. *Ciênc Saúde Coletiva* [Internet]. 2017 ago [citado 2020 set 3];22(8):2615-26. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232017228.29412016>
20. Moura ML, Boszczowski I, Mortari N, Barrozo LV, Chiaravalloti Neto F, Lobo RD, et al. The impact of restricting over-the-counter sales of antimicrobial drugs: preliminary analysis of national data. *Medicine* [Internet]. 2015 Sep [cited 2020 Sep 3];94(38):e1605. Available from: <https://doi.org/10.1097/md.0000000000001605>
21. Garnelo L, Lima JG, Rocha ESC, Herkrath FJ. Acesso e cobertura da Atenção Primária à Saúde para populações rurais e urbanas na região Norte do Brasil. *Saúde Debate* [Internet]. 2018 set [citado 2020 set 3];42(spe1):81-99. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-11042018s106>
22. Martins RC, Silva ICM, Hallal PC. Physical activity in the rural population of Pelotas, Brazil. *Rev Saúde Pública* [Internet]. 2018 [cited 2020 Sep 3];52(Suppl 1):9s. Available from: <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2018052000265>
23. Jaeger GP, Mola CL, Silveira MF. Alcohol-related disorders and associated factors in a rural area in Brazil. *Rev Saúde Pública* [Internet]. 2018 [cited 2020 Sep 3];52(Suppl 1):8s. Available from: <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2018052000262>
24. Matta SR, Bertoldi AD, Emmerick ICM, Fontanella AT, Costa KS, Luiza VL. Fontes de obtenção de medicamentos por pacientes diagnosticados com doenças crônicas, usuários do Sistema Único de Saúde. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2018 mar [citado 2020 set 3];34(3):e00073817. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00073817>
25. Medronho RA. *Epidemiologia*. 2. ed. São Paulo: Editora Atheneu; 2009. 246 p.
26. Levorato CD, Mello LM, Silva AS, Nunes AA. Fatores associados à procura por serviços de saúde numa perspectiva relacional de gênero. *Ciênc Saúde Coletiva* [Internet]. 2014 abr [citado 2020 set 3];19(4):1263-74. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232014194.01242013>
27. Louvison MCP, Lebrão ML, Duarte YAO, Santos JLF, Malik AM, Almeida ES. Desigualdades no uso e acesso aos serviços de saúde entre idosos do município de São Paulo. *Rev Saúde Pública* [Internet]. 2008 ago [citado 2020 set 3];42(4):733-40. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0034-89102008000400021>
28. Malta DC, Bernal RTI, Lima MG, Araújo SSC, Silva MMA, Freitas MIF, et al. Noncommunicable diseases and the use of health services: analysis of the National Health Survey in Brazil. *Rev Saúde Pública* [Internet]. 2017 [cited 2020 Sep 3];51(Suppl 1):4s. Available from: <https://doi.org/10.1590/s1518-8787.2017051000090>

29. Costa KS, Francisco PMSB, Barros MBA. Utilização e fontes de obtenção de medicamentos: um estudo de base populacional no Município de Campinas, São Paulo, Brasil. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2016 [citado 2020 set 3];32(1): e00067814. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00067814>
30. Paniz VMV, Fassa AG, Facchini LA, Bertoldi AD, Piccini RX, Tomasi E, et al. Acesso a medicamentos de uso contínuo em adultos e idosos nas regiões Sul e Nordeste do Brasil. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2008 fev [citado 2020 set 3];24(2):267-80. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2008000200005>

Tabelas e Figuras



a) SUS: Sistema Único de Saúde.

Figura 1 – Processo de seleção dos indivíduos entrevistados, zona rural de Pelotas, Rio Grande do Sul, 2016

Tabela 1 – Descrição da amostra (n=1.519) e frequência de utilização de medicamentos (n=834) entre residentes na zona rural de Pelotas, Rio Grande do Sul, 2016

Variáveis	Total		Utilização de medicamentos	
	n	%	n	% (IC _{95%} ^a)
Sexo				
Masculino	734	48,3	349	47,2 (40,8;53,7)
Feminino	785	51,7	485	61,6 (54,9;67,8)
Idade (anos completos)				
18-39	515	34,0	166	32,0 (27,1;37,3)
40-59	593	39,2	332	55,7 (50,9;60,4)
≥60	411	26,8	336	81,9 (71,1;89,2)
Cor da pele autodeclarada				
Branca	1.296	85,1	714	54,9 (48,9;60,7)
Não branca	223	14,9	120	53,4 (41,4;65,0)
Mora com companheiro(a)				
Não	443	29,2	228	51,0 (44,6;57,3)
Sim	1.076	70,8	606	56,2 (49,4;62,7)
Escolaridade (anos de estudo completos)				
Sem instrução/ensino fundamental incompleto	996	66,1	609	60,7 (52,2;68,7)
Ensino fundamental completo/ensino médio incompleto	233	15,4	92	39,2 (31,0;48,1)
Ensino médio completo/ensino superior incompleto	213	14,0	89	41,9 (36,0;48,1)
Ensino superior completo ou mais	67	4,5	36	53,4 (42,4;64,0)
Classe econômica (ABEP^b)				
A/B	301	20,0	170	56,5 (49,9;62,9)
C	814	53,7	436	53,4 (46,2;60,4)
D/E	388	26,3	221	56,3 (47,5;64,8)
Situação atual de trabalho				
Não trabalha	613	40,5	420	68,3 (62,0;74,0)
Trabalha	906	59,5	414	45,3 (39,3;51,6)

Variáveis	Total		Utilização de medicamentos	
	n	%	n	% (IC _{95%} ^a)
Autopercepção de saúde				
Muito boa/boa	964	64,1	404	41,6 (36,0;47,5)
Regular	461	30,4	349	75,6 (64,2;84,3)
Ruim/muito ruim	82	5,5	72	87,7 (78,7;93,2)
Número de doenças crônicas				
Nenhuma	631	41,8	162	25,6 (21,0;30,8)
1 ou 2	614	40,2	426	69,2 (63,0;74,7)
3 ou mais	274	18,0	246	89,6 (72,5;96,6)
Cadastrado na ESF^c				
Não	423	28,6	212	49,9 (37,5;62,3)
Sim	1.070	71,4	608	56,6 (52,2;60,9)
Distância da casa à farmácia				
Fácil acesso	941	62,8	497	52,4 (46,2;58,6)
Difícil acesso	563	37,2	325	57,8 (50,0;65,1)
Distância da casa à UBS^d mais próxima				
Longe, mas de fácil acesso	179	11,7	94	51,8 (42,7;60,8)
Longe e de difícil acesso	121	7,9	66	54,8 (45,4;63,8)
Perto e de fácil acesso	1.107	74,3	606	54,5 (48,3;60,5)
Perto, mas de difícil acesso	92	6,1	56	61,0 (47,4;73,2)
Total	1.519	100,0	834	54,7 (48,7;60,5)

a) IC_{95%}: intervalo de confiança de 95%.

b) Classificação da Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa – ABEP.

c) ESF: Estratégia Saúde da Família.

d) UBS: unidade básica de saúde.

Tabela 2 – Análises bruta e ajustada da prevalência de utilização de medicamentos em relação às variáveis independentes, em amostra de adultos (n=834) residentes na zona rural de Pelotas, Rio Grande do Sul, 2016

Variáveis	Utilização de medicamentos			
	Análise bruta		Análise ajustada	
	RP ^a (IC _{95%} ^b)	p-valor ^c	RP ^a (IC _{95%} ^b)	p-valor ^c
1º Nível				
Sexo		<0,001		<0,001
Masculino	1,00		1,00	
Feminino	1,30 (1,18;1,45)		1,23 (1,12;1,34)	
Idade (anos completos)		<0,001 ^d		<0,001 ^d
18-39	1,00		1,00	
40-59	1,74 (1,54;1,97)		1,74 (1,54;1,97)	
≥60	2,56 (2,23;2,84)		2,36 (2,05;2,73)	
Cor da pele autodeclarada		0,800		0,483
Branca	1,00		1,00	
Não branca	0,97 (0,79;1,20)		1,07 (0,89;1,28)	
Escolaridade (anos de estudo completos)		<0,001 ^d		0,623
Sem instrução/fundamental incompleto	1,00		1,00	
Fundamental completo/médio incompleto	0,65 (0,51;0,82)		0,92 (0,73;1,17)	
Ensino médio completo/superior incompleto	0,69 (0,60;0,80)		0,92 (0,80;1,07)	
Ensino superior completo ou mais	0,88 (0,70;1,11)		0,98 (0,75;1,27)	
Mora com companheiro(a)		0,079		0,016
Não	0,91 (0,81;1,01)		0,88 (0,80;0,98)	
Sim	1,00		1,00	
Classe econômica (ABEP^e)		0,586		0,667
A/B	1,00		1,00	
C	0,94 (0,80;1,12)		0,94 (0,80;1,11)	
D/E	1,00 (0,83;1,20)		0,93 (0,80;1,09)	
Situação atual de trabalho		<0,001		0,005
Não trabalha	1,00		1,00	
Trabalha	0,66 (0,59;0,75)		0,82 (0,71;0,94)	

Variáveis	Utilização de medicamentos			
	Análise bruta		Análise ajustada	
	RP ^a (IC _{95%} ^b)	p-valor ^c	RP ^a (IC _{95%} ^b)	p-valor ^c
	2º Nível			
Autopercepção de saúde		<0,001 ^d		<0,001
Muito boa/boa	1,00		1,00	
Regular	1,82 (1,62;2,04)		1,29 (1,17;1,42)	
Ruim/muito ruim	2,11 (1,85;2,39)		1,29 (1,14;1,46)	
Número de doenças crônicas		<0,001 ^d		<0,001 ^d
Nenhuma	1,00		1,00	
1 ou 2	2,71 (2,31;3,16)		2,23 (1,92;2,58)	
3 ou mais	3,50 (2,98;4,12)		2,37 (2,03;2,77)	
		3º Nível		
Cadastrado na ESF^f		0,292		0,270
Não	1,00		1,00	
Sim	1,13 (0,89;1,44)		1,15 (0,89;1,47)	
Distância da casa à farmácia		0,120		0,222
Fácil acesso	1,00		1,00	
Difícil acesso	1,10 (0,97;1,25)		1,06 (0,96;1,17)	
Distância da casa à UBS^g mais próxima		0,384		0,459
Longe, mas de fácil acesso	1,00		1,00	
Longe e de difícil acesso	1,06 (0,86;1,30)		0,98 (0,83;1,15)	
Perto e de fácil acesso	1,05 (0,90;1,22)		1,08 (0,95;1,23)	
Perto, mas de difícil acesso	1,18 (0,98;1,42)		1,02 (0,86;1,21)	

a) RP: razão de prevalência.

b) IC_{95%}: intervalo de confiança de 95%.

c) Teste de Wald heterogeneidade.

d) Teste de Wald de tendência linear.

e) Classificação da Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa – ABEP.

f) ESF: Estratégia Saúde da Família.

g) UBS: unidade básica de saúde.

Tabela 3 – Descrição das fontes de acesso aos medicamentos que foram utilizados no último mês entre adultos (n=829^a) residentes na zona rural de Pelotas, Rio Grande do Sul, 2016

Variáveis	Fontes de acesso aos medicamentos		
	SUS ^b (n=116)	Estabelecimento privado (n=380)	Mista (SUS e estabelecimento privado) (n=333)
	% (IC _{95%} ^c)	% (IC _{95%} ^c)	% (IC _{95%} ^c)
Sexo			
Masculino	17,3 (13,1;22,5)	49,3 (43,0;55,7)	33,3 (27,4;39,9)
Feminino	11,6 (8,5; 15,8)	43,3 (36,7; 50,2)	45,0 (40,0; 50,2)
Idade (anos completos)			
18-39	17,4 (12,0;24,6)	57,9 (48,0;67,2)	24,7 (18,3;32,4)
40-59	14,5 (11,4;18,2)	43,7 (38,0;49,6)	41,8 (36,1;47,8)
≥60	11,9 (8,4;16,5)	41,9 (34,4;49,9)	46,2 (38,5;54,1)
Cor da pele autodeclarada			
Branca	12,5 (9,8;15,8)	47,8 (42,2;53,5)	39,7 (34,5;45,0)
Não branca	22,9 (16,4;31,1)	33,9 (24,5;44,9)	43,2 (35,4;51,3)
Mora com companheiro(a)			
Não	15,5 (10,9;21,7)	40,3 (35,1;45,8)	44,1 (39,3;49,1)
Sim	13,4 (10,6;16,9)	47,9 (41,6;54,2)	38,7 (33,2;44,4)
Escolaridade (anos de estudo completos)			
Sem instrução/fundamental incompleto	14,0 (10,9;17,9)	41,3 (35,1;47,7)	44,8 (38,8;50,9)
Fundamental completo/médio incompleto	12,1 (5,8;23,3)	54,8 (40,5;68,4)	33,1 (21,8;46,8)
Ensino médio completo/superior incompleto	18,0 (10,2;29,9)	53,3 (42,4;64,0)	28,6 (18,6;41,4)
Ensino superior completo ou mais	9,2 (3,0;24,9)	79,1 (64,2;88,8)	11,7 (5,4;23,5)
Classe econômica (ABEP^d)			
A/B	9,9 (6,0;15,9)	60,3 (53,3;67,0)	29,8 (22,3;38,7)
C	12,3 (9,1;16,5)	43,3 (36,0;50,9)	44,3 (37,6;51,3)
D/E	20,8 (15,3;27,7)	37,9 (30,8;45,7)	41,3 (35,6;47,1)
Situação atual de trabalho			
Não trabalha	12,4 (8,9;17,1)	36,5 (30,9;42,5)	51,1 (45,4;56,9)
Trabalha	15,7 (12,3;19,7)	55,5 (49,5;61,3)	28,9 (23,4;35,1)

Variáveis	Fontes de acesso aos medicamentos		
	SUS ^b (n=116)	Estabelecimento privado (n=380)	Mista (SUS e estabelecimento privado) (n=333)
	% (IC _{95%} ^c)	% (IC _{95%} ^c)	% (IC _{95%} ^c)
Autopercepção de saúde			
Muito boa/boa	17,2 (14,1;20,9)	50,3 (44,4;56,2)	32,5 (27,2;38,3)
Regular	10,1 (6,7;14,9)	42,9 (36,1;50,0)	47,0 (39,9;54,1)
Ruim/muito ruim	13,2 (5,7;27,8)	35,0 (21,0;52,3)	51,8 (39,2;64,1)
Número de doenças crônicas			
Nenhuma	16,2 (10,6;24,1)	69,6 (59,0;78,5)	14,2 (8,3;23,1)
1 ou 2	15,3 (12,0;19,2)	45,2 (39,2;51,4)	39,5 (33,7;45,7)
3 ou mais	10,3 (6,5;16,0)	31,1 (23,7;39,6)	58,6 (50,7;66,2)
Cadastrado na ESF^e			
Não	12,1 (7,8;18,3)	54,0 (46,5;61,4)	33,9 (30,1;37,9)
Sim	14,7 (11,6;18,4)	42,6 (36,6;48,9)	42,7 (36,6;49,0)
Distância da casa à farmácia			
Fácil acesso	15,0 (11,5;19,4)	45,4 (38,8;52,0)	39,6 (33,6;46,0)
Difícil acesso	12,7 (9,4;16,9)	46,4 (40,6;52,3)	40,9 (35,7;46,4)
Distância da casa à UBS^f mais próxima			
Longe, mas de fácil acesso	10,7 (5,5;19,7)	49,7 (37,5;61,9)	39,6 (29,2;51,1)
Longe e de difícil acesso	12,4 (6,5;22,6)	52,7 (39,8;65,3)	34,9 (25,1;46,1)
Perto e de fácil acesso	15,0 (11,9;18,8)	43,7 (38,6;49,0)	41,2 (35,8;46,9)
Perto, mas de difícil acesso	13,1 (7,3;22,3)	49,9 (32,2;67,7)	37,0 (23,4;53,1)
Total	14,0 (11,2;17,4)	45,8 (40,3;51,4)	40,2 (35,5;45,0)

a) A variável possui 5 *missings*.

b) SUS: Sistema Único de Saúde.

c) IC_{95%}: intervalo de confiança de 95%.

d) Classificação da Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa – ABEP.

e) ESF: Estratégia Saúde da Família.

f) UBS: unidade básica de saúde.

Tabela 4 – Análises bruta e ajustada da prevalência da obtenção exclusivamente gratuita de medicamentos em relação às variáveis independentes entre adultos (n=829^a) residentes na zona rural de Pelotas, Rio Grande do Sul, 2016

Variáveis	Obtenção de medicamentos exclusivamente gratuita			
	Análise bruta		Análise ajustada	
	RP ^b IC _{95%} ^c	p-valor ^d	RP ^b (IC _{95%} ^e)	p-valor ^d
1º Nível				
Sexo		0,040		0,055
Masculino	1,00		1,00	
Feminino	0,67 (0,46;0,98)		0,68 (0,46;1,01)	
Idade (anos completos)		0,178		0,441
18-39	1,00		1,00	
40-59	0,83 (0,54;1,28)		0,84 (0,54;1,30)	
≥60	0,68 (0,45;1,05)		0,72 (0,43;1,20)	
Cor da pele autodeclarada		0,004		0,004
Branca	1,00		1,00	
Não branca	1,83 (1,24;2,71)		1,82 (1,24;2,66)	
Escolaridade (anos de estudo completos)		0,612		0,197
Sem instrução/fundamental incompleto	1,00		1,00	
Fundamental completo/médio incompleto	0,86 (0,41;1,81)		0,82 (0,39;1,74)	
Médio completo/superior incompleto	1,29 (0,70;2,39)		1,65 (0,91;2,97)	
Ensino superior completo ou mais	0,66 (0,23;1,88)		1,09 (0,33;3,64)	
Mora com companheiro(a)		0,405		0,777
Não	1,15 (0,81;1,64)		1,05 (0,73;1,52)	
Sim	1,00		1,00	
Classe econômica (ABEP^f)		0,010 ^e		0,004 ^e
A/B	1,00		1,00	
C	1,25 (0,71;2,19)		1,34 (0,76;2,37)	
D/E	2,11 (1,21;3,70)		2,48 (1,30;4,76)	
Situação atual de trabalho		0,176		0,192
Não trabalha	1,00		1,00	
Trabalha	1,26 (0,89;1,78)		1,30 (0,87;1,94)	

2º Nível		
Autopercepção de saúde	0,053	0,013
Muito boa/boa	1,00	1,00
Regular	0,59 (0,38;0,91)	0,53 (0,35;0,80)
Ruim/muito ruim	0,77 (0,38;1,56)	0,69 (0,33;1,44)
Número de doenças crônicas	0,153	0,254
Nenhuma	1,00	1,00
1 ou 2	0,94 (0,58;1,53)	0,99 (0,67;1,47)
3 ou mais	0,63 (0,37;1,10)	0,68 (0,39;1,20)
3º Nível		
Cadastrado na ESF^g	0,391	0,368
Não	1,00	1,00
Sim	1,21 (0,77;1,92)	1,21 (0,79;1,84)
Distância da casa à farmácia	0,318	0,312
Fácil acesso	1,00	1,00
Difícil acesso	0,84 (0,60;1,19)	0,83 (0,57;1,20)
Distância da casa à UBS^h mais próxima	0,777	0,952
Longe, mas de fácil acesso	1,00	1,00
Longe e de difícil acesso	1,16 (0,54;2,50)	1,08 (0,53;2,20)
Perto e de fácil acesso	1,41 (0,70;2,84)	1,14 (0,61;2,13)
Perto, mas de difícil acesso	1,22 (0,55;2,72)	0,96 (0,46;1,99)

a) A variável possui 5 *missings*.

b) RP: razão de prevalências.

c) IC_{95%}: intervalo de confiança de 95%.

d) Teste de Wald heterogeneidade.

e) Teste de Wald de tendência linear.

f) Classificação da Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa – ABEP.

g) ESF: Estratégia Saúde da Família.

h) UBS: unidade básica de saúde.