



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

Elba Marina Miotto Mujica

**Uma perspectiva interseccional sobre o acesso a medicamentos no Brasil:
Análise transversal a partir da Pesquisa Nacional de Saúde (2019)**

Florianópolis
2023

Elba Marina Miotto Mujica

**Uma perspectiva interseccional sobre o acesso a medicamentos no Brasil:
Análise transversal a partir da Pesquisa Nacional de Saúde (2019)**

Dissertação submetida ao Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Santa Catarina como requisito parcial para a obtenção do título de Mestra em Saúde Coletiva.

Orientador: João Luiz Bastos

Coorientadora: Alexandra Crispim Boing

Florianópolis

2023

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor,
através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária da UFSC.

Mujica, Elba Marina Miotto

Uma perspectiva interseccional sobre o acesso a medicamentos no Brasil : Análise transversal a partir da Pesquisa Nacional de Saúde (2019) / Elba Marina Miotto Mujica ; orientador, João Luiz Bastos, coorientadora, Alexandra Crispim Boing, 2023.

84 p.

Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva, Florianópolis, 2023.

Inclui referências.

1. Saúde Coletiva. 2. Acesso a medicamentos. 3. Sistema Único de Saúde. 4. Interseccionalidade. I. Bastos, João Luiz. II. Boing, Alexandra Crispim. III. Universidade Federal de Santa Catarina. Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. IV. Título.

Elba Marina Miotto Mujica

**Uma perspectiva interseccional sobre o acesso a medicamentos no Brasil:
Análise transversal a partir da Pesquisa Nacional de Saúde (2019)**

O presente trabalho em nível de Mestrado foi avaliado e aprovado, em 21 de dezembro de 2022, pela banca examinadora composta pelos seguintes membros:

Profa. Fabíola Bof de Andrade, Dra.
Instituto René Rachou, Fundação Oswaldo Cruz – Minas Gerais

Prof. Fernando Hellmann, Dr.
Universidade Federal de Santa Catarina

Certificamos que esta é a versão original e final do trabalho de conclusão que foi julgado adequado para obtenção do título de Mestra em Saúde Coletiva.

Coordenação do Programa de Pós-Graduação

Prof. João Luiz Dornelles Bastos, Dr.
Orientador

Florianópolis, 2023.

Dedico este trabalho aos meus pais, Leonice e Juan,
por sempre me incentivarem a estudar.

AGRADECIMENTOS

Gostaria de registrar aqui meus agradecimentos ao meu orientador João Luiz Bastos, por toda a orientação para a realização deste trabalho, desde a sua concepção até a sua finalização. Obrigada pela construção conjunta desta pesquisa, por me apresentar o referencial teórico da interseccionalidade, pelos reconhecimentos dados ao meu trabalho e por tornar a trajetória do mestrado leve e feliz. Agradeço à minha coorientadora Alexandra Boing, pelas inestimáveis contribuições e disponibilidade dedicada a este trabalho, desde a qualificação, montagem do banco de dados e análises até a elaboração do artigo.

Agradeço ao Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva (PPGSC), à todas as professoras e professores que fizeram parte desta minha formação no mestrado, ao professor Douglas Kovalski pelas contribuições na banca de qualificação, aos colegas do PPGSC pelas valiosas discussões nas aulas, em especial à Gabi e Aline pela parceria nas disciplinas de Bioestatística e Métodos Quantitativos, e à servidora Maria Júlia das Chagas, pelo sempre pronto apoio na secretaria do programa. Agradeço ao meu setor de trabalho, nas pessoas da Stephanie e Paula, pela flexibilidade com os horários para que eu pudesse realizar as atividades do mestrado, às minhas colegas Laurita e Lenyta, pela parceria diária e à Vanessa, pelos conselhos e conversas sobre o mestrado.

E por fim, mas não menos importante, agradeço à minha família, meus pais, João Lucca, Pedro, Reginaldo e Carlos. Obrigada pelo apoio, pelo cuidado, pelas viagens, pelos almoços de finais de semana no RU, pelas conversas de domingo à noite e por todos os bons momentos compartilhados que me fortaleceram nesta caminhada.

“Sonho que se sonha só, é só um sonho que se sonha só, mas sonho que se sonha
junto é realidade”

Raul Seixas (*in memoriam* Marco Aurélio Da Ros)

RESUMO

Objetivo: Estimar as prevalências de acesso geral e acesso público a medicamentos prescritos na população brasileira em 2019 e identificar iniquidades de acesso, conforme as posições dos indivíduos nas intersecções de gênero, cor/raça, nível socioeconômico e território. **Métodos:** Foram analisados dados coletados na Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) de 2019, inquérito de saúde de base domiciliar representativo da população brasileira, de respondentes de 15 anos ou mais de idade, que tiveram prescrição de algum medicamento em atendimento de saúde realizado nas duas semanas anteriores à entrevista (n = 19.819). A variável de desfecho foi o acesso a medicamentos, subdividido em acesso geral e acesso público. As variáveis independentes do estudo foram utilizadas para representar os eixos de marginalização: gênero, cor/raça, nível socioeconômico e território. Foram estimadas as prevalências de acesso geral e acesso público nos diferentes grupos analisados e para testar a associação dos desfechos com as variáveis de exposição foram estimados *odds ratio* (OR) por meio de modelos de regressão logística. **Resultados:** Foi encontrada alta prevalência de acesso geral (84,9%), quando consideradas todas as fontes de obtenção, favorecendo segmentos populacionais de maior privilégio, como homens, brancos e de alto nível socioeconômico. Quando considerada apenas a obtenção no SUS dos medicamentos prescritos no próprio sistema, a prevalência observada foi baixa (30,4%), com reversão do cenário em favor de segmentos populacionais de status sociais mais baixos, como mulheres, negras e de baixo nível socioeconômico. **Conclusões:** O acesso a medicamentos por meio do SUS é um importante instrumento de combate às iniquidades interseccionais, evidenciando que o SUS é uma política pública eficiente na promoção da justiça social.

Palavras-chave: Acesso a medicamentos; Sistema Único de Saúde; Interseccionalidade.

ABSTRACT

Objective: Estimates the prevalence of general and public access to prescription medicines in the Brazilian population in 2019 and identify access inequalities, according to the positions of individuals at the intersections of gender, color/race, socioeconomic status and territory.

Methods: Data collected in the 2019 National Health Survey, a home-based health survey representative of the Brazilian population, from respondents aged 15 years or older, who had a medicine prescription in a health care carried out in the two weeks prior to the interview (n = 19,819). The dependent variable was access to medicine, subdivided into general access and public access. The study's independent variables were used to represent the axes of marginalization: gender, color/race, socioeconomic status and territory. The prevalence of general access and public access in the different groups analyzed was estimated, and odds ratio (OR) estimates were used to test the association of dependent variable with exposure variables using logistic regression models. **Results:** A high prevalence of general access was found (84.9%), when all sources were considered, favoring more privileged population segments, such as men, whites and high socioeconomic status. When considering only obtaining medicines prescribed in the Unified National Health System, the observed prevalence was low (30.4%), with a reversal of the scenario in favor of population segments with lower social status, such as women, black and low socioeconomic status. **Conclusions:** Access to medicines through the Unified National Health System is an important tool for combating intersectional inequalities, showing that the Unified National Health System is an efficient public policy in promoting social justice.

Keywords: Access to medicines; Unified National Health System; Intersectionality.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Variáveis independentes do estudo.....	42
---	----

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Descrição da amostra de acordo com gênero, cor/raça, nível socioeconômico, território, grupo interseccional e acesso aos medicamentos prescritos. Pesquisa Nacional de Saúde, Brasil, 2019.....	64
Tabela 2 – Prevalências observadas de acesso geral (obtenção em qualquer fonte) e público (prescrição e obtenção no sistema público de saúde) de medicamentos prescritos de acordo com gênero, cor/raça, nível socioeconômico, território e grupo interseccional. Pesquisa Nacional de Saúde, Brasil, 2019.....	65
Tabela 3 – <i>Odds ratio</i> (OR) estimadas nos modelos de regressão logística para o acesso geral a medicamentos prescritos de acordo com as variáveis de exposição. Pesquisa Nacional de Saúde, Brasil, 2019.....	66
Tabela 4 – <i>Odds ratio</i> (OR) estimadas nos modelos de regressão logística para o acesso público a medicamentos prescritos no sus de acordo com as variáveis de exposição. Pesquisa Nacional de Saúde, Brasil, 2019.....	67
Tabela 1 (Material Suplementar) – Prevalências observadas de acesso geral (obtenção do medicamento prescrito em qualquer fonte) de acordo com grupo interseccional. Pesquisa Nacional de Saúde, Brasil, 2019.....	70
Tabela 2 (Material Suplementar) – Prevalências observadas de acesso público (prescrição e obtenção do medicamento no sistema público de saúde) de acordo com grupo interseccional. Pesquisa Nacional de Saúde, Brasil, 2019.....	70

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AF	Assistência Farmacêutica
CDSS	Comissão para os Determinantes Sociais da Saúde
CEME	Central de Medicamento
CNDSS	Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde
CNS	Conselho Nacional de Saúde
DCNT	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
DMC	Dispositivos Móveis de Coleta
ESF	Estratégia Saúde da Família
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleos de Apoio à Saúde da Família
ODS	Objetivo de Desenvolvimento Sustentável
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
PFP	Programa Farmácia Popular
PNAD	Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios
PNAF	Política Nacional de Assistência Farmacêutica
PNAUM	Pesquisa Nacional de Acesso, Utilização e Promoção do Uso Racional de Medicamentos
PNM	Política Nacional de Medicamentos
PNS	Pesquisa Nacional de Saúde
POF	Pesquisa de Orçamentos Familiares
PSF	Programa Saúde da Família
RENAME	Relação Nacional de Medicamentos Essenciais
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidades Básicas de Saúde
UF	Unidades da Federação
UFSC	Universidade Federal de Santa Catarina
UPA	Unidade Primária de Amostragem
URM	Uso Racional de Medicamento

APRESENTAÇÃO AOS LEITORES

Este trabalho está inserido na linha de pesquisa de Desigualdades Sociais em Saúde, na área de concentração de Epidemiologia do Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva (PPGSC) da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC).

A presente dissertação está estruturada em duas partes. A Parte I é constituída pela introdução, justificativas, revisão de literatura, objetivos, hipóteses, métodos e limitações do estudo. Os resultados e a discussão estão apresentados na Parte II, na forma de artigo científico, conforme dispõe o regimento interno do PPGSC da UFSC sobre os trabalhos de conclusão de curso. O artigo apresentado será submetido ao periódico Revista de Saúde Pública, e as normas para submissão neste periódico estão apresentadas no Anexo A.

SUMÁRIO

	PARTE I	15
1	INTRODUÇÃO	16
2	JUSTIFICATIVAS.....	19
3	REVISÃO DE LITERATURA.....	21
3.1	ACESSO A MEDICAMENTOS.....	21
3.2	ACESSO A MEDICAMENTOS NO BRASIL.....	23
3.3	INIQUIDADES NO ACESSO A MEDICAMENTOS NO BRASIL	28
3.4	DESIGUALDADES SOCIAIS E SAÚDE.....	29
3.5	INTERSECCIONALIDADE.....	32
3.6	INTERSECCIONALIDADE E SAÚDE.....	34
4	OBJETIVOS	37
4.1	OBJETIVO GERAL	37
4.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	37
5	HIPÓTESES.....	38
6	MÉTODOS.....	39
6.1	DELINEAMENTO DO ESTUDO	39
6.2	FONTE E COLETA DE DADOS, LOCAL E POPULAÇÃO DO ESTUDO.....	39
6.3	VARIÁVEIS E INSTRUMENTOS DE MEDIDA	41
6.3.1	Variável dependente	41
6.3.2	Variáveis independentes.....	42
6.4	ANÁLISE ESTATÍSTICA.....	44
6.5	ASPECTOS ÉTICOS	44
7	LIMITAÇÕES	45
	REFERÊNCIAS.....	46
	PARTE II.....	57
	Título do Artigo	58

Resumo.....	58
Introdução	59
Métodos.....	60
Resultados.....	62
Discussão.....	67
Material Suplementar	70
Referências	71
ANEXO A.....	75

PARTE I

1 INTRODUÇÃO

Os medicamentos são recursos terapêuticos essenciais à saúde. O acesso a tais recursos é um fator determinante do tratamento prescrito e sua ausência pode levar a descompensações clínicas e aumento dos gastos com a atenção secundária e terciária (PANIZ *et al.*, 2008). O acesso se concretiza com a utilização do medicamento e, portanto, pode ser conceituado como um fator mediador entre a capacidade de um sistema de saúde de oferecer o produto e o consumo real deste produto pela sua população (BRASIL, 2005a).

No cenário mundial, o caráter extremamente injusto do acesso a medicamentos continua a ser a característica mais evidente do setor farmacêutico mundial (OMS, 2004a; HUNT; KHOSLA, 2008). No Brasil, existem formas de organização e financiamento mistas para o acesso a medicamentos: fornecimento pela rede pública de saúde, através do Sistema Único de Saúde (SUS), e pelo setor privado, através dos planos de saúde ou por pagamento direto (OLIVEIRA; BERMUDEZ; OSÓRIO-DE-CASTRO, 2007). As políticas públicas de medicamentos no país, efetivadas principalmente a partir do período de redemocratização e com o surgimento do SUS, concretizaram o acesso gratuito a medicamentos essenciais como direito dos cidadãos brasileiros. A obtenção de medicamentos pelo sistema público de saúde torna-se a única alternativa para viabilizar esses recursos terapêuticos para uma grande parte da população, que frequentemente não possui condições de arcar com seus custos (BOING *et al.*, 2013).

Estudos realizados a partir dos anos 2000 no Brasil evidenciaram aumento na prevalência de acesso a medicamentos com o avanço das políticas farmacêuticas no país. No entanto, ainda são identificadas importantes iniquidades (ARRAIS *et al.*, 2005; PANIZ *et al.*, 2008; DRUMMOND; SIMÕES; ANDRADE, 2018), as quais são amplamente moduladas pela região do país em que se reside (BERTOLDI *et al.*, 2016; OLIVEIRA *et al.*, 2016; TAVARES *et al.*, 2016). A desigualdade na distribuição de renda que persiste no país se manifesta também na desigualdade do gasto das famílias brasileiras com medicamentos, sendo que, nas de menor renda, o gasto privado com medicamentos é o principal componente dos gastos em saúde (GARCIA *et al.*, 2013b). Embora alguns estudos tenham demonstrado o papel do SUS na promoção da equidade no acesso a medicamentos, com maiores chances de acesso gratuito nos grupos com piores condições socioeconômicas, importantes lacunas de

acesso entre indivíduos de diferentes posições sociais ainda persistem no cenário nacional, comprometendo o princípio do SUS da universalidade (DRUMMOND, 2020).

Fatores determinantes do ponto de vista cultural, social e político são capazes tanto de limitar o uso do sistema de saúde por parte de grupos populacionais marginalizados, quanto de, especificamente, dificultar o acesso a medicamentos (HUNT; KHOSLA, 2008). Para garantir que toda a população mundial tenha acesso às tecnologias farmacêuticas, discute-se a necessidade de se distanciar do termo “doenças negligenciadas”, que delimita o problema do acesso a medicamentos para um escopo estreito de doenças em países periféricos, e mover a terminologia para “populações negligenciadas” (BERMUDEZ, 2017). Tudo isso, tendo em vista que, mesmo em países centrais, existem populações que sofrem agravos equivalentes aos de determinados segmentos populacionais de países periféricos (BERMUDEZ, 2014).

Nos últimos anos, tem sido demonstrada a existência de iniquidades no acesso a medicamentos no Brasil em diferentes grupos populacionais. A pesquisa de Katrein *et al.* (2015), que analisou a prevalência de acesso a medicamentos para o tratamento de doenças crônicas em mulheres brasileiras, indicou situação de maior vulnerabilidade entre as que têm maior número de doenças e as que são mais pobres. Em uma abordagem sobre iniquidade racial na prevalência de problemas emocionais e uso de medicamentos psicotrópicos, revelou-se que a procura por serviços de saúde por causa emocional e o uso de psicotrópicos é superior nos brancos, embora a prevalência de transtorno mental comum seja mais elevada em pretos e pardos (FERNANDES; LIMA; BARROS, 2020).

No entanto, os estudos até então realizados buscaram avaliar populações específicas, limitando-se a análise de um único eixo de marginalização, desconsiderando a inter-relação entre múltiplos sistemas de opressão. Além disso, apesar do conhecimento de que o acesso insuficiente a medicamentos prescritos está diretamente relacionado à piora do estado de saúde dos indivíduos, ao aumento do número de retornos aos serviços de saúde e dos gastos adicionais com os tratamentos, estudos de base populacional sobre acesso a medicamentos ainda são escassos no Brasil e, em sua maior parte, restringem-se à medicamentos e populações específicas (ARRAIS *et al.*, 2005; PANIZ *et al.*, 2008; AZIZ *et al.*, 2011; BOING *et al.*, 2013; TAVARES *et al.*, 2016; DRUMMOND; SIMÕES; ANDRADE, 2018).

Em pesquisas sobre iniquidades em saúde, tem-se destacado a abordagem da interseccionalidade. Concebida no movimento feminista negro dos anos de 1980 nos Estados

Unidos, a interseccionalidade foi acionada para explicar como gênero e raça moldam as experiências dos indivíduos de acordo com suas posições dentro de estruturas de poder da sociedade, produzindo formas de opressão para uns e de privilégio para outros (CRENSHAW, 1989; ZINN; DILL, 1996; COLLINS, 2000). Ao considerar o entrelaçamento e a sobreposição de múltiplos eixos de marginalização e opressão, a perspectiva interseccional pode ser valiosa para identificar grupos multiplamente marginalizados do acesso aos medicamentos dos quais necessitam, contribuindo para a formulação de políticas e estratégias de enfrentamento mais efetivas e inclusivas.

Nesse sentido, o objetivo das políticas de equidade em saúde não é eliminar todas as diferenças em saúde para que todos os indivíduos tenham o mesmo nível e qualidade de saúde, mas sim reduzir ou eliminar aquelas diferenças que resultam de fatores que são considerados evitáveis e injustos. Além disso, não se pode assumir que um serviço universal garantido por lei seja equitativo na prática. As políticas de equidade devem ser baseadas em pesquisas apropriadas, monitoramento e avaliação, que incluam a identificação de grupos vulneráveis na sociedade (WHITEHEAD, 1991).

Ante o exposto, propõe-se responder às seguintes perguntas de pesquisa: apesar dos avanços alcançados nos últimos anos com as políticas de medicamentos no Brasil em efetivar o acesso público a medicamentos considerados essenciais para grande parte da população brasileira, ainda são identificadas iniquidades de acesso em 2019? Considerando a intersecção de múltiplos eixos de marginalização e opressão que operam em nossa sociedade, como gênero, cor ou raça, nível socioeconômico e território, são identificados grupos populacionais que possuem maior dificuldade em acessar os medicamentos dos quais necessitam do que outros?

2 JUSTIFICATIVAS

Ao analisar as iniquidades de acesso a medicamentos no Brasil a partir de uma abordagem interseccional, o presente estudo se propõe a identificar segmentos populacionais que são multiplamente marginalizados quando precisam obter medicamentos dos quais necessitam. Tendo em vista o conhecimento acumulado sobre o assunto, identifica-se a necessidade de fortalecer as políticas de medicamentos no âmbito do SUS, considerando que a distribuição gratuita de medicamentos reduz as desigualdades de acesso (DRUMMOND; SIMÕES; ANDRADE, 2018). Ao ampliar o conhecimento acerca das iniquidades que perpassam o acesso a esse recurso terapêutico, pretende-se contribuir com a formulação de políticas públicas mais eficazes, equânimes e inclusivas. Destaca-se, também, a importância social deste trabalho em tirar da invisibilidade grupos populacionais que se encontram no cruzamento de múltiplos eixos de marginalização e opressão, para que todas e todos possam usufruir da melhora da qualidade de vida que as políticas de medicamentos vêm trazendo à população brasileira desde o início dos anos 2000.

Além disso, os dados analisados neste estudo são provenientes de uma amostra nacional e foram coletados em 2019, no contexto brasileiro de crise econômica e de adoção de medidas de austeridade fiscal, consolidadas pela aprovação da Emenda Constitucional nº 95, que representa uma ameaça ao direito à saúde no Brasil e que tem como uma de suas principais implicações o agravamento das desigualdades sociais (VIEIRA; BENEVIDES, 2016). Nesse sentido, faz-se urgente a necessidade de estudos que avaliem o comportamento de indicadores de saúde nessa conjuntura, que já vêm apontando para retrocessos, como o aumento da mortalidade infantil depois de décadas de declínio (COLLUCCI, 2018).

As motivações da autora para o estudo partem de suas experiências da prática profissional no SUS, que teve início no estágio curricular na Farmácia Escola da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), dispensando medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica, passando pela atuação na atenção básica do município de Florianópolis, durante o Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família UFSC/Prefeitura Municipal de Florianópolis, no pequeno município de Salto Veloso, e atualmente no acompanhamento da judicialização do acesso a medicamentos no Estado de Santa Catarina. As vivências nas diferentes realidades evidenciaram à autora as desigualdades que perpassam o acesso à saúde no Brasil e a importância do dismantelamento dos sistemas

de opressão para a garantia do direito à saúde, bem como mostraram os desafios ainda presentes na efetivação do acesso público, gratuito e de qualidade a medicamentos, além de revelar a importância das políticas farmacêuticas na garantia desse direito.

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 ACESSO A MEDICAMENTOS

O conceito de acesso é complexo, contexto-dependente e dinâmico. Apesar de haver variações e controvérsias, predomina na literatura científica a visão de que o acesso está relacionado a características da oferta dos serviços (TRAVASSOS; MARTINS, 2004). Penchansky e Thomas (1981 apud TRAVASSOS; MARTINS, 2004) centralizam o conceito de acesso no grau de ajuste entre usuários e o sistema de saúde, ampliando o conceito para incluir outros atributos que são tomados com base na relação entre a oferta e os indivíduos. Na definição desses autores, identificam-se cinco dimensões que compõem o acesso:

- Disponibilidade: definida pela relação entre volume e tipo de serviços disponíveis e volume e tipo de necessidades dos usuários;
- Acessibilidade: expressa a relação entre a distribuição geográfica dos serviços de saúde e a localização do usuário;
- Acolhimento: representa a relação entre a forma como os serviços estão organizados para acolher os usuários e a capacidade dos usuários para se adaptar a essa organização;
- Capacidade de pagamento: refere-se à relação entre as formas de financiamento dos serviços e a capacidade do usuário de pagar por esses serviços; e
- Aceitabilidade: caracterizada pelas atitudes das pessoas e dos profissionais de saúde em relação às características e práticas de cada um.

Em 2004, a Organização Mundial da Saúde (OMS) propôs um modelo teórico de acesso a medicamentos que inclui quatro fatores principais que influenciam a garantia de que medicamentos essenciais estejam acessíveis às pessoas quando e onde forem necessários: seleção de medicamentos de forma racional, que deve ser baseada em listas de medicamentos essenciais, protocolos e diretrizes de tratamentos; preços acessíveis, que devem corresponder à capacidade de pagamento de governos, prestadores de serviços de saúde e consumidores; financiamento justo e sustentável, que inclua formas de pagamento equitativas, garantindo que os mais pobres não arquem com custos proporcionalmente mais altos do que os mais ricos; e sistemas de saúde e de suprimentos confiáveis, que inclua uma combinação eficiente e

apropriada de prestadores de serviços públicos e privados, de acordo com as necessidades locais (OMS, 2004b).

No mesmo ano, Luiza e Bermudez (2004) propõem uma adaptação do modelo teórico de Penchansky e Thomas para avaliar o acesso a medicamentos. Para esses autores, a interação das quatro dimensões, disponibilidade física, capacidade aquisitiva, acessibilidade geográfica e aceitabilidade, resulta no acesso a medicamentos. Esse modelo demarca a posição de determinantes, como abastecimento e demanda de medicamentos, capacidade de pagamento dos usuários e preços dos produtos, localização dos serviços e dos usuários, expectativas dos usuários e características dos produtos e serviços, e a necessidade de intervenções para a garantia do acesso a medicamentos.

Em vista disso, a definição mais utilizada para compreender o acesso a medicamentos é a de que esse pode ser entendido como a relação entre a necessidade de medicamentos e a oferta dos mesmos, na qual essa necessidade é satisfeita, no momento e lugar requeridos pelo usuário, com a garantia de qualidade e informação suficiente para o uso adequado (BERMUDEZ *et al.*, 1999 apud OLIVEIRA *et al.*, 2002).

No último século, os medicamentos tornaram-se bens sociais de grande relevância para a humanidade, sendo essenciais à saúde como ferramenta terapêutica e responsáveis por parte significativa da melhoria da qualidade de vida e aumento da expectativa de vida da população (ARRAIS *et al.*, 2005). O acesso a medicamentos é considerado um direito humano e está incorporado às metas dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio e da Agenda 2030 para o desenvolvimento sustentável, estabelecida pela Organização das Nações Unidas (ONU) (ONU, 2000; HUNT; KHOSLA, 2008; ONU, 2015). O Objetivo de Desenvolvimento Sustentável (ODS) nº 3 “Saúde e bem-estar” prevê a meta nº 3.8 de “atingir a cobertura universal de saúde, incluindo a proteção do risco financeiro, o acesso a serviços de saúde essenciais de qualidade e o acesso a medicamentos e vacinas essenciais, seguros, eficazes, de qualidade e a preços acessíveis para todos”.

De acordo com a OMS, em 2004, cerca de 2 bilhões de pessoas no mundo não possuíam acesso regular a medicamentos considerados essenciais. Em alguns países periféricos dos continentes africano e asiático, mais da metade da população não possuía acesso a medicamentos essenciais. Além disso, em países mais pobres, a média anual *per capita* de gastos com medicamentos é de US\$4, enquanto que em países ricos é cerca de

US\$400, ou seja, um valor 100 vezes maior. Estima-se que 15% da população mundial consome mais do que 90% da produção farmacêutica (OMS, 2004a).

Apesar dos avanços alcançados nas últimas décadas com ações e estratégias propostas pela OMS (OMS, 2009), a disponibilidade média de medicamentos essenciais em unidades públicas de saúde é de apenas 60% em países de baixa renda e 56% em países de média renda. Em nove países de baixa renda pesquisados em 2016, a disponibilidade média de 17 medicamentos considerados essenciais para o tratamento de Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) foi de 35%. E, mesmo quando disponíveis, os medicamentos podem não ser acessíveis aos usuários. Em alguns países de baixa e média renda, onde os pacientes têm que pagar para obter medicamentos no setor público, os preços de alguns medicamentos genéricos são, em média, 2,9 vezes mais altos do que os preços de referência internacionais e 4,6 vezes maiores do que em estabelecimentos privados (OMS, 2016).

Dados publicados mais recentemente pela OMS, que resultaram de uma pesquisa realizada entre 2008 e 2019 com uma amostra de 25 países, apontaram que, em 28% dos países pesquisados, nenhuma unidade de saúde no âmbito da atenção primária fornecia medicamentos essenciais que estavam disponíveis e financeiramente acessíveis (OMS, 2021).

As formas de promover o acesso a medicamentos para a população são diferentes entre os países, pois estão relacionadas ao sistema de saúde adotado e à política de medicamentos vigente. Nos anos 2000, quase 100 Estados não possuíam uma política nacional de medicamentos (HOGERZEIL, 2006 apud HUNT; KHOSLA, 2008). Ao analisar os sistemas universais de saúde em países como o Reino Unido, a Austrália e o Brasil, observa-se que um importante desafio enfrentado na promoção do acesso a medicamentos é a dificuldade de conciliar justiça social no acesso com sustentabilidade econômica. Em sistemas de saúde como o do Reino Unido e o da Austrália, com financiamento e investimentos públicos maciços, a questão da incorporação de novas tecnologias com viabilidade econômica, como medicamentos de alto custo, está no centro das atenções. O Brasil, apesar de compartilhar da mesma problemática desses países, ainda enfrenta o desafio de garantir o acesso a medicamentos já padronizados no SUS para toda a sua população, diante do subfinanciamento das políticas de saúde (OLIVEIRA; NASCIMENTO; LIMA, 2019).

3.2 ACESSO A MEDICAMENTOS NO BRASIL

A promoção do acesso a medicamentos e a qualificação da área farmacêutica no Brasil remontam a um período pré-SUS. Em 1971, durante a ditadura militar, foi criada a Central de Medicamentos (CEME), com o objetivo de promover o acesso a medicamentos para populações mais pobres e regular a produção e distribuição de medicamentos dos laboratórios farmacêuticos estatais. Uma das principais ações da CEME no final da década de 1980 era a distribuição aos municípios brasileiros de uma cesta de Farmácia Básica, composta por medicamentos para o tratamento de doenças mais comuns. Em sua implantação, cerca de 73% dos municípios recebiam essa Farmácia Básica. Na década seguinte, a execução do programa foi irregular e evidenciou-se alguns dos problemas decorrentes da concepção centralizada da CEME. O conjunto de medicamentos adotados não obedecia ao perfil epidemiológico regional, ocasionando desperdício e insuficiência de alguns medicamentos (BRASIL, 2002).

A questão dos medicamentos e da Assistência Farmacêutica (AF) foram incluídas no projeto da Reforma Sanitária Brasileira, expresso no Relatório Final da 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986. A construção de um projeto político específico para a área fica evidente no I Encontro Nacional de Assistência Farmacêutica e Política de Medicamentos (ENAFPM), realizado em 1988 e que se configurou como um importante marco para a reorientação da AF no país. O encontro apresentou um diagnóstico da situação do setor farmacêutico brasileiro à época, que serviu como base para as futuras discussões que embasaram a proposta de uma Política Nacional de Medicamentos (KORNIS; BRAGA; ZAIRE, 2008; ALENCAR, 2016).

A Constituição Federal de 1988 estabelece a conquista histórica do direito à saúde no Brasil, garantindo a consequente criação do SUS em 1990. O SUS passa a conformar o modelo público de ações e serviços de saúde no Brasil, orientado por um conjunto de princípios e diretrizes, partindo de uma concepção ampla do direito à saúde e do papel do Estado na garantia desse direito. A saúde torna-se um dos setores que estruturam a seguridade social, juntamente com a previdência e a assistência social (BRASIL, 1988).

A implantação do SUS se inicia após a promulgação da Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990) e da Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, que define a participação social na gestão do sistema de saúde (BRASIL, 1990a; 1990b). Esses marcos legais estabelecem os princípios do SUS, a universalidade, a equidade e a integralidade, e as suas diretrizes, que definem a forma, as estratégias e os meios de

organização do sistema para a sua concretização (MATTA, 2007). Desde a sua concepção e criação, o SUS representa um grande desafio para o povo brasileiro. O Brasil é o único país no mundo com mais de 200 milhões de habitantes que prevê um sistema de saúde público, universal e integral para toda a sua população (BRASIL, 2018).

Após anos de vigência no Brasil do modelo de atenção à saúde hospitalocêntrico e da medicina previdenciária, o processo de implantação do SUS caminhou para a adoção de uma série de medidas governamentais centradas na atenção básica à saúde. A criação do Programa Saúde da Família (PSF), em 1994, foi um marco na reorientação do modelo assistencial com a incorporação da atenção primária na política de saúde brasileira (SCOREL *et al.*, 2007). O PSF operou mudanças não somente no modelo assistencial, mas também provocou alterações importantes na alocação de recursos, nas formas de remuneração das ações de saúde, na organização dos serviços, nas práticas assistenciais em nível local e, conseqüentemente, no processo de descentralização (VIANA; DAL POZ, 1998).

Baseado nos princípios constitucionais do SUS, como a garantia da atenção integral à saúde e o acesso universal, a Lei nº 8.080/90 estabeleceu a formulação de uma política de medicamentos como parte essencial da Política Nacional de Saúde (BRASIL, 1998). Em 1998, por meio da Portaria nº 3.916, de 30 de outubro, o Ministério da Saúde (MS) aprova a Política Nacional de Medicamentos (PNM), com o propósito de garantir a segurança, eficácia e qualidade dos medicamentos, a promoção do seu uso racional e o acesso da população àqueles considerados essenciais. A PNM passou a constituir um dos elementos fundamentais para a efetiva implementação de ações capazes de promover a melhoria das condições da assistência à saúde da população no Brasil (BRASIL, 1998).

Além disso, a PNM estabeleceu as responsabilidades das três esferas de governo no âmbito do SUS para a garantia do acesso da população a medicamentos. Para isso, os gestores deveriam concentrar esforços para promover um conjunto de ações baseando-se nas oito diretrizes propostas: adoção de uma Relação de Medicamentos Essenciais; regulamentação sanitária de medicamentos; reorientação da AF; promoção do Uso Racional de Medicamentos (URM); desenvolvimento científico e tecnológico; promoção da produção de medicamentos; garantia da segurança, eficácia e qualidade dos medicamentos; e desenvolvimento e capacitação de recursos humanos (BRASIL, 1998).

Para garantir a efetivação das ações estratégicas da política de medicamentos dentro do sistema de saúde, foi necessário avançar, visando a construção da AF enquanto política

pública de saúde. Como resultado de um amplo e democrático processo de participação social, que partiu de estados e municípios, envolvendo diversos atores, como usuários, prestadores de serviços, profissionais e gestores do SUS durante a 1ª Conferência Nacional de Medicamentos e Assistência Farmacêutica, realizada em 2003, o Conselho Nacional de Saúde aprovou a Resolução nº 338, de 6 de maio de 2004, que cria a Política Nacional de Assistência Farmacêutica (PNAF) (BRASIL, 2004; 2005b). A PNAF demarca que a AF deve ser compreendida como um conjunto de ações voltadas à promoção, proteção e recuperação da saúde, tanto individual quanto coletiva, tendo o medicamento como insumo essencial, visando seu acesso e uso racional (BRASIL, 2004).

Nesse contexto de fortalecimento das políticas farmacêuticas no Brasil a partir da década de 1990, também se destacam outras estratégias e programas que concretizaram o acesso gratuito a medicamentos essenciais como direito dos cidadãos brasileiros. Como exemplo, a adoção da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME), uma lista de referência que deve nortear a oferta, a prescrição e a dispensação de medicamentos no SUS (VIEIRA, 2010; VASCONCELOS *et al.*, 2017). E também, o fortalecimento do modelo de atenção primária à saúde, com a expansão do PSF, que passa a ser Estratégia Saúde da Família (ESF), e a conseqüente criação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF). O NASF introduziu as ações relativas à organização das atividades da AF, o que permitiu também a integração do profissional farmacêutico com os demais profissionais da saúde no âmbito da atenção básica (BERMUDEZ *et al.*, 2018).

Destaca-se também a Política de Medicamentos Genéricos (PMG), implantada após anos de debate decorrente das dificuldades de acesso aos medicamentos pela população, que culminaram na criação de uma Comissão Parlamentar de Inquérito (CPI) no Congresso Nacional, em 1999, com foco na indústria farmacêutica e no embate do governo para a redução de preços no setor. No mesmo ano, foi publicada a Lei nº 9.787, que instituiu a PMG, com o objetivo de reduzir os preços dos medicamentos e facilitar o acesso de toda população (DIAS; ROMANO-LIEBER, 2006). E o Programa Farmácia Popular (PFP), que estabelece parcerias com farmácias privadas para o fornecimento de medicamentos para doenças de grande prevalência no país, de forma gratuita ou através de copagamentos. No entanto, apesar do PFP exercer papel importante na ampliação do acesso a medicamentos essenciais, são identificadas discussões acerca de sua inconstitucionalidade ao fornecer medicamentos na modalidade de copagamento, tendo em vista o princípio da universalidade, e quanto ao seu

custo quando comparado a compras públicas (SILVA; CAETANO, 2016; ALENCAR *et al.*, 2018).

Embora a evolução dos marcos regulatórios da AF no Brasil seja evidente, os desafios para sua estruturação ainda estão presentes, principalmente quanto à insuficiência de recursos financeiros. Ainda que se tenha registrado ampliação do financiamento para aquisição de medicamentos no SUS e para estruturação dos serviços farmacêuticos públicos entre os anos de 2005 a 2009 (VIEIRA; ZUCCHI, 2013), estudos mais recentes apontam para graves deficiências na gestão dos recursos financeiros, com esgotamento do modelo vigente de financiamento da AF (FALEIROS *et al.*, 2017).

Estudos conduzidos no Brasil, com diferentes populações, evidenciaram o aumento da prevalência de acesso a medicamentos, quando considerados em conjunto o setor público e o privado, com o avanço das políticas públicas de medicamentos no país. Em 2002, a prevalência de consumo de medicamentos na população de uma capital do Nordeste do Brasil era de 49,7% (ARRAIS *et al.*, 2005). Já em 2005, a prevalência de acesso a medicamentos de uso contínuo encontrada por Paniz *et al.* (2008), em residentes de áreas de abrangência das Unidades Básicas de Saúde (UBS) de municípios do Sul e Nordeste do Brasil, foi de 81% entre os adultos e 87% entre os idosos. Dados da Pesquisa Nacional de Saúde de 2013 mostraram prevalência de 83% de acesso total a medicamentos prescritos entre a população adulta brasileira (DRUMMOND; SIMÕES; ANDRADE, 2018).

Além disso, mais recentemente, estudos conduzidos com dados da Pesquisa Nacional de Acesso, Utilização e Promoção do Uso Racional de Medicamentos (PNAUM), inquérito transversal de base populacional planejado especificamente para investigar o uso de medicamentos em amostra representativa da população brasileira, também demonstraram elevadas prevalências de acesso a medicamentos, principalmente para o tratamento das DCNT. Entre 2013 e 2014, 50,7% da amostra da população brasileira entrevistada pela PNAUM referiu o uso de pelo menos um medicamento para doença crônica, para uso eventual ou uso de medicamento contraceptivo, enquanto que 24,3% referiu o uso de pelo menos um medicamento para o tratamento das doenças crônicas (BERTOLDI *et al.*, 2016). Oliveira *et al.* (2016) evidenciaram que 94,3% da população brasileira teve acesso total aos medicamentos prescritos para o tratamento das DCNT (hipertensão ou pressão alta, doenças cardiovasculares, doença pulmonar obstrutiva crônica, diabetes, artrite e depressão) avaliadas pela PNAUM. Aproximadamente metade (47,5%) dos adultos e idosos que tiveram acesso

total ao tratamento das DCNT no Brasil obtiveram todos os medicamentos que necessitavam de forma gratuita (TAVARES *et al.*, 2016).

3.3 INIQUIDADES NO ACESSO A MEDICAMENTOS NO BRASIL

Apesar dos avanços alcançados na efetivação das políticas públicas relacionadas aos medicamentos no Brasil, os estudos revelam que existem importantes iniquidades no acesso a medicamentos no país (ARRAIS *et al.*, 2005; PANIZ *et al.*, 2008; DRUMMOND; SIMÕES; ANDRADE, 2018). A prevalência de acesso a todos os medicamentos prescritos para o tratamento das DCNT, apesar de alta, apresenta diferenças importantes por faixa etária, região do país, número de DCNT e de medicamentos prescritos e autoavaliação da saúde (OLIVEIRA *et al.*, 2016). Além disso, apesar de o acesso gratuito a esses medicamentos ocorrer para uma grande parte da população brasileira, são identificadas importantes diferenças regionais de acesso (TAVARES *et al.*, 2016). As regiões do Brasil consideradas mais pobres (Norte, Nordeste e Centro-Oeste) apresentam menores prevalências de uso de medicamentos para doenças crônicas (BERTOLDI *et al.*, 2016).

Não menos importante, a disponibilização de medicamentos de forma contínua e em quantidade adequada às necessidades de saúde da população ainda é um desafio a ser superado (BOING *et al.*, 2013). Em um estudo recente, apontou-se que existem diferenças regionais nas farmácias públicas do Brasil. A obtenção de todos os medicamentos de que os indivíduos precisam nas farmácias do SUS é desigual entre as regiões do país, sendo maior a obtenção nas regiões mais ricas. O menor percentual dessa obtenção é encontrado na região Norte, da mesma forma que a falta de medicamentos e a frequência de desabastecimento é mais frequente nas regiões menos favorecidas (COSTA *et al.*, 2020). Outro estudo brasileiro, que utilizou dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) realizada em 2008, identificou que apenas 45,3% da população que teve medicamentos prescritos no SUS, os obteve no próprio sistema público (BOING *et al.*, 2013).

Considerando a existência de um sistema de saúde público no Brasil, gratuito e com cobertura universal, o gasto privado com a aquisição de medicamentos no país é expressivo (BERTOLDI *et al.*, 2011). Boing, Bertoldi e Peres (2011) mostraram que existe importante desigualdade socioeconômica no gasto com medicamentos e no comprometimento de renda

na compra de medicamentos no Brasil. Quanto mais rico o indivíduo, maior o gasto com medicamentos, porém quanto mais pobre, maior o comprometimento de renda com esse gasto.

O estudo de Boing *et al.* (2013), que avaliou o acesso a medicamentos no SUS que tiveram prescrição no próprio sistema público, indicou maior prevalência de acesso entre as pessoas de cor de pele preta, com menor escolaridade e de menor renda. Isso indica que essas pessoas têm maior dificuldade de obtenção dos insumos que necessitam fora do sistema público e possuem maior dependência nesse que se torna a principal alternativa para viabilizar o tratamento medicamentoso. Além disso, Tavares *et al.* (2016) evidenciaram que o acesso gratuito aos medicamentos para tratamento de doenças crônicas ocorre principalmente para os mais pobres. Esse e outros achados reforçam a afirmativa de que o SUS promove a equidade no acesso a medicamentos, contribuindo com a diminuição das desigualdades entre grupos socioeconômicos e demográficos (BOING *et al.*, 2013; TAVARES *et al.*, 2016; COSTA *et al.*, 2020).

3.4 DESIGUALDADES SOCIAIS E SAÚDE

As transformações decorrentes da atual fase da expansão capitalista, caracterizada pela globalização da economia, pelo avanço tecnológico e pelo desgaste do modelo neoliberal, resultado da priorização do crescimento econômico em detrimento do desenvolvimento social, tem como uma de suas consequências o avanço das injustiças sociais (VILLAR, 2007; GARBOIS; SODRÉ; DALBELLO-ARAUJO, 2014).

No contexto brasileiro, os últimos anos têm sido marcados pelo recrudescimento da pobreza, evidenciando ainda mais as diferenças de renda, gênero, raça/etnia e as diferenças regionais. Em um país com mais de 200 milhões de pessoas, os 5% mais ricos possuem a mesma renda que os demais 95%. Apenas seis brasileiros possuem uma riqueza equivalente ao patrimônio de 100 milhões de pessoas, que estão entre as mais pobres (OXFAM BRASIL, 2017). Entre 2016 e 2017, a metade mais pobre da população teve uma retração de 1,6% de seus rendimentos, enquanto os 10% mais ricos tiveram crescimento de 2% (OXFAM BRASIL, 2018). Dados de 2015, apontam que uma mulher trabalhadora que ganha um salário mínimo mensal levará 19 anos para receber o equivalente ao que um homem rico recebe em um único mês (OXFAM BRASIL, 2017).

A desigualdade racial também fica evidente ao se analisar a desigualdade de renda. Entre 2012 e 2019, o rendimento domiciliar per capita médio da população preta ou parda, permaneceu cerca de metade do observado para a população branca, sendo, em 2019, de R\$981,00 para a primeira e de R\$1.948,00 para a segunda. Nesse mesmo ano, embora a distribuição geral da população brasileira por cor ou raça tenha sido de 42,7% para a população branca e 56,3% para a preta e parda, o grupo dos 10% com menores rendimentos era composto em sua maioria (77,0%) por pretos e pardos, enquanto entre os 10% com maiores rendimentos, a população branca era dominante (70,6%) (IBGE, 2020). Quanto às desigualdades regionais em termos de renda, metade da população do Norte e do Nordeste vive com até 1/2 salário mínimo, enquanto nas demais regiões esse percentual varia entre 15,6% e 21,5% (IBGE, 2018).

Na área da saúde, é crescente a discussão que aborda os problemas de saúde com foco nas iniquidades. Nesse contexto, o principal objetivo dos estudos acerca das iniquidades em saúde tem sido identificar grupos mais vulneráveis, ou menos favorecidos, aos problemas de saúde. As desigualdades de sexo/gênero, raça/etnia/cor da pele, nível econômico, escolaridade, área de residência e região geográfica, estão entre as mais frequentemente estudadas (SILVA *et al.*, 2018).

As desigualdades sociais em saúde vêm sendo documentadas há muito tempo, principalmente a partir do século XIX. O termo “desigualdades sociais em saúde” refere-se às diferenças que estão associadas a características sociais que sistematicamente colocam alguns grupos populacionais em desvantagem com relação à sua condição de saúde (BARATA, 2009). Nesse contexto, o conceito de iniquidade em saúde trata das diferenças que são desnecessárias e evitáveis, e que também são consideradas injustas (WHITEHEAD, 1991). A equidade em saúde implica que idealmente todos os indivíduos deveriam ter uma oportunidade justa de atingir seu potencial de saúde plena e que ninguém deveria estar em desvantagem de atingir esse potencial, se essa desvantagem puder ser evitada (OMS, 1986 apud WHITEHEAD, 1991). Alguns autores mencionam as iniquidades em saúde com relação ao nível e qualidade da saúde de diferentes grupos da população, enquanto outros falam sobre as iniquidades em termos de provisão e distribuição dos serviços de saúde (WHITEHEAD, 1991).

Para promover um movimento global no enfrentamento das desigualdades, a OMS criou em 2005 a Comissão para os Determinantes Sociais da Saúde (CDSS), retomando a

discussão acerca das desigualdades sociais em saúde no cenário mundial, com enfoque para os determinantes sociais (OMS, 2010). Como consequência, em 2006, através de um Decreto Presidencial, foi criada no Brasil a Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS), reforçando a necessidade de se intervir nos determinantes sociais para o alcance da equidade em saúde no âmbito das políticas públicas brasileiras (BRASIL, 2006). A CDSS define os determinantes sociais da saúde como as condições sociais em que as pessoas crescem, vivem, trabalham e envelhecem, bem como os sistemas implementados para lidar com a doença. Essas condições seriam moldadas por forças de ordem política, social e econômica (OMS, 2010). Krieger (2001) adota uma definição dos determinantes que introduz um elemento de intervenção, definindo-os como os fatores e mecanismos através dos quais as condições sociais afetam a saúde e que potencialmente podem ser alterados através de ações baseadas em informação ou evidências.

Tanto o conceito adotado pela CDSS, quanto o Relatório Final produzido pela CNDSS, se basearam no modelo conceitual sobre os determinantes sociais da saúde proposto por Dahlgren e Whitehead (1991). Nesse modelo, os determinantes sociais da saúde estão dispostos em diferentes camadas. Os indivíduos estão na base do modelo, e suas características individuais como idade, sexo e fatores hereditários representam uma camada mais proximal, que passa para o nível dos comportamentos e estilos de vida individuais. A camada seguinte é representada pelas redes comunitárias e de apoio e, logo após, estão os fatores relacionados às condições de vida e de trabalho dos indivíduos, como educação, habitação, produção de alimentos, desemprego, água e esgoto. A camada mais distal expressa os macrodeterminantes relacionados às condições socioeconômicas, culturais e ambientais que exercem influência sobre os demais níveis (CNDSS, 2008).

No entanto, apesar da facilidade de visualização gráfica dos determinantes com a sua disposição em camadas, esse modelo não pretende explicar as relações entre os diversos níveis e a gênese das iniquidades (BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007). Além disso, identifica-se na abordagem dos determinantes sociais da saúde um ‘social’ fragmentado, insuficiente para analisar as mudanças sociais da contemporaneidade, restaurando o debate na área da saúde coletiva e da medicina social latino-americana sobre a diferenciação de determinantes sociais da saúde e a determinação social do processo saúde-doença (GARBOIS; SODRÉ; DALBELLO-ARAUJO, 2017).

3.5 INTERSECCIONALIDADE

A preocupação com o entrelaçamento de distintas formas de injustiças sociais nasce da contribuição de mulheres afro-americanas, ao descreverem suas experiências no mundo a partir de suas posições sociais, com relação a gênero, raça e classe. Essas contribuições estruturaram movimentos ativistas e acadêmicos em torno do pensamento feminista negro nos Estados Unidos, como parte das mobilizações sociais dos anos 1960 e 1970. As pensadoras do movimento feminista negro destacam que, por muitos anos, os pensamentos e ideias das mulheres negras, grupo historicamente oprimido, foram suprimidos e silenciados tanto pelo feminismo, majoritariamente branco, quanto pelo movimento antirracista, focado nos homens negros. Como forma de oposição e de sobrevivência às injustiças sociais e econômicas, o pensamento feminista negro reflete o esforço das mulheres negras para lidar com experiências vividas em meio a opressões interseccionais de gênero, raça, classe e outras categorias de diferença (COLLINS, 2000).

O termo “interseccionalidade” foi proposto pela jurista norte-americana Kimberlé Crenshaw (1989), ao analisar casos judiciais das cortes norte-americanas, em que sugeriu que as mulheres negras sofreriam discriminação de várias formas. A autora aborda como os tribunais enquadram e interpretam as histórias das mulheres negras para descrever o conceito de interseccionalidade, examinando como essas sofreriam uma dupla discriminação, em que os efeitos das práticas que discriminam com base na raça e com base no sexo se combinam. No entanto, esse tipo de discriminação não seria apenas um somatório da discriminação de raça e de sexo, mas uma sobreposição delas, criando múltiplos níveis de injustiça social.

Mais adiante, alguns pressupostos importantes da interseccionalidade são discutidos, enfatizando-se como múltiplos status sociais como raça, classe e gênero, por exemplo, constituem um sistema de desigualdades entrelaçadas e interligadas, que também se pode chamar de “matriz de dominação” (COLLINS, 2000). As diferenças de raça, classe e gênero são importantes não como características individuais, que são mensuradas e avaliadas por sua contribuição em separado na explicação de problemas sociais, mas são fundamentais na medida em que são princípios organizadores da sociedade que posicionam grupos dentro de estruturas de poder e privilégio (ZINN; DILL 1996).

As pessoas vivenciam raça, classe e gênero de maneiras diferentes, dependendo de sua localização social nessas estruturas, em que os diferentes sistemas de dominação e

opressão, como racismo, classismo e sexismo, interagem e simultaneamente moldam as experiências e identidades de grupos e indivíduos em diferentes domínios da vida social. A intersecção das diferentes formas de subordinação produz tanto opressão quanto oportunidade, pois a construção de grupos sociais situados em diferentes posições sociais ocorre devido aos diferentes graus de poder, que marginaliza determinados grupos para privilegiar aqueles que estão no topo das hierarquias sociais (ZINN; DILL, 1996).

A interseccionalidade é uma conceituação do problema que busca capturar as consequências estruturais e dinâmicas da interação entre dois ou mais eixos de subordinação. Por vezes, violações de direitos humanos podem ficar obscurecidas quando não se consideram as vulnerabilidades interseccionais de grupos populacionais (CRENSHAW, 2002). Crenshaw (2002) usa uma metáfora para explicar como as várias formas de vulnerabilidades podem se entrecruzar. Os diferentes eixos de poder, como raça, etnia, gênero e classe, seriam as avenidas de uma cidade. Elas frequentemente se sobrepõem e se cruzam, criando intersecções, e através delas, as dinâmicas do desempoderamento se movem, como os fluxos do tráfego. As mulheres negras, por exemplo, estariam posicionadas nos cruzamentos dessas avenidas e, por isso, estariam sujeitas a serem atingidas pelo intenso fluxo do tráfego vindo de todas as vias. Lidar com o tráfego, especialmente quando o fluxo vem simultaneamente de várias direções, se torna uma tarefa mais árdua.

A interseccionalidade pode ser uma abordagem para conduzir pesquisas que enfatizam a interação de categorias de diferença, incluindo raça, gênero, classe e orientação sexual, mas não se limitando a apenas essas. A abordagem interseccional permite um enfoque abrangente e multidimensional das injustiças sociais, e considera que as interações dessas categorias são estruturas organizadoras da sociedade, que influenciam a igualdade e o potencial para se atingir qualquer forma de justiça. Ela pode ser aplicável tanto ao nível estrutural de análise quanto aos fenômenos de nível individual, englobando diferentes abordagens metodológicas e ferramentas teóricas variadas (HANCOCK, 2007).

Identificam-se três princípios orientadores da pesquisa interseccional a serem seguidos: a construção de análises complexas, a especificação da posição social dos indivíduos, grupos e pesquisadores e evitar a invisibilidade de determinados grupos. A interseccionalidade reúne compreensões provenientes das experiências vividas por diversos grupos sociais, que estão em constante mudança, e a diversidade interna aumenta a consciência e a sensibilidade aos pontos comuns e às diferenças. Nesse sentido, enfatiza-se a

importância de estudos comparativos, mantendo-se uma tensão criativa entre diversidade e universalização (ZINN; DILL, 1996).

3.6 INTERSECCIONALIDADE E SAÚDE

As pesquisas historicamente se concentraram em estudar as consequências para a saúde de uma única dimensão de iniquidade. Embora a interseccionalidade inicialmente tenha sido considerada uma ferramenta teórica e metodológica para estudos de identidade e marginalização, aplicada predominantemente em pesquisas qualitativas, mais recentemente, e principalmente a partir de 2010, ela emergiu em pesquisas quantitativas de diversas áreas, incluindo a psicologia, a sociologia, a epidemiologia, a saúde pública e os estudos de gênero e sexualidade (BAUER *et al.*, 2021).

A análise interseccional se propõe iluminar as inúmeras realidades socialmente construídas e vivenciadas por aqueles que estão posicionados nas múltiplas intersecções de eixos de marginalização e opressão. Sua abordagem em pesquisas na área da saúde é reconhecida como uma importante estratégia teórica e analítica, sendo útil para identificar populações mais vulneráveis aos problemas de saúde e para avaliar os mecanismos explicativos que sustentam as desigualdades sociais em saúde (HARARI; LEE, 2021). Para além disso, Homan, Brown e King (2021) enfatizam que melhorar a saúde de grupos marginalizados exigirá o desmantelamento dos sistemas de opressão assumindo que esses estão sobrepostos, ao invés de centralizar apenas um eixo de desigualdade estrutural. Estudos quantitativos utilizando dados de grandes amostras populacionais que corroborem com os princípios teóricos da interseccionalidade contribuem para a análise dos problemas de saúde socioestruturais e possuem o potencial de impactar o desenvolvimento e a implementação de políticas públicas de saúde mais equânimes (BAUER *et al.*, 2021).

A maior parte dos estudos na área da saúde que adotaram uma perspectiva interseccional foram baseados em amostras transversais e operacionalizaram a interseccionalidade utilizando uma abordagem exclusivamente inter-categórica. A abordagem inter-categórica pressupõe a existência de relações de desigualdade entre grupos sociais já constituídos, tomando essas relações como centro da análise (MCCALL, 2005). Ao selecionar as posições sociais de interesse, a maioria das pesquisas priorizou três categorias sociais: sexo/gênero, raça/etnia e status socioeconômicos. Quanto aos principais desfechos de saúde

estudados destacaram-se aqueles relacionados a medidas gerais de autoavaliação de saúde ou qualidade de vida relacionada à saúde, saúde física (índice de massa corporal, doenças crônicas, limitações funcionais ou deficiências), saúde mental (sintomas ou episódios depressivos) e questões relacionadas ao consumo de cigarros e álcool (BAUER *et al.*, 2021; HARARI; LEE, 2021). É esperado que haja uma heterogeneidade nos efeitos das desigualdades estruturais em diferentes desfechos de saúde, tendo em vista que esses variam muito em termos de sua etiologia. Por isso, devem ser conduzidas pesquisas que investiguem os efeitos da intersecção das desigualdades estruturais em diferentes medidas de saúde (HOMAN; BROWN; KING, 2021).

Embora a maioria dos estudos seja de origem norte-americana, também são identificadas pesquisas em outros países (BAUER *et al.*, 2021). No Brasil, estudo de Taquette (2010) avaliou como a intersecção de classe, raça/cor e gênero pode ampliar a vulnerabilidade de adolescentes de comunidades pobres do Rio de Janeiro às Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST). Evidenciou-se que a discriminação racial sofrida por adolescentes negras contribui para a construção de uma autoimagem negativa, que aliada à pobreza, violência de gênero e dificuldade de acesso aos serviços de saúde, ampliam a vulnerabilidade às IST. Além disso, destacam-se outros estudos que enfatizaram como as violências estruturais entrelaçadas à raça, à classe e ao gênero, estão expressas na inacessibilidade a direitos humanos fundamentais em contextos de territórios periféricos de grandes cidades brasileiras (CORRÊA *et al.*, 2021). Observou-se que em região periférica da cidade de São Paulo, homens jovens compartilham desvantagens entrelaçadas de raça/cor, classe e gênero, que atuam de forma complexa na produção de iniquidades sociais e de saúde (OLIVEIRA *et al.*, 2020).

Apesar dos pressupostos teóricos da interseccionalidade enfatizarem os papéis dos sistemas de opressão no nível macrossocial, a pesquisa quantitativa sobre interseccionalidade e saúde tem se concentrado, quase que exclusivamente, em como a saúde está associada às categorias sociais de nível individual. O estudo de Homan, Brown e King (2021) buscou avaliar as consequências para a saúde da intersecção de sistemas de opressão no nível macro, apontando para a importância de olhar para além do status em nível individual para considerar também os efeitos na saúde de contextos sociais mais amplos. Os sistemas de opressão, como racismo e sexismo estrutural e a desigualdade de renda, sobrepostos, moldam a saúde e estão

mais consistentemente associados a problemas de saúde para as mulheres negras (HOMAN; BROWN; KING, 2021).

No entanto, recentes revisões apontaram que a pesquisa quantitativa existente sobre iniquidades sociais em saúde aplicando a abordagem interseccional ainda é insuficiente em atender aos pressupostos fundamentais da interseccionalidade. As limitações se referem, principalmente, quanto à dificuldade de analisar adequadamente os pressupostos teóricos da interseccionalidade em estudos quantitativos (BAUER *et al.*, 2021; HARARI; LEE, 2021). Enfatiza-se também que as comparações entre grupos, por si só, fornecem uma visão limitada das desigualdades em saúde, obscurecendo a heterogeneidade intra-categórica. A abordagem intra-categórica focaliza grupos sociais específicos, que se encontram em pontos de interseção negligenciados, com o objetivo de revelar a complexidade das experiências vividas dentro desses grupos (MCCALL, 2005). Além disso, há pouco consenso sobre se é possível quantificar as complexidades da interseccionalidade (HARARI; LEE, 2021).

4 OBJETIVOS

4.1 OBJETIVO GERAL

Estimar as frequências globais e identificar iniquidades no acesso a medicamentos prescritos entre diferentes grupos populacionais, considerando as inter-relações entre os eixos de marginalização e opressão caracterizados por gênero/cor ou raça/nível socioeconômico/território no Brasil.

4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Estimar as frequências globais de acesso a medicamentos prescritos em 2019 na população brasileira com 15 anos ou mais de idade, considerando o acesso geral (público, privado ou misto) e o acesso público; e
- Determinar a existência e a magnitude das iniquidades de acesso a medicamentos prescritos no Brasil, conforme as posições dos indivíduos nas intersecções de gênero/cor ou raça/nível socioeconômico/território.

5 HIPÓTESES

De acordo com a revisão da literatura sobre o tema e a partir das proposições da interseccionalidade, foram elaboradas as seguintes hipóteses para o estudo:

- A iniquidade no acesso a medicamentos prescritos na população brasileira persiste no ano de 2019;
- Os eixos de marginalização e opressão caracterizados por gênero/cor ou raça/nível socioeconômico/território se entrelaçam, posicionando socialmente determinados grupos populacionais em relação ao acesso os medicamentos dos quais necessitam; e
- Mulheres pretas de baixo nível socioeconômico que vivem nas regiões Norte e Nordeste do país possuem menores frequências de acesso geral e maiores frequências de acesso público a medicamentos prescritos, quando comparadas ao acesso de homens brancos de alto nível socioeconômico, residentes das regiões Sul e Sudeste do Brasil.

6 MÉTODOS

6.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO

Trata-se de um estudo transversal, baseado em um inquérito populacional de base domiciliar.

6.2 FONTE E COLETA DE DADOS, LOCAL E POPULAÇÃO DO ESTUDO

O presente estudo utilizará dados coletados na Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) de 2019. A PNS é uma pesquisa de âmbito nacional, realizada pela primeira vez em 2013, fruto de uma parceria entre o Ministério da Saúde (MS) e o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). O objetivo da pesquisa foi coletar informações sobre o desempenho do sistema nacional de saúde, quanto ao acesso e utilização dos serviços disponíveis e a continuidade dos cuidados prestados, assim como, sobre as condições, determinantes e necessidades de saúde da população brasileira. Os dados coletados na PNS são base para a elaboração e reformulação de políticas de saúde no Brasil e fornecem subsídios para as ações e programas existentes no SUS (STOPA *et al.*, 2020; BRASIL, 2021; IBGE, 2021).

A população pesquisada correspondeu aos indivíduos de 15 anos ou mais de idade, residentes em domicílios particulares do território brasileiro, que são aqueles construídos com a finalidade exclusiva de habitação, exceto os localizados nos setores censitários especiais ou de escassa população (agrupamentos indígenas, agrupamentos quilombolas, penitenciárias, presídios, cadeias, instituições de longa permanência para idosos, redes de atendimento integrado à criança e ao adolescente, alojamentos, acampamentos, quartéis e bases militares) (STOPA *et al.*, 2020).

O plano amostral empregado na PNS 2019 foi o de amostragem por conglomerado em três estágios de seleção, com estratificação da Unidade Primária de Amostragem (UPA), que neste caso foram os setores censitários ou conjunto de setores. As UPAs foram obtidas de uma Amostra Mestra, estrutura amostral do Sistema Integrado de Pesquisas Domiciliares (SIPD) do IBGE, utilizada também para pesquisas como a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) e a Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF). A seleção da subamostra das UPAs foi realizada por amostragem aleatória simples, mantendo a estratificação da

Amostra Mestra. No segundo estágio, um número fixo de domicílios particulares permanentes para cada UPA definida no primeiro estágio foi selecionado do Cadastro Nacional de Endereços para Fins Estatísticos (CNEFE) por amostragem aleatória simples. Definiu-se que a distribuição da quantidade de domicílios por UPA seria de acordo com o quantitativo dessas em cada Unidades da Federação (UF): 12 domicílios para entrevista por UPA em UFs com maior quantitativo de UPAs e 18 domicílios para aquelas com menor quantitativo. Nas demais UFs que não se caracterizavam nos dois critérios definidos, a quantidade definida foi de 15 domicílios para entrevista por UPA. No estágio seguinte, em cada domicílio elegido, um morador com 15 anos ou mais de idade foi selecionado por amostragem aleatória simples, com base na lista de moradores obtida no momento da entrevista (STOPA *et al.*, 2020; BRASIL, 2020).

O questionário da PNS 2019 era composto por 26 módulos, de acordo com as principais características investigadas, e dividido em três seções: domiciliar, de todos os moradores e do morador selecionado. A primeira parte do questionário foi respondida pelo morador identificado como responsável pelo domicílio, e continha questões sobre informações do domicílio e visitas domiciliares realizadas por agentes de endemias e equipe de Saúde da Família. Na segunda parte, foram coletadas informações gerais sobre todos os moradores do domicílio, que eram respondidas por um residente de idade igual ou superior a 18 anos que sabia informar sobre a situação socioeconômica e de saúde de todos os moradores. Foram investigadas informações como nível de escolaridade, rendimentos domiciliares, cobertura de planos de saúde e acesso e utilização dos serviços de saúde. No bloco de questões destinado a um morador selecionado, com 15 ou mais anos de idade, foram perguntadas informações sobre percepção do estado de saúde, estilos de vida, doenças crônicas não transmissíveis, saúde da mulher, atendimento pré-natal, saúde bucal, entre outras (STOPA *et al.*, 2020; BRASIL, 2021).

Todos os agentes de coleta (entrevistadores), supervisores e coordenadores da PNS 2019 foram treinados e capacitados para compreender, de forma detalhada, toda a pesquisa. Para a realização das entrevistas foram utilizados Dispositivos Móveis de Coleta (DMC), *smartphones*, programados para “pulos” aos itens do questionário, quando necessário, e para análise crítica das variáveis. Ao chegar no domicílio selecionado, o agente de coleta realizava contato com a pessoa responsável pelo domicílio ou com algum outro morador, descrevendo o estudo aos moradores, explicando seus objetivos e procedimentos, além de enfatizar a

importância da participação na pesquisa. Nesse momento, era elaborada a lista de todos os indivíduos residentes no domicílio, identificando o informante que responderia ao questionário domiciliar e de todos os moradores, e o morador que responderia ao questionário individual, selecionado por meio de programa de seleção aleatória no DMC. As entrevistas foram agendadas nas datas e horários mais conveniente para os moradores, prevendo-se duas ou mais visitas a cada domicílio. A coleta de dados ocorreu entre os meses de agosto de 2019 e março de 2020 (STOPA *et al.*, 2020; BRASIL, 2020). Ao final da pesquisa foram visitados 108.525 domicílios e realizadas 94.114 entrevistas, com taxa de não resposta de 6,4% (BRASIL, 2021). Os dados obtidos na PNS 2019 são de domínio público, e serão acessados através do *website* do IBGE.

6.3 VARIÁVEIS E INSTRUMENTOS DE MEDIDA

6.3.1 Variável dependente

A variável de desfecho deste estudo será o acesso a medicamentos. No Brasil, o acesso a medicamentos tem sido estudado por meio de diferentes recortes analíticos (GARCIA *et al.*, 2013a), como por exemplo, através de uma abordagem multidimensional (OLIVEIRA *et al.*, 2016; ÁLVARES *et al.*, 2017) ou na análise do gasto das famílias com medicamentos (GARCIA *et al.*, 2013b). Entretanto, a maioria dos estudos empregou a obtenção dos medicamentos (disponibilidade) como medida de acesso (BOING *et al.*, 2013; KATREIN *et al.*, 2015; TAVARES *et al.*, 2016; DRUMMOND; SIMÕES; ANDRADE, 2018). Alguns estudos trataram do acesso caracterizando-o como acesso total, acesso parcial e acesso nulo (OLIVEIRA *et al.*, 2016; TAVARES *et al.*, 2016; DRUMMOND; SIMÕES; ANDRADE, 2018), enquanto outros o avaliaram de forma dicotômica (BOING *et al.*, 2013; KATREIN *et al.*, 2015).

Neste estudo, serão incluídos todos os respondentes que foram atendidos por algum serviço de saúde nas duas semanas anteriores à entrevista, cuja resposta à seguinte pergunta do questionário foi “Sim”: “Neste atendimento, foi receitado algum medicamento?”. Para mensurar a variável de acesso será utilizada a resposta à pergunta seguinte: “Conseguiu obter os medicamentos receitados?”. As possíveis respostas eram: “Sim, todos”; “Sim, alguns”; e “Não, nenhum”. Optou-se por caracterizar o acesso a medicamentos através de uma variável

dicotômica, sendo a primeira resposta considerada como acesso total e a segunda e terceira como ausência de acesso total.

Para a estimativa do acesso público, serão incluídas apenas as pessoas que relataram que o atendimento referido foi realizado pelo SUS. Por meio da resposta à pergunta: “Algum dos medicamentos foi obtido em serviço público de saúde?” será mensurado o acesso público. Da mesma forma que para o acesso geral, a resposta “Sim, todos” será considerada como acesso total e as respostas “Sim, alguns” e “Não, nenhum” serão consideradas como ausência de acesso total. A escolha pela restrição da análise do acesso público apenas para a população atendida no próprio sistema, se deu pela característica diferente de acesso observada a partir das prescrições originadas fora do SUS, visto que os prescritores do sistema público possuem maior familiaridade com as relações de medicamentos padronizados.

6.3.2 Variáveis independentes

As variáveis independentes do estudo utilizadas para representar os eixos de marginalização e que formarão os grupos interseccionais serão gênero, cor ou raça, nível socioeconômico e território, e estão descritas no Quadro 1.

Quadro 1 – Variáveis independentes do estudo.

Variável	Classificação	Descrição e categorização
Gênero	Catagórica dicotômica	Questionado pelo entrevistador e categorizado em “Homem” ou “Mulher”.
Cor ou raça	Catagórica dicotômica	Questionada pelo entrevistador e coletada de acordo com as categorias padronizadas pelo IBGE: “Branca”; “Preta”; “Amarela”; “Parda”; ou “Indígena”. Será categorizada em “Branca” e “Preta”, sendo a categoria “Parda” incluída nessa última. Com o intuito de simplificar a análise dos grupos interseccionais, em um primeiro

		momento, as categorias “Amarela” e “Indígena” não serão incluídas.
Nível socioeconômico	Catagórica dicotômica	Será operacionalizada pela escolaridade, medida por anos de estudo contabilizado a partir da resposta à pergunta sobre o nível do curso mais elevado frequentado. Será categorizada por “baixo nível socioeconômico” (8 anos de estudo ou menos) e “alto nível socioeconômico” (mais de 8 anos de estudo).
Território	Catagórica nominal	Será operacionalizado por macrorregião do país (Norte; Nordeste; Sudeste; Sul; e Centro-Oeste), identificada pela UF preenchida no questionário.

Fonte: Elaborado pela autora (2021).

O uso do termo gênero expressa um sistema de relações sociais que são construídas baseadas nas diferenças percebidas entre os sexos (SCOTT, 1995). Considerando que a PNS não foi uma pesquisa desenvolvida para a coleta de categorias de análise sob a perspectiva da interseccionalidade, se limitando à classificação binária de “Homem” e “Mulher”, este estudo deixará de abordar outras categorias de gênero.

Desde que a pesquisa na área da saúde estabeleceu associação entre nível de saúde e acesso à serviços de saúde com a posição que cada grupo social ocupa na sociedade, discute-se quanto a dificuldade de operacionalizar o conceito de classe social (LOMBARDI *et al.*, 1988; SOLLA, 1996; BARATA *et al.*, 2013). Tendo em vista que, na coleta de dados não foi utilizado nenhum instrumento que abordasse toda a complexidade do conceito de classe social e suas particularidades no contexto brasileiro, a escolaridade será utilizada como indicador de nível socioeconômico.

Também são colocados importantes desafios para o emprego da teoria social da interseccionalidade como ferramenta de análise em estudos epidemiológicos (BAUER, 2014). Neste trabalho, serão avaliados 8 grupos de acordo com as intersecções de gênero, cor ou raça

e nível socioeconômico: homens brancos de alto nível socioeconômico; homens brancos de baixo nível socioeconômico; homens pretos de alto nível socioeconômico; homens pretos de baixo nível socioeconômico; mulheres brancas de alto nível socioeconômico; mulheres brancas de baixo nível socioeconômico; mulheres pretas de alto nível socioeconômico; e mulheres pretas de baixo nível socioeconômico.

Posteriormente, cada grupo interseccional será analisado de acordo com a macrorregião da residência. A escolha dessa variável de análise, se justifica pelos achados já descritos na literatura que apontam para importantes iniquidades de acesso a medicamentos de acordo com o território do país em que se reside (BERTOLDI *et al.*, 2016; OLIVEIRA *et al.*, 2016; TAVARES *et al.*, 2016).

6.4 ANÁLISE ESTATÍSTICA

Primeiramente será realizada a análise descritiva, apresentando-se os valores absolutos e frequências relativas dos desfechos entre as diferentes categorias das variáveis independentes e nos grupos interseccionais. Para testar a associação dos desfechos com as variáveis de exposição, serão utilizados modelos de regressão logística. As estimativas dos coeficientes de regressão serão apresentadas com seus intervalos de confiança de 95% (IC 95%). As análises estatísticas serão realizadas no pacote estatístico Stata versão 15.1 (Stata Corporation, College Station, Estados Unidos).

6.5 ASPECTOS ÉTICOS

A PNS 2019 foi aprovada pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), sob parecer de nº 3.529.376, emitido em 23 de agosto de 2019. Os respondentes foram esclarecidos quanto aos objetivos da pesquisa e seu consentimento para a participação foi obtido através da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Foram obedecidos todos os aspectos éticos relacionados a pesquisa com seres humanos, em conformidade com a Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), assegurando aos entrevistados sua voluntariedade, anonimato e possibilidade de desistência a qualquer momento do estudo.

7 LIMITAÇÕES

Na população de estudo da PNS, não foram incluídas pessoas em situação de rua, população privada de liberdade, idosos que residem em instituições de longa permanência, indígenas e quilombolas, que não vivem em domicílios particulares. Destaca-se que a ausência dessas populações na amostra a ser analisada é uma importante limitação do estudo, tendo em vista que essas pessoas estão posicionadas em múltiplas intersecções de gênero/cor ou raça/nível socioeconômico.

Além disso, serão incluídas no presente estudo apenas as pessoas atendidas por serviço de saúde nas duas últimas semanas anteriores à entrevista e que tiverem a prescrição de algum medicamento nesse atendimento. Considerando que o acesso a medicamentos prescritos está diretamente relacionado ao acesso aos cuidados em saúde, também serão excluídas da análise deste estudo as pessoas que não chegam aos serviços de saúde. Na análise de dados da PNS de 2013, observou-se que pessoas negras de baixo nível socioeconômico possuem maiores chances de relatar dificuldade de acesso aos serviços de saúde (CONSTANTE; BASTOS, 2020).

Quanto à análise da variável de desfecho, pode-se prever um possível viés de memória em decorrência do autorrelato das informações. No entanto, estudo de Moraes, Mengue e Pizzol (2017) indicou concordância entre os períodos recordatórios de 7, 14 e 30 dias para o autorrelato de uso de medicamentos, quando utilizado um período de 24 horas como referência, com pouco efeito desse viés nas prevalências observadas. Sugeriu-se a adoção de 14 dias como período recordatório, principalmente para medicamentos de uso contínuo, com a finalidade de permitir comparações entre estudos.

Destaca-se também que a PNS não foi um inquérito populacional planejado especificamente para a análise de dados sobre acesso e utilização de medicamentos. No entanto, desde a sua primeira edição em 2013, os dados coletados nesta pesquisa vêm sendo utilizados em diversos estudos que avaliaram o acesso e utilização de medicamentos (MENGUE *et al.*, 2015; TAVARES *et al.*, 2015; DRUMMOND; SIMÕES; ANDRADE, 2018), assim como são úteis para a avaliação de outras medidas de saúde (CÂNDIDO *et al.*, 2022; BARROS *et al.*, 2021; MASCARENHAS *et al.*, 2021; SIMÕES *et al.*, 2021).

REFERÊNCIAS

- ALENCAR, Tatiane de Oliveira Silva. **A Reforma Sanitária Brasileira e a questão medicamentos/assistência farmacêutica**. 2016. 439 f. Tese (Doutorado em Saúde Pública), Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2016. Disponível em: <https://repositorio.ufba.br/bitstream/ri/21619/1/Tese.%20Tatiane%20Alencar.%202016.pdf>. Acesso em: 30 abr. 2022.
- ALENCAR, Tatiane de Oliveira Silva *et al.* Programa Farmácia Popular do Brasil: uma análise política de sua origem, seus desdobramentos e inflexões. **Saúde em Debate**, [S.L.], v. 42, n. 2, p. 159-172, out. 2018. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0103-11042018s211>. Acesso em: 30 abr. 2022.
- ÁLVARES, Juliana *et al.* Access to medicines by patients of the primary health care in the Brazilian Unified Health System. **Revista de Saúde Pública**, [S.L.], v. 51, p. 1s-20s, 22 set. 2017. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.11606/s1518-8787.2017051007139>. Acesso em: 30 abr. 2022.
- ARRAIS, Paulo Sérgio Dourado *et al.* Prevalência e fatores determinantes do consumo de medicamentos no Município de Fortaleza, Ceará, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 6, p. 1737-1746, dez. 2005. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/s0102-311x2005000600021>. Acesso em: 29 nov. 2021.
- AZIZ, Marina Meneses *et al.* Prevalência e fatores associados ao acesso a medicamentos pela população idosa em uma capital do sul do Brasil: um estudo de base populacional. **Cadernos de Saúde Pública**, [S.L.], v. 27, n. 10, p. 1939-1950, out. 2011. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/s0102-311x2011001000007>. Acesso em: 30 abr. 2022.
- BARATA, Rita Barradas. **Como e por que as desigualdades sociais fazem mal à saúde**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009. 120 p. (Coleção Temas em Saúde). Disponível em: <https://static.scielo.org/scielobooks/48z26/pdf/barata-9788575413913.pdf>. Acesso em: 29 nov. 2021.
- BARATA, Rita Barradas *et al.* Classe social: conceitos e esquemas operacionais em pesquisa em saúde. **Revista de Saúde Pública**, [S.L.], v. 47, n. 4, p. 647-655, ago. 2013. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/s0034-8910.2013047004396>. Acesso em: 30 abr. 2022.
- BARROS, Marilisa Berti de Azevedo *et al.* Association between health behaviors and depression: findings from the 2019 brazilian national health survey. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, [S.L.], v. 24, n. 2, p. 1-15, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-549720210010.supl.2>. Acesso em: 30 abr. 2022.
- BAUER, Greta R. Incorporating intersectionality theory into population health research methodology: challenges and the potential to advance health equity. **Social Science & Medicine**, [S.L.], v. 110, p. 10-17, jun. 2014. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.socscimed.2014.03.022>. Acesso em: 30 abr. 2022.

BAUER, Greta R. *et al.* Intersectionality in quantitative research: a systematic review of its emergence and applications of theory and methods. **Ssm - Population Health**, [S.L.], v. 14, p. 100798, jun. 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.ssmph.2021.100798>. Acesso em: 29 nov. 2021.

BERMUDEZ, Jorge. **Acesso a Medicamentos: direito ou utopia?**. Rio de Janeiro: E-Papers, 2014. 114 p.

BERMUDEZ, Jorge. Contemporary challenges on access to medicines: beyond the unsg high-level panel. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S.L.], v. 22, n. 8, p. 2435-2439, ago. 2017. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232017228.29362016>. Acesso em: 29 nov. 2021.

BERMUDEZ, Jorge Antonio Zepeda *et al.* Assistência Farmacêutica nos 30 anos do SUS na perspectiva da integralidade. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S.L.], v. 23, n. 6, p. 1937-1949, jun. 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/JJMg4RbRWgtxcnv6fDP5qFq/?lang=pt>. Acesso em: 30 abr. 2022.

BERTOLDI, Andréa Dâmaso *et al.* Household Expenditures for Medicines and the Role of Free Medicines in the Brazilian Public Health System. **American Journal Of Public Health**, [S.L.], v. 101, n. 5, p. 916-921, maio 2011. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.2105/ajph.2009.175844>. Acesso em: 29 nov. 2021.

BERTOLDI, Andréa Dâmaso *et al.* Sociodemographic profile of medicines users in Brazil: results from the 2014 PNAUM survey. **Revista de Saúde Pública**, [S.L.], v. 50, n. 2, p. 1s-11s, 2016. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/s1518-8787.2016050006119>. Acesso em: 29 nov. 2021.

BOING, Alexandra Crispim; BERTOLDI, Andréa Dâmaso; PERES, Karen Glazer. Desigualdades socioeconômicas nos gastos e comprometimento da renda com medicamentos no Sul do Brasil. **Revista de Saúde Pública**, [S.L.], v. 45, n. 5, p. 897-905, out. 2011. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/s0034-89102011005000054>. Acesso em: 29 nov. 2021.

BOING, Alexandra Crispim *et al.* Acesso a medicamentos no setor público: análise de usuários do Sistema Único de Saúde no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 4, p. 691-701, abr. 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2013000400007>. Acesso em: 29 nov. 2021.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília: Senado Federal, 1988. Disponível em: https://www.senado.leg.br/atividade/const/con1988/con1988_05.10.1988/ind.asp. Acesso em: 29 nov. 2021.

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. **Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos**

serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, 1990a. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em: 29 nov. 2021.

BRASIL. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. **Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências.** Brasília, 1990b. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8142.htm. Acesso em: 29 nov. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.916 de 1998. **Aprova a Política Nacional de Medicamentos.** 1998. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1998/prt3916_30_10_1998.html. Acesso em: 29 nov. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Federal de Assistência Farmacêutica: 1990 a 2002.** Brasília, 2002. 44 p. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/polit_fed_assist_farm.pdf. Acesso em: 30 abr. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional De Saúde. Resolução nº 338, de 6 de maio de 2004. **Aprova a Política Nacional de Assistência Farmacêutica.** 2004. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2004/res0338_06_05_2004.html. Acesso em: 29 nov. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde/Organização Pan-americana da Saúde/Organização Mundial Da Saúde. **Avaliação da assistência farmacêutica no Brasil: estrutura, processo e resultados.** Brasília: Ministério da Saúde, 2005a. 260 p. (Série medicamentos e outros insumos essenciais para a saúde). Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/avaliacao_assistencia_farmaceutica_estrutura_resultados.pdf. Acesso em: 29 nov. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional De Saúde. **1ª Conferência Nacional de Medicamentos e Assistência Farmacêutica: relatório final: efetivando o acesso, a qualidade e a humanização na assistência farmacêutica, com controle social.** 2005b. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/1_conferencia_nacional_medicamentos_farmaceutica.pdf. Acesso em: 29 nov. 2021.

BRASIL. Decreto de 13 de março de 2006. **Institui, no âmbito do Ministério da Saúde, a Comissão sobre Determinantes Sociais da Saúde - CNDSS.** Brasília, 2006. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/dnn/dnn10788.htm. Acesso em: 30 abr. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. **Assistência Farmacêutica no SUS: 20 anos de políticas e propostas para desenvolvimento e qualificação: relatório com análise e recomendações de gestores, especialistas e representantes da sociedade civil organizada.** Brasília, 2018. 125 p. Disponível em:

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/assistencia_farmaceutica_sus_relatorio_recomendacoes.pdf. Acesso em: 29 nov. 2021.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Ministério da Saúde.

Pesquisa nacional de saúde 2019: informações sobre domicílios, acesso e utilização dos serviços de saúde. Rio de Janeiro: IBGE, 2020. 85 p. Disponível em:

<https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101748.pdf>. Acesso em: 06 dez. 2022.

BRASIL. Fundação Oswaldo Cruz. Ministério da Saúde. **Pesquisa Nacional de Saúde**. 2021. Disponível em: <https://www.pns.icict.fiocruz.br/>. Acesso em: 29 nov. 2021.

BUSS, Paulo Marchiori; PELLEGRINI FILHO, Alberto. A saúde e seus determinantes sociais. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, [S.L.], v. 17, n. 1, p. 77-93, abr. 2007. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/s0103-73312007000100006>. Acesso em: 30 abr. 2022.

CÂNDIDO, Letícia Martins *et al.* Comportamento sedentário e associação com multimorbidade e padrões de multimorbidade em idosos brasileiros: dados da pesquisa nacional de saúde de 2019. **Cadernos de Saúde Pública**, [S.L.], v. 38, n. 1, p. 1-14, 2022. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00128221>. Acesso em: 30 abr. 2022.

COLLINS, Patricia Hill. **Black Feminist Thought**: knowledge, consciousness, and the politics of empowerment. 2. ed. New York: Routledge, 2000. 335 p. Disponível em: <https://uniteyouthdublin.files.wordpress.com/2015/01/black-feminist-thought-by-patricia-hill-collins.pdf>. Acesso em: 29 nov. 2021.

COLLUCCI, Cláudia. Brazil's child and maternal mortality have increased against background of public spending cuts. **BMJ**, [S.L.], p. 3583, 17 ago. 2018. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.k3583>. Acesso em: 30 abr. 2022.

COMISSÃO NACIONAL SOBRE DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE (CNDSS). **As causas sociais das iniquidades em saúde no Brasil**: Relatório Final da Comissão Nacional Sobre Determinantes Sociais Da Saúde (CNDSS). Brasília: CNDSS, 2008. 216 p. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/causas_sociais_iniquidades.pdf. Acesso em: 30 abr. 2022.

CONSTANTE, Helena Mendes; BASTOS, João Luiz. Mapping the Margins in Health Services Research: how does race intersect with gender and socioeconomic status to shape difficulty accessing healthcare among unequal brazilian states?. **International Journal Of Health Services**, [S.L.], v. 51, n. 2, p. 155-166, 15 dez. 2020. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1177/0020731420979808>. Acesso em: 29 nov. 2021.

CORRÊA, Milena Dias *et al.* As vivências interseccionais da violência em um território vulnerável e periférico. **Saúde e Sociedade**, [S.L.], v. 30, n. 2, p. 1-11, 2021. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/s0104-12902021210001>. Acesso em: 29 nov. 2021.

COSTA, Karen Sarmiento *et al.* Avaliação dos usuários sobre as farmácias públicas no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S.L.], v. 25, n. 8, p. 3163-3174, ago. 2020. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232020258.00202018>. Acesso em: 29 nov. 2021.

CRENSHAW, Kimberlé. Demarginalizing the Intersection of Race and Sex: A Black Feminist Critique of Antidiscrimination Doctrine, Feminist Theory and Antiracist Politics. **University of Chicago Legal Forum**, Chicago, v. 1989, n. 8, p. 139-167, 1989. Disponível em: <https://chicagounbound.uchicago.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1052&context=uclf>. Acesso em: 29 nov. 2021.

CRENSHAW, Kimberlé. Documento para o encontro de especialistas em aspectos da discriminação racial relativos ao gênero. **Revista Estudos Feministas**, [S.L.], v. 10, n. 1, p. 171-188, jan. 2002. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-026X2002000100011>. Acesso em: 29 nov. 2021.

DAHLGREN, Göran; WHITEHEAD, Margaret. **Policies and strategies to promote social equity in health**. Stockholm: Institute For Future Studies, 1991. Disponível em: <https://core.ac.uk/download/pdf/6472456.pdf>. Acesso em: 30 abr. 2022.

DIAS, Cláudia Regina Cilento; ROMANO-LIEBER, Nicolina Silvana. Processo da implantação da política de medicamentos genéricos no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, [S.L.], v. 22, n. 8, p. 1661-1669, ago. 2006. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/s0102-311x2006000800014>. Acesso em: 30 abr. 2022.

DRUMMOND, Elislene Dias; SIMÕES, Taynãna César; ANDRADE, Fabíola Bof de. Acesso da população brasileira adulta a medicamentos prescritos. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, [S.L.], v. 21, p. 1-14, 2 ago. 2018. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1980-549720180007>. Acesso em: 29 nov. 2021.

DRUMMOND, Elislene Dias. **Desigualdades socioeconômicas no acesso a medicamentos e na adesão à farmacoterapia no Brasil**. 2020. 128 f. Tese (Doutorado) - Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Fundação Oswaldo Cruz, Instituto René Rachou, Belo Horizonte, 2020. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/43437>. Acesso em: 30 abr. 2022.

ESCOREL, Sarah *et al.* O Programa de Saúde da Família e a construção de um novo modelo para a atenção básica no Brasil. **Revista Panamericana de Salud Pública**, [S.L.], v. 21, n. 2, p. 164-176, 2007. Disponível em: https://www.scielosp.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/rpsp/v21n2-3/11.pdf. Acesso em: 30 abr. 2022.

FALEIROS, Daniel Resende *et al.* Financing of Pharmaceutical Services in the municipal management of the Brazilian Unified Health System. **Revista de Saúde Pública**, [S.L.], v. 51, n. 2, p. 1-10, 22 set. 2017. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.11606/s1518-8787.2017051007060>. Acesso em: 30 abr. 2022.

FERNANDES, Camila Stéfani Estancial; LIMA, Margareth Guimarães; BARROS, Marilisa Berti de Azevedo. Problemas emocionais e uso de medicamentos psicotrópicos: uma abordagem da desigualdade racial. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S.L.], v. 25, n. 5, p. 1677-1688, maio 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020255.33362019>. Acesso em: 29 nov. 2021.

GARBOIS, Júlia Arêas; SODRÉ, Francis; DALBELLO-ARAUJO, Maristela. Determinantes sociais da saúde: o “social” em questão. **Saúde e Sociedade**, [S.L.], v. 23, n. 4, p. 1173-1182, dez. 2014. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/s0104-12902014000400005>. Acesso em: 30 abr. 2022.

GARBOIS, Júlia Arêas; SODRÉ, Francis; DALBELLO-ARAUJO, Maristela. Da noção de determinação social à de determinantes sociais da saúde. **Saúde em Debate**, [S.L.], v. 41, n. 112, p. 63-76, mar. 2017. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0103-1104201711206>. Acesso em: 30 abr. 2022.

GARCIA, Leila Posenato *et al.* Dimensões do acesso a medicamentos no Brasil: perfil e desigualdades dos gastos das famílias, segundo as pesquisas de orçamentos familiares 2002-2003 e 2008-2009. **Texto para Discussão 1839 - Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA)**. Rio de Janeiro, jun. 2013a. Disponível em: <http://repositorio.ipea.gov.br/handle/11058/1278>. Acesso em: 30 abr. 2022.

GARCIA, Leila Posenato *et al.* Gastos das famílias brasileiras com medicamentos segundo a renda familiar: análise da pesquisa de orçamentos familiares de 2002-2003 e de 2008-2009. **Cadernos de Saúde Pública**, [S.L.], v. 29, n. 8, p. 1605-1616, ago. 2013b. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/s0102-311x2013001200013>. Acesso em: 30 abr. 2022.

HANCOCK, Ange-Marie. When Multiplication Doesn't Equal Quick Addition: examining intersectionality as a research paradigm. **Perspectives On Politics**, [S.L.], v. 5, n. 01, p. 63-79, 27 fev. 2007. Disponível em: <https://doi.org/10.1017/S1537592707070065>. Acesso em: 29 nov. 2021.

HARARI, Lexi; LEE, Chioun. Intersectionality in quantitative health disparities research: a systematic review of challenges and limitations in empirical studies. **Social Science & Medicine**, [S.L.], v. 277, p. 113876, maio 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2021.113876>. Acesso em: 29 nov. 2021.

HOMAN, Patricia; BROWN, Tyson H.; KING, Brittany. Structural Intersectionality as a New Direction for Health Disparities Research. **Journal Of Health And Social Behavior**, [S.L.], v. 62, n. 3, p. 350-370, 6 ago. 2021. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1177/00221465211032947>. Acesso em: 29 nov. 2021.

HUNT, Paul; KHOSLA, Rajat. Acesso a medicamentos como um direito humano. **Sur. Revista Internacional de Direitos Humanos**, [S.L.], v. 5, n. 8, p. 100-121, jun. 2008. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1806-64452008000100006>. Acesso em: 29 nov. 2021.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Síntese de indicadores sociais**: uma análise das condições de vida da população brasileira. Rio de Janeiro: IBGE, 2018. 151 p. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101629.pdf>. Acesso em: 30 abr. 2022.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Síntese de indicadores sociais**: uma análise das condições de vida da população brasileira. Rio de

Janeiro: IBGE, 2020. 148 p. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101760.pdf>. Acesso em: 30 abr. 2022.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **PNS - Pesquisa Nacional de Saúde**. 2021. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/saude/9160-pesquisa-nacional-de-saude.html?=&t=o-que-e>. Acesso em: 29 nov. 2021.

KATREIN, Flávia *et al.* Desigualdade no acesso a medicamentos para doenças crônicas em mulheres brasileiras. **Cadernos de Saúde Pública**, [S.L.], v. 31, n. 7, p. 1416-1426, jul. 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00083614>. Acesso em: 29 nov. 2021.

KORNIS, George E. M.; BRAGA, Maria Helena; ZAIRE, Carla Edialla F. Os marcos legais das políticas de medicamentos no Brasil contemporâneo (1990-2006). **Revista de APS**, Juiz de Fora, v. 11, n. 1, p. 85-99, jun. 2008. Disponível em: https://www.farmacia.ufmg.br/wp-content/uploads/2017/05/Ref-30_M%c3%b3d-2-Tema-5-Marcos-legais-pol%c3%adticas-medicamentosKorni.pdf. Acesso em: 30 abr. 2022.

KRIEGER, N. A glossary for social epidemiology. **Journal Of Epidemiology & Community Health**, [S.L.], v. 55, n. 10, p. 693-700, 1 out. 2001. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1136/jech.55.10.693>. Acesso em: 30 abr. 2022.

LOMBARDI, Cintia *et al.* Operacionalização do conceito de classe social em estudos epidemiológicos. **Revista de Saúde Pública**, [S.L.], v. 22, n. 4, p. 253-265, ago. 1988. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/s0034-89101988000400001>. Acesso em: 30 abr. 2022.

LUIZA, Vera Lucia; BERMUDEZ, Jorge Antonio Zepeda. Acesso a medicamentos: conceitos e polêmicas. In: BERMUDEZ, Jorge Antonio Zepeda *et al* (org.). **Acesso a medicamentos: derecho fundamental, papel del estado**. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, 2004. p. 45-67.

MCCALL, Leslie. The Complexity of Intersectionality. **Signs**, Chicago, v. 30, n. 3, p. 1771-1800, 2005. Disponível em: [https://lsa.umich.edu/content/dam/ncid-assets/ncid-documents/Ten%20Diversity%20Scholarship%20Resources/McCall%20\(2005\)%20The%20Complex%20of%20Intersectionality%20.pdf](https://lsa.umich.edu/content/dam/ncid-assets/ncid-documents/Ten%20Diversity%20Scholarship%20Resources/McCall%20(2005)%20The%20Complex%20of%20Intersectionality%20.pdf). Acesso em: 06 dez. 2022.

MASCARENHAS, Márcio Dênis Medeiros *et al.* Prevalence of exposure to violence among adults – Brazil, 2019. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, [S.L.], v. 24, n. 2, p. 1-14, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-549720210019.supl.2>. Acesso em: 30 abr. 2022.

MATTA, Gustavo Corrêa. Princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde. In: MATTA, Gustavo Corrêa; PONTES, Ana Lucia de Moura (org.). **Políticas de saúde: organização e operacionalização do sistema único de saúde**. Rio de Janeiro: EPSJV/FIOCRUZ, 2007. p. 61-80. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/39223>. Acesso em: 29 nov. 2021.

MENGUE, Sotero Serrate *et al.* Fontes de obtenção de medicamentos para tratamento de hipertensão arterial no Brasil: análise da pesquisa nacional de saúde, 2013. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, [S.L.], v. 18, n. 2, p. 192-203, dez. 2015. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1980-5497201500060017>. Acesso em: 30 abr. 2022.

MORAES, Cassia Garcia; MENGUE, Sotero Serrate; PIZZOL, Tatiane da Silva dal. Agreement between different recall periods in drug utilization studies. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, [S.L.], v. 20, n. 2, p. 324-334, jun. 2017. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1980-5497201700020012>. Acesso em: 29 nov. 2021.

OLIVEIRA, Elda de *et al.* Contribuição da interseccionalidade na compreensão da saúde-doença-cuidado de homens jovens em contextos de pobreza urbana. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, [S.L.], v. 24, p. 1-15, 2020. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/interface.180736>. Acesso em: 29 nov. 2021.

OLIVEIRA, Luciane Cristina Feltrin de; NASCIMENTO, Maria Angela Alves do; LIMA, Isabel Maria Sampaio Oliveira. O acesso a medicamentos em sistemas universais de saúde – perspectivas e desafios. **Saúde em Debate**, [S.L.], v. 43, n. 5, p. 286-298, 2019. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0103-11042019s523>. Acesso em: 29 nov. 2021.

OLIVEIRA, Maria Auxiliadora *et al.* Avaliação da assistência farmacêutica às pessoas vivendo com HIV/AIDS no Município do Rio de Janeiro. **Cadernos de Saúde Pública**, [S.L.], v. 18, n. 5, p. 1429-1439, out. 2002. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/s0102-311x2002000500036>. Acesso em: 29 nov. 2021.

OLIVEIRA, Maria Auxiliadora; BERMUDEZ, Jorge Antonio Zepeda; OSÓRIO-DE-CASTRO, Claudia Garcia Serpa. **Assistência farmacêutica e acesso a medicamentos**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2007. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.7476/9788575413890>. Acesso em: 29 nov. 2021.

OLIVEIRA, Maria Auxiliadora *et al.* Access to medicines for chronic diseases in Brazil: a multidimensional approach. **Revista de Saúde Pública**, [S.L.], v. 50, n. 2, p. 1s-13s, 2016. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/s1518-8787.2016050006161>. Acesso em: 29 nov. 2021.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **Objetivos de Desenvolvimento do Milênio**. Nova York: ONU, 2000. Disponível em: <https://www.un.org/millenniumgoals/bkgd.shtml>. Acesso em: 29 nov. 2021.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **Transformando o nosso mundo: a Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável**. Nova York: ONU, 2015. Disponível em: https://www.un.org/ga/search/view_doc.asp?symbol=A/RES/70/1&Lang=E. Acesso em: 29 nov. 2021.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **WHO medicines strategy 2004-2007: countries at the core**. Geneva: World Health Organization, 2004a. 164 p. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/84307>. Acesso em: 29 nov. 2021.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **The World Medicines Situation**. Geneva: World Health Organization, 2004b. 146 p. Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/68735/WHO_EDM_PAR_2004.5.pdf. Acesso em: 30 abr. 2022.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Continuity and change: implementing the third WHO Medicines Strategy 2008-2013**. Geneva: World Health Organization, 2009. 32 p. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/70301>. Acesso em: 30 abr. 2022.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Redução das desigualdades no período de uma geração: igualdade na saúde através da acção sobre os seus determinantes sociais: Relatório Final da Comissão para os Determinantes Sociais da Saúde**. Portugal: Organização Mundial da Saúde, 2010. 276 p. Disponível em: https://dssbr.ensp.fiocruz.br/wp-content/uploads/2020/11/Relat%C3%B3rio_Final_OMS_Redu%C3%A7%C3%A3o-das-Desigualdades-no-per%C3%ADodo.pdf. Acesso em: 30 abr. 2022.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **World health statistics 2016: monitoring health for the SDGs, sustainable development goals**. Geneva: World Health Organization, 2016. 121 p. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/206498>. Acesso em: 30 abr. 2022.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **World health statistics 2021: monitoring health for the SDGs, sustainable development goals**. Geneva: World Health Organization, 2021. 121 p. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/342703>. Acesso em: 30 abr. 2022.

OXFAM BRASIL. **A distância que nos une: um retrato das desigualdades brasileiras**. São Paulo: Oxfam, 2017. 94 p. Disponível em: <https://www.oxfam.org.br/um-retrato-das-desigualdades-brasileiras/a-distancia-que-nos-une/>. Acesso em: 30 abr. 2022.

OXFAM BRASIL. **País estagnado: um retrato das desigualdades brasileiras**. São Paulo: Oxfam, 2018. 66 p. Disponível em: <https://www.oxfam.org.br/um-retrato-das-desigualdades-brasileiras/pais-estagnado/>. Acesso em: 30 abr. 2022.

PANIZ, Vera Maria Vieira *et al.* Acesso a medicamentos de uso contínuo em adultos e idosos nas regiões Sul e Nordeste do Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 2, p. 267-280, fev. 2008. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/s0102-311x2008000200005>. Acesso em: 29 nov. 2021.

SCOTT, Joan. Gênero: uma categoria útil de análise histórica. **Educação e Realidade**, [S.L.], v. 20, n. 2, p. 71-99, 1995. Disponível em: <https://www.seer.ufrgs.br/educacaoerealidade/article/viewFile/71721/40667>. Acesso em: 30 abr. 2022.

SILVA, Inácio Crochemore Mohnsam da *et al.* Mensuração de desigualdades sociais em saúde: conceitos e abordagens metodológicas no contexto brasileiro. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, [S.L.], v. 27, n. 1, p. 1-12, mar. 2018. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5123/s1679-49742018000100017>. Acesso em: 30 abr. 2022.

SILVA, Rondineli Mendes da; CAETANO, Rosângela. Costs of Public Pharmaceutical Services in Rio de Janeiro Compared to Farmácia Popular Program. **Revista de Saúde Pública**, [S.L.], v. 50, p. 1-11, 2016. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/s1518-8787.2016050006605>. Acesso em: 30 abr. 2022.

SIMÕES, Taynãna César *et al.* Prevalências de doenças crônicas e acesso aos serviços de saúde no Brasil: evidências de três inquéritos domiciliares. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S.L.], v. 26, n. 9, p. 3991-4006, set. 2021. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232021269.02982021>. Acesso em: 30 abr. 2022.

SOLLA, Jorge José Santos Pereira. Problemas e limites da utilização do conceito de classe social em investigações epidemiológicas: uma revisão crítica da literatura. **Cadernos de Saúde Pública**, [S.L.], v. 12, n. 2, p. 207-216, jun. 1996. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/s0102-311x1996000200009>. Acesso em: 30 abr. 2022.

STOPA, Sheila Rizzato *et al.* Pesquisa Nacional de Saúde 2019: histórico, métodos e perspectivas. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, [S.L.], v. 29, n. 5, p. 1-12, 2020. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/s1679-49742020000500004>. Acesso em: 29 nov. 2021.

TAQUETTE, Stella R. Interseccionalidade de gênero, classe e raça e vulnerabilidade de adolescentes negras às DST/aids. **Saúde e Sociedade**, [S.L.], v. 19, n. 2, p. 51-62, dez. 2010. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/s0104-12902010000600006>. Acesso em: 29 nov. 2021.

TAVARES, Noemia Urruth Leão *et al.* Uso de medicamentos para tratamento de doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: resultados da pesquisa nacional de saúde, 2013. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, [S.L.], v. 24, n. 2, p. 315-323, jun. 2015. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5123/s1679-49742015000200014>. Acesso em: 30 abr. 2022.

TAVARES, Noemia Urruth Leão *et al.* Free access to medicines for the treatment of chronic diseases in Brazil. **Revista de Saúde Pública**, [S.L.], v. 50, n. 2, p. 1s-10s, 2016. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/s1518-8787.2016050006118>. Acesso em: 29 nov. 2021.

TRAVASSOS, Claudia; MARTINS, Mônica. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, [S.L.], v. 20, n. 2, p. 190-198, 2004. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/s0102-311x2004000800014>. Acesso em: 29 nov. 2021.

VASCONCELOS, Daniela Moulin Maciel de *et al.* Política Nacional de Medicamentos em retrospectiva: um balanço de (quase) 20 anos de implementação. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S.L.], v. 22, n. 8, p. 2609-2614, ago. 2017. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232017228.02432017>. Acesso em: 29 nov. 2021.

VIANA, Ana Luiza; DAL POZ, Mario Roberto. A reforma do sistema de saúde no Brasil e o Programa de Saúde da Família. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, [S.L.], v. 8, n. 2, p. 11-48, 1998. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/physis/a/8mXrz3TFbzTFPKzYXV5FRrz/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 30 abr. 2022.

VIEIRA, Fabiola Sulpino. Assistência farmacêutica no sistema público de saúde no Brasil. **Revista Panamericana de Salud Pública**, [S.L.], v. 27, n. 2, p. 149-156, fev. 2010. Disponível em: <https://www.scielosp.org/article/rpsp/2010.v27n2/149-156/>. Acesso em: 29 nov. 2021.

VIEIRA, Fabiola Sulpino; ZUCCHI, Paola. Financiamento da assistência farmacêutica no sistema único de saúde. **Saúde e Sociedade**, [S.L.], v. 22, n. 1, p. 73-84, mar. 2013. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/s0104-12902013000100008>. Acesso em: 30 abr. 2022.

VIEIRA, Fabiola Sulpino; BENEVIDES, Rodrigo Pucci de Sá. Os impactos do novo regime fiscal para o financiamento do Sistema Único de Saúde e para a efetivação do direito à saúde no Brasil. **Nota Técnica nº 28 do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA)**. Brasília, 2016. Disponível em: https://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/nota_tecnica/160920_nt_28_disoc.pdf. Acesso em: 30 abr. 2022.

VILLAR, Eugenio. Los Determinantes Sociales de Salud y la lucha por la equidad en salud: desafíos para el estado y la sociedad civil. **Saúde e Sociedade**, [S.L.], v. 16, n. 3, p. 7-13, dez. 2007. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/s0104-12902007000300002>. Acesso em: 30 abr. 2022.

WHITEHEAD, Margaret. The concepts and principles of equity and health. **Health Promotion International**, [S.L.], v. 6, n. 3, p. 217-228, 1991. Disponível em: <https://doi.org/10.1093/heapro/6.3.217>. Acesso em: 29 nov. 2021.

ZINN, Maxine Baca; DILL, Bonnie Thornton. Theorizing Difference from Multiracial Feminism. **Feminist Studies**, [S.L.], v. 22, n. 2, p. 321, 1996. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.2307/3178416>. Acesso em: 29 nov. 2021.

PARTE II

Título do Artigo

Acesso a medicamentos e o Sistema Único de Saúde no enfrentamento das injustiças sociais.

Título resumido

O SUS no enfrentamento das injustiças sociais.

Descritores

Acesso a medicamentos; Sistema Único de Saúde; Interseccionalidade.

Resumo

Objetivo: Estimar as prevalências de acesso geral e acesso público a medicamentos prescritos na população brasileira em 2019 e identificar iniquidades de acesso, conforme as posições dos indivíduos nas intersecções de gênero, cor/raça, nível socioeconômico e território.

Métodos: Foram analisados dados coletados na Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) de 2019, inquérito de saúde de base domiciliar representativo da população brasileira, de respondentes de 15 anos ou mais de idade, que tiveram prescrição de algum medicamento em atendimento de saúde realizado nas duas semanas anteriores à entrevista (n = 19.819). A variável de desfecho foi o acesso a medicamentos, subdividido em acesso geral e acesso público. As variáveis independentes do estudo foram utilizadas para representar os eixos de marginalização: gênero, cor/raça, nível socioeconômico e território. Foram estimadas as prevalências de acesso geral e acesso público nos diferentes grupos analisados e para testar a associação dos desfechos com as variáveis de exposição foram estimados *odds ratio* (OR) por meio de modelos de regressão logística.

Resultados: Foi encontrada alta prevalência de acesso geral (84,9%), quando consideradas todas as fontes de obtenção, favorecendo segmentos populacionais de maior privilégio, como homens, brancos e de alto nível socioeconômico. Quando considerada apenas a obtenção no SUS dos medicamentos prescritos no próprio sistema, a prevalência observada foi baixa (30,4%), com reversão do cenário em favor de segmentos populacionais de status sociais mais baixos, como mulheres, negras e de baixo nível socioeconômico.

Conclusões: O acesso a medicamentos por meio do SUS é um importante instrumento de combate às iniquidades interseccionais, evidenciando que o SUS é uma política pública eficiente na promoção da justiça social.

Introdução

O acesso a medicamentos é parte integrante do direito à saúde e considerado um direito humano, tendo sido incorporado às metas dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio e à Agenda 2030 para o desenvolvimento sustentável, estabelecida pela Organização das Nações Unidas (ONU)^{1,2,3}. No cenário mundial, as injustiças no acesso a medicamentos continuam a ser a característica evidente no campo da saúde. Apesar dos esforços da Organização Mundial da Saúde (OMS) para o alcance da meta da cobertura universal de saúde, que inclui o acesso a medicamentos, como a adoção de uma lista modelo de medicamentos essenciais, ainda se aponta para variações substanciais no acesso a medicamentos entre os países. Aproximadamente em 30% de 25 países pesquisados pela OMS, nenhuma unidade de saúde no âmbito da atenção primária dispõe de medicamentos acessíveis⁴.

Especificamente no Brasil, a partir do movimento da Reforma Sanitária Brasileira, que resultou na criação do Sistema Único de Saúde (SUS), o acesso a medicamentos evoluiu do pensamento centrado apenas no insumo para ser uma prioridade estratégica dentro da Política Nacional de Saúde. A Política Nacional de Medicamentos (PNM) foi aprovada a partir da necessidade de avanços para garantir a Assistência Farmacêutica (AF), na perspectiva da integralidade, como política norteadora para formulação de políticas setoriais. Encaminhamentos da 1ª Conferência Nacional de Medicamentos e Assistência Farmacêutica de 2003, resultaram na aprovação da Política Nacional de Assistência Farmacêutica (PNAF), por meio de uma resolução do Conselho Nacional de Saúde. Essas políticas estabeleceram o acesso gratuito a medicamentos essenciais como direito dos cidadãos brasileiros e efetivaram a AF como política pública de saúde no país^{5,6,7}.

Estudos brasileiros, realizados a partir dos anos 2000, evidenciaram um aumento na prevalência de acesso a medicamentos, quando considerando todas fontes de acesso. No entanto, ainda são identificadas importantes iniquidades de acesso entre segmentos da população caracterizados por diferentes marcadores de injustiça, como condição socioeconômica e região de residência^{8,9,10,11,12,13,14}. Os estudos até então realizados evidenciam que o acesso a medicamentos de forma gratuita favorece pessoas mais pobres^{11,13,14}, de menor escolaridade e de cor/raça preta⁹. Ademais, observam-se estudos que

buscaram avaliar populações específicas, limitando-se à análise de um único eixo de marginalização e desconsiderando a inter-relação entre múltiplos sistemas de opressão^{15,16}.

Em pesquisas sobre iniquidades em saúde, tem-se destacado a abordagem da interseccionalidade. Concebida no movimento feminista negro dos anos de 1980 nos Estados Unidos, a interseccionalidade tem sido acionada para explicar como o entrelaçamento e a sobreposição de múltiplos eixos de marginalização e opressão, como gênero, raça e classe, moldam as experiências dos indivíduos de acordo com suas posições dentro de estruturas de poder da sociedade, produzindo formas complexas de opressão para uns e de privilégio para outros^{17,18,19}.

Estudos de base populacional sobre iniquidades no acesso a medicamentos ainda são escassos no Brasil^{9,12,13,14}. Isto se torna ainda mais preocupante ao se considerar o contexto do país após 2016, que inclui a adoção de medidas de austeridade fiscal, o subfinanciamento das políticas de saúde e a aprovação da Emenda Constitucional nº 95, que tem como uma de suas principais implicações o agravamento das desigualdades sociais e a piora de indicadores de saúde^{20,21,22}. Neste cenário, uma perspectiva interseccional pode ser valiosa para identificar segmentos populacionais que são multiplamente marginalizados^{23,24} e para ampliar o conhecimento acerca das iniquidades no acesso aos medicamentos no Brasil. Além disso, destaca-se a ausência de estudos populacionais sobre o tema utilizando a perspectiva interseccional.

Com isso, o objetivo deste estudo foi de estimar as prevalências de acesso geral e acesso público a medicamentos prescritos na população brasileira em 2019 e identificar iniquidades no acesso, conforme as posições dos indivíduos nas intersecções de gênero, cor/raça, nível socioeconômico e território.

Métodos

No presente estudo, foram analisados dados coletados na Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) de 2019, realizada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, (IBGE) em parceria com o Ministério da Saúde (MS). A PNS é um inquérito de saúde de base domiciliar, representativo da população brasileira com objetivo de levantar informações sobre o uso dos serviços de saúde, as condições de saúde da população brasileira e as doenças crônicas, incluindo seus fatores de risco^{25,26}.

O plano amostral empregado foi por conglomerado, em três estágios de seleção: Unidade Primária de Amostragem (UPA), representada pelos setores censitários ou conjunto de setores, obtida da Amostra Mestra do IBGE; domicílio, selecionado por amostragem aleatória simples; e morador com 15 anos ou mais de idade, selecionado por amostragem aleatória simples, com base na lista de moradores obtida no momento da entrevista^{25,26}.

Para a realização das entrevistas, foram utilizados Dispositivos Móveis de Coleta (DMC) e, ao todo, os agentes de coleta da PNS visitaram 108.525 domicílios em todo o território brasileiro, tendo realizado 94.114 entrevistas, com taxa de não resposta de 6,4%. O questionário da PNS 2019 foi composto por 26 módulos, divididos em três seções: domiciliar, de todos os moradores e do morador selecionado. As duas primeiras seções foram respondidas por um morador de idade igual ou superior a 18 anos, que sabia informar sobre a situação socioeconômica e de saúde de todos os moradores. A coleta de dados ocorreu entre agosto de 2019 e março de 2020. Os dados obtidos na PNS 2019 são de domínio público, disponibilizados no *website* do IBGE. A PNS 2019 foi aprovada pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), sob parecer de nº 3.529.376^{25,26}.

Na análise, foram incluídos apenas os respondentes de 15 anos ou mais de idade, residentes em domicílios particulares do território brasileiro, que procuraram atendimento de saúde e foram atendidas nas duas semanas anteriores à entrevista com a prescrição de algum medicamento neste atendimento. A variável de desfecho deste estudo foi o acesso a medicamentos, subdividido em acesso geral e acesso público. Considerou-se a obtenção dos medicamentos como medida de acesso.

Para mensurar o acesso geral, foi utilizada a pergunta: “Conseguiu obter os medicamentos receitados?” As possíveis respostas eram: “Sim, todos”; “Sim, alguns”; e “Não, nenhum”. Caracterizou-se o acesso a medicamentos como uma variável dicotômica, sendo a primeira opção de resposta considerada como acesso total e as demais, ausência de acesso total. Para a estimativa do acesso público, foram considerados apenas os respondentes cujo atendimento de saúde realizado nos últimos 14 dias foi feito pelo SUS. O acesso público foi mensurado por meio da pergunta: “Algum dos medicamentos foi obtido em serviço público de saúde?” Da mesma forma que para o acesso geral, a resposta “Sim, todos” foi considerada como acesso total e as respostas “Sim, alguns” e “Não, nenhum” foram consideradas como ausência do mesmo.

As variáveis independentes do estudo foram utilizadas para representar os eixos de marginalização. Gênero, categorizado de forma dicotômica em “Homem” ou “Mulher”; cor/raça, coletada de acordo com as categorias padronizadas pelo IBGE, sendo dicotomizada em “Branca” e “Negra”, com as categorias “Preta” e “Parda” incluídas nesta última. Devido ao pequeno tamanho amostral, as categorias “Amarela” e “Indígena” não foram consideradas neste estudo; nível socioeconômico, operacionalizado pela escolaridade, classificada em “baixo nível socioeconômico” (8 anos de estudo ou menos) e “alto nível socioeconômico” (mais de 8 anos de estudo); e território, operacionalizado pela macrorregião de residência no país (Norte; Nordeste; Sudeste; Sul; e Centro-Oeste), identificada pela UF preenchida no questionário. Foram analisados oito grupos de acordo com as intersecções de gênero, cor/raça e nível socioeconômico: homens brancos de alto nível socioeconômico; homens brancos de baixo nível socioeconômico; homens negros de alto nível socioeconômico; homens negros de baixo nível socioeconômico; mulheres brancas de alto nível socioeconômico; mulheres brancas de baixo nível socioeconômico; mulheres negras de alto nível socioeconômico; e mulheres negras de baixo nível socioeconômico. Posteriormente, cada grupo interseccional foi analisado de acordo com a macrorregião da residência.

Foi realizada a análise descritiva da amostra e foram apresentadas as frequências relativas dos desfechos, acompanhadas de seus intervalos de confiança de 95% (IC 95%), nas diferentes categorias das variáveis independentes e nos grupos interseccionais. Para testar a associação dos desfechos com as variáveis de exposição, foram analisados três modelos de regressão logística. No Modelo 1, foi estimado o efeito de cada uma das variáveis explicativas sobre os dois desfechos. O Modelo 2 incluiu o ajuste entre as variáveis gênero, cor/raça, nível socioeconômico e território. O Modelo 3 foi ajustado para as variáveis grupos interseccionais e território. As estimativas dos coeficientes de regressão, representadas como *odds ratio* (OR), também foram apresentadas com seus IC 95%. As análises estatísticas foram realizadas no pacote estatístico Stata, versão 15.1 (Stata Corporation, College Station, Estados Unidos), tendo sido considerados os pesos e a estrutura complexa da amostra em todos os cálculos.

Resultados

Foram incluídos na análise 19.819 entrevistados com idade maior ou igual a 15 anos de idade, que tiveram atendimento de saúde nas duas semanas anteriores à entrevista e com a prescrição de algum medicamento neste atendimento. Foram excluídos da análise 4.934

respondentes de idade inferior a 15 anos, que referiram cor/raça “Amarela”, “Indígena” ou cuja informação sobre essa variável foi ignorada. Para análise do acesso geral, todos os 19.819 entrevistados foram incluídos. Deste total, 12.494 (60,0%) tiveram atendimento realizado pelo SUS, sendo que desses, 9.989 (79,9%) apresentavam informação válida quanto ao acesso do medicamento pelo serviço público de saúde.

A Tabela 1 apresenta a descrição da amostra para ambos os desfechos, que foi composta majoritariamente por mulheres (64,2% e 64,8%), respondentes de cor/raça negra (52,6% e 59,6%) e residentes da região Sudeste (47,2% e 42,4%). Para o desfecho de acesso geral, participantes de alto nível socioeconômico (52,6%) e do grupo interseccional de mulheres, brancas e de alto nível socioeconômico (17,7%) representaram a maioria dos participantes. No caso do desfecho do acesso público, a maioria dos respondentes foi composta por pessoas de baixo nível socioeconômico (59,0%) e do grupo interseccional de mulheres, negras e de baixo nível socioeconômico (22,6%).

Tabela 1. Descrição da amostra de acordo com gênero, cor/raça, nível socioeconômico, território, grupo interseccional e acesso aos medicamentos prescritos. Pesquisa Nacional de Saúde, Brasil, 2019.

Variável	Acesso geral n (%)	Acesso público n (%)
Gênero		
Homem	6.985 (35,8)	3.526 (35,2)
Mulher	12.834 (64,2)	6.463 (64,8)
Cor/raça		
Branca	7.851 (47,4)	3.252 (40,4)
Negra	11.968 (52,6)	6.737 (59,6)
Nível socioeconômico		
Alto	10.160 (52,6)	4.015 (41,0)
Baixo	9.659 (47,4)	5.974 (59,0)
Território		
Sul	2.685 (15,6)	1.274 (15,8)
Sudeste	4.783 (47,2)	2.037 (42,4)
Centro-Oeste	2.220 (7,0)	970 (6,8)
Nordeste	6.617 (23,9)	3.672 (27,7)
Norte	3.514 (6,3)	2.036 (7,3)
Grupos interseccionais		
Homens, brancos, alto nível socioeconômico	1.574 (10,0)	446 (6,2)
Homens, brancos, baixo nível socioeconômico	1.249 (7,2)	733 (8,3)
Homens, negros, alto nível socioeconômico	1.770 (8,1)	778 (7,0)
Homens, negros, baixo nível socioeconômico	2.392 (10,5)	1.569 (13,7)
Mulheres, brancas, alto nível socioeconômico	2.932 (17,7)	904 (11,6)
Mulheres, brancas, baixo nível socioeconômico	2.096 (12,6)	1.169 (14,3)
Mulheres, negras, alto nível socioeconômico	3.884 (16,8)	1.887 (16,3)
Mulheres, negras, baixo nível socioeconômico	3.922 (17,1)	2.503 (22,6)
Acesso aos medicamentos prescritos		
Não	3.139 (15,1)	6.906 (69,6)
Sim	16.680 (84,9)	3.083 (30,4)
Total	19.819	9.989

A prevalência de acesso geral encontrada neste estudo foi de 84,9% (Tabela 2). Quando se considerou apenas o acesso a medicamentos no SUS com prescrições originadas no próprio sistema, a prevalência observada foi de 30,4%. Homens (86,8%), participantes que referiram cor/raça branca (86,6%), de alto nível socioeconômico (86,6%) e residentes da região Sul (86,1%) tiveram maiores prevalências de acesso geral. Quando analisado apenas o acesso a medicamentos no setor público, maiores prevalências foram observadas em homens (30,7%), respondentes de cor/raça negra (31,0%), entrevistados de baixo nível socioeconômico (31,6%) e residentes da região Sudeste (33,6%). Quanto aos grupos interseccionais, homens, brancos e de alto nível socioeconômico (90,2%) tiveram a maior

prevalência de acesso geral, enquanto que as mulheres, negras e de baixo nível socioeconômico (32,5%), a maior prevalência de acesso público.

Tabela 2. Prevalências observadas de acesso geral (obtenção em qualquer fonte) e público (prescrição e obtenção no sistema público de saúde) de medicamentos prescritos de acordo com gênero, cor/raça, nível socioeconômico, território e grupo interseccional. Pesquisa Nacional de Saúde, Brasil, 2019.

Variável	Prevalência de acesso geral % (IC_{95%})	Prevalência de acesso público % (IC_{95%})
Gênero		
Homem	86,8 (85,5-88,0)	30,7 (28,2-33,3)
Mulher	83,8 (82,7-84,8)	30,2 (28,3-32,2)
Cor/raça		
Branca	86,6 (85,2-87,8)	29,5 (26,9-32,1)
Negra	83,3 (82,1-84,5)	31,0 (29,0-33,0)
Nível socioeconômico		
Alto	86,6 (85,4-87,7)	28,6 (26,3-31,1)
Baixo	83,0 (81,7-84,2)	31,6 (29,5-33,7)
Território		
Sul	86,1 (84,1-87,9)	31,6 (28,2-35,3)
Sudeste	85,7 (84,1-87,2)	33,6 (30,6-36,7)
Centro-Oeste	85,5 (83,3-87,5)	26,3 (22,6-30,3)
Nordeste	83,3 (81,8-84,7)	26,5 (24,4-28,6)
Norte	80,5 (78,1-82,7)	27,7 (24,8-30,9)
Grupos interseccionais		
Homens, brancos, alto nível socioeconômico	90,2 (87,7-92,2)	30,8 (23,8-38,8)
Homens, brancos, baixo nível socioeconômico	85,0 (81,8-87,7)	30,6 (25,7-36,1)
Homens, negros, alto nível socioeconômico	87,6 (84,9-89,9)	28,3 (23,5-33,6)
Homens, negros, baixo nível socioeconômico	84,1 (81,7-86,3)	31,9 (28,4-35,6)
Mulheres, brancas, alto nível socioeconômico	87,0 (84,9-88,9)	26,8 (22,3-31,8)
Mulheres, brancas, baixo nível socioeconômico	84,0 (81,6-86,2)	30,4 (26,4-34,6)
Mulheres, negras, alto nível socioeconômico	83,5 (81,5-85,4)	29,3 (26,2-32,6)
Mulheres, negras, baixo nível socioeconômico	80,6 (78,5-82,6)	32,5 (29,1-36,0)
Total	84,9 (84,0-85,7)	30,4 (28,8-32,0)

A análise das prevalências de ambos os desfechos de cada grupo interseccional estratificado por macrorregião também foi realizada, no entanto, as estimativas encontradas foram acompanhadas de baixa precisão. A partir das análises nos modelos de regressão logística, observa-se na Tabela 3 que o *odds* de prevalência de acesso geral foi menor para as mulheres, respondentes de cor/raça negra, para aqueles de baixo nível socioeconômico (Modelos 1 e 2) e residentes da região Norte do país (Modelos 1, 2 e 3). Ao analisar os grupos interseccionais, verificou-se que, tanto na análise bivariada (Modelo 1), quanto na análise

ajustada (Modelo 3), todos os grupos interseccionais, exceto homens, negros de alto nível socioeconômico, tiveram menores *odds* de prevalência de acesso geral em relação aos homens, brancos e de alto nível socioeconômico.

Tabela 3. *Odds ratio* (OR) estimadas nos modelos de regressão logística para o acesso geral a medicamentos prescritos de acordo com as variáveis de exposição. Pesquisa Nacional de Saúde, Brasil, 2019.

Variável	Modelo 1 OR (IC _{95%})	Modelo 2 OR (IC _{95%})	Modelo 3 OR (IC _{95%})
Gênero			
Homem	1,00	1,00	
Mulher	0,79 (0,70-0,89)	0,78 (0,69-0,89)	
Cor/raça			
Branca	1,00	1,00	
Negra	0,78 (0,68-0,89)	0,83 (0,72-0,96)	
Nível socioeconômico			
Alto	1,00	1,00	
Baixo	0,75 (0,66-0,86)	0,77 (0,68-0,87)	
Território			
Sul	1,00	1,00	1,00
Sudeste	0,97 (0,79-1,19)	0,98 (0,80-1,21)	0,98 (0,80-1,20)
Centro-Oeste	0,95 (0,76-1,20)	1,01 (0,79-1,29)	1,01 (0,79-1,29)
Nordeste	0,81 (0,67-0,98)	0,89 (0,73-1,09)	0,89 (0,73-1,09)
Norte	0,67 (0,54-0,83)	0,73 (0,58-0,92)	0,73 (0,58-0,92)
Grupos interseccionais			
Homens, brancos, alto nível socioeconômico	1,00		1,00
Homens, brancos, baixo nível socioeconômico	0,62 (0,44-0,87)		0,62 (0,44-0,87)
Homens, negros, alto nível socioeconômico	0,77 (0,55-1,08)		0,80 (0,57-1,14)
Homens, negros, baixo nível socioeconômico	0,58 (0,43-0,79)		0,60 (0,44-0,83)
Mulheres, brancas, alto nível socioeconômico	0,73 (0,55-0,98)		0,73 (0,55-0,98)
Mulheres, brancas, baixo nível socioeconômico	0,57 (0,42-0,77)		0,58 (0,43-0,78)
Mulheres, negras, alto nível socioeconômico	0,55 (0,42-0,73)		0,58 (0,44-0,77)
Mulheres, negras, baixo nível socioeconômico	0,45 (0,34-0,60)		0,48 (0,35-0,64)

Quanto ao acesso público (Tabela 4), entrevistados de baixo nível socioeconômico apresentaram maior *odds* de prevalência do desfecho (17%) quando comparado aos de alto nível socioeconômico (Modelo 2). A análise bivariada indicou que residentes da região Nordeste tiveram menor *odds* de prevalência de acesso público em relação aos moradores da região Sul (Modelo 1). Na análise ajustada, observou-se menor *odds* de acesso público também para os moradores das regiões Centro-Oeste e Norte (Modelos 2 e 3). Um quarto modelo – não apresentado nas tabelas – foi estimado para testar a interação entre as variáveis território e grupos interseccionais para os dois desfechos. Contudo, nenhuma interação pronunciada foi identificada.

Tabela 4. Odds ratio (OR) estimadas nos modelos de regressão logística para o acesso público a medicamentos prescritos no SUS de acordo com as variáveis de exposição. Pesquisa Nacional de Saúde, Brasil, 2019.

Variável	Modelo 1 OR (IC _{95%})	Modelo 2 OR (IC _{95%})	Modelo 3 OR (IC _{95%})
Gênero			
Homem	1,00	1,00	
Mulher	0,98 (0,84-1,13)	0,99 (0,85-1,15)	
Cor/raça			
Branca	1,00	1,00	
Negra	1,07 (0,92-1,26)	1,17 (0,99-1,38)	
Nível socioeconômico			
Alto	1,00	1,00	
Baixo	1,15 (0,99-1,33)	1,17 (1,01-1,36)	
Território			
Sul	1,00	1,00	1,00
Sudeste	1,09 (0,88-1,35)	1,07 (0,86-1,34)	1,08 (0,87-1,34)
Centro-Oeste	0,77 (0,59-1,00)	0,73 (0,56-0,96)	0,73 (0,56-0,96)
Nordeste	0,78 (0,64-0,95)	0,72 (0,59-0,89)	0,72 (0,59-0,89)
Norte	0,83 (0,66-1,04)	0,78 (0,61-0,99)	0,78 (0,61-0,99)
Grupos interseccionais			
Homens, brancos, alto nível socioeconômico	1,00		1,00
Homens, brancos, baixo nível socioeconômico	0,99 (0,65-1,52)		1,03 (0,68-1,58)
Homens, negros, alto nível socioeconômico	0,88 (0,58-1,36)		0,96 (0,63-1,48)
Homens, negros, baixo nível socioeconômico	1,05 (0,71-1,55)		1,19 (0,80-1,75)
Mulheres, brancas, alto nível socioeconômico	0,82 (0,54-1,25)		0,83 (0,54-1,26)
Mulheres, brancas, baixo nível socioeconômico	0,98 (0,65-1,48)		1,01 (0,67-1,52)
Mulheres, negras, alto nível socioeconômico	0,93 (0,63-1,37)		1,05 (0,71-1,53)
Mulheres, negras, baixo nível socioeconômico	1,08 (0,73-1,60)		1,22 (0,83-1,81)

Discussão

Ecoando outros estudos de base populacional que analisaram amostras representativas da população brasileira, a prevalência de acesso geral a medicamentos prescritos encontrada neste estudo foi alta (84,9%), quando considerado qualquer tipo de fonte obtenção (público, privado e misto)^{10,12}. Foi constatada maior prevalência de acesso geral em segmentos populacionais de maior privilégio, como homens, brancos e de alto nível socioeconômico. Quando se considera apenas o acesso a medicamentos no sistema público, a prevalência é considerada baixa (30,4%), mas, o cenário é revertido para maior prevalência de acesso entre pessoas de cor/raça negra e de baixo nível socioeconômico. Inclusive, observou-se maior prevalência de acesso público para mulheres, negras e de baixo nível socioeconômico (Tabela 2). Isso indica que o SUS torna-se a única alternativa de acesso para aqueles que não conseguem obter os medicamentos fora do sistema público, principalmente, por não conseguirem arcar com seus custos e pelo comprometimento de renda gerado por esse gasto²⁷. Esses achados corroboram com outros estudos que indicam que a provisão gratuita de medicamentos diminui as iniquidades de acesso^{9, 11, 12, 13, 14, 22}, apontando ainda que, o acesso a

medicamentos por meio do SUS é um importante instrumento de combate às iniquidades interseccionais.

Apesar disso, a baixa prevalência de acesso identificada para a obtenção no SUS de medicamentos prescritos no próprio sistema ainda é preocupante, com indicativos de queda nos últimos anos. Na análise dos dados obtidos a partir da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios de 2008, Boing et al.⁹ (2013), identificou prevalência de acesso público de 45,3%, enquanto que na PNS de 2013 o percentual identificado foi de 31,6%²². Isso demonstra que, apesar dos avanços alcançados com a implementação de políticas de medicamentos e de AF no país, a provisão de medicamentos pelo sistema público de saúde de acordo com as necessidades da população, ainda permanece como desafio. Nesse sentido, os avanços envolvem o monitoramento das políticas públicas, investimentos públicos em pesquisa e desenvolvimento, financiamento equitativo, sistemas de suprimentos adequados e promoção do uso racional²⁸.

A análise interseccional realizada demonstrou que apesar dos homens terem maiores chances de acesso geral, alguns segmentos populacionais, como os homens, brancos e de baixo nível socioeconômico e os homens, negros e de baixo nível socioeconômico tiveram *odds* de acesso aproximadamente 40% menor, quando comparados aos entrevistados do mesmo gênero, de cor/raça branca e de alto nível socioeconômico. Isso revela que a análise interseccional favorece a identificação de grupos populacionais mais invisibilizados, que poderiam ser ignorados ao se analisar apenas um único eixo de iniquidade ou de múltiplos eixos isoladamente. Além disso, a análise interseccional permite observar diferenças substanciais na magnitude das iniquidades de acesso. Enquanto as mulheres tiveram *odds* de acesso geral aproximadamente 20% menor, as mulheres, brancas e de alto nível socioeconômico tiveram *odds* 27% menor e as mulheres, negras e de baixo nível socioeconômico, *odds* 55% menor, quando comparadas aos homens, brancos e de alto nível socioeconômico (Tabela 3). A pesquisa de Katrein et al.¹⁵ (2015), ao analisar a prevalência de acesso a medicamentos para o tratamento de doenças crônicas em mulheres brasileiras utilizando dados da Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Mulher e da Criança (PNDS) de 2006, já havia indicado situação de maior vulnerabilidade entre as que têm maior número de doenças e as que são mais pobres.

Diferentemente do acesso geral, o acesso público não foi marcado por iniquidades interseccionais de expressiva magnitude. No entanto, quanto ao território, representado pelas

macrorregiões do país, a análise dos dados obtidos na PNS de 2019 evidenciou que as iniquidades regionais de acesso público a medicamentos ainda persistem (Tabela 4). Esse achado aponta para fragilidades na estruturação dos serviços de saúde no país, principalmente quanto a disponibilidade dos medicamentos nas farmácias do SUS¹⁰. Somado a isso, o subfinanciamento da saúde nos últimos anos e a limitação dos gastos públicos com a Emenda Constitucional nº 95 para os próximos, também são preocupantes²⁹. Soma-se a este cenário o crescente fenômeno da judicialização de medicamentos, que compromete o princípio do SUS da equidade, levando, ainda, a um gasto público expressivo com a provisão de medicamentos por fora das políticas públicas, inclusive, com aqueles que constam na Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME)^{30,31}.

Dentre as limitações do estudo, destaca-se a inclusão, apenas, de pessoas atendidas por serviço de saúde nas duas últimas semanas anteriores à entrevista. Considerando que o acesso a medicamentos prescritos está diretamente relacionado ao acesso aos cuidados em saúde, são excluídas as pessoas que não chegam aos serviços de saúde. Em análise de dados da PNS de 2013, observou-se que pessoas negras e de baixo nível socioeconômico possuem maiores chances de relatar dificuldade de acesso aos serviços de saúde³². Ademais, pode-se prever um possível viés de memória em decorrência do período recordatório e autorrelato sobre os desfechos analisados. No entanto, estudo que comparou períodos recordatórios diferentes para o autorrelato de uso de medicamentos, identificou pouco efeito desse viés nas prevalências observadas, recomendando-se a adoção de 14 dias como período recordatório, para permitir comparações entre estudos³³. Ainda que importantes desafios estejam colocados para o emprego da teoria social da interseccionalidade como ferramenta de análise em estudos epidemiológicos³⁴, destaca-se essa abordagem como ponto forte deste estudo, sendo precursor na análise de iniquidades no acesso a medicamentos utilizando-se dessa perspectiva.

Conclui-se que, a prevalência na população brasileira de acesso geral a medicamentos prescritos é maior para segmentos populacionais de status sociais mais altos, enquanto que o acesso público favorece os de status sociais mais baixos, inclusive, ao se considerar a intersecção de múltiplos eixos de marginalização, evidenciando que o SUS é uma política pública eficiente na promoção da justiça social.

Material Suplementar

Tabela 1. Prevalências observadas de acesso geral (obtenção do medicamento prescrito em qualquer fonte) de acordo com grupo interseccional. Pesquisa Nacional de Saúde, Brasil, 2019.

Grupos interseccionais	Prevalência de acesso geral (IC _{95%})				
	Sul	Sudeste	Centro-Oeste	Nordeste	Norte
Homens, brancos, alto nível socioeconômico	88,6 (84,1-91,9)	91,4 (87,6-94,1)	87,5 (79,9-92,5)	88,6 (81,7-93,1)	87,7 (78,6-93,3)
Homens, brancos, baixo nível socioeconômico	85,7 (80,1-90,0)	85,2 (79,3-89,7)	86,8 (78,1-92,4)	82,7 (76,5-87,6)	85,1 (70,9-93,0)
Homens, negros, alto nível socioeconômico	88,0 (70,9-95,7)	88,8 (84,1-92,2)	87,0 (78,1-92,6)	88,7 (85,2-91,5)	78,8 (68,9-86,2)
Homens, negros, baixo nível socioeconômico	82,0 (72,8-88,5)	85,9 (80,8-89,8)	84,2 (78,2-88,8)	84,2 (80,7-87,1)	78,6 (73,6-82,8)
Mulheres, brancas, alto nível socioeconômico	88,2 (84,9-90,9)	87,0 (83,5-89,8)	86,4 (79,8-91,0)	85,9 (81,3-89,5)	85,1 (78,8-89,7)
Mulheres, brancas, baixo nível socioeconômico	84,6 (80,8-87,8)	84,4 (80,0-88,0)	82,7 (73,8-89,0)	82,1 (77,1-86,2)	84,2 (77,7-89,0)
Mulheres, negras, alto nível socioeconômico	81,0 (71,7-87,8)	84,1 (80,1-87,4)	89,4 (86,1-92,1)	82,9 (79,9-85,5)	78,4 (73,8-82,3)
Mulheres, negras, baixo nível socioeconômico	86,5 (80,7-90,7)	79,9 (75,3-83,9)	80,1 (74,0-85,1)	80,0 (77,3-82,5)	80,8 (76,8-84,2)
Total	86,1 (84,1-87,9)	85,7 (84,1-87,2)	85,5 (83,3-87,5)	83,3 (81,8-84,7)	80,5 (78,1-82,7)

Tabela 2. Prevalências observadas de acesso público (prescrição e obtenção do medicamento no sistema público de saúde) de acordo com grupo interseccional. Pesquisa Nacional de Saúde, Brasil, 2019.

Grupos interseccionais	Prevalência de acesso público (IC _{95%})				
	Sul	Sudeste	Centro-Oeste	Nordeste	Norte
Homens, brancos, alto nível socioeconômico	29,5 (20,4-40,6)	36,7 (25,7-49,2)	18,2 (9,0-33,3)	13,6 (7,7-22,9)	15,7 (7,5-29,7)
Homens, brancos, baixo nível socioeconômico	32,4 (24,9-40,8)	33,6 (24,0-44,7)	35,0 (21,4-51,7)	21,8 (15,3-30,1)	30,7 (18,4-46,5)
Homens, negros, alto nível socioeconômico	34,6 (19,3-53,9)	32,6 (24,0-42,4)	21,1 (11,5-35,5)	22,3 (16,1-30,0)	26,5 (20,0-34,3)
Homens, negros, baixo nível socioeconômico	30,6 (20,7-42,7)	39,2 (31,7-47,3)	31,8 (23,4-41,5)	25,8 (21,8-30,2)	28,7 (23,0-35,1)
Mulheres, brancas, alto nível socioeconômico	25,5 (18,7-33,7)	30,6 (23,5-38,7)	17,9 (10,3-29,2)	16,8 (11,9-23,0)	23,5 (15,7-33,5)
Mulheres, brancas, baixo nível socioeconômico	28,3 (22,5-34,8)	34,7 (27,3-42,9)	25,5 (16,4-37,2)	26,6 (21,0-33,2)	20,1 (12,3-31,1)
Mulheres, negras, alto nível socioeconômico	41,8 (30,6-54,0)	30,8 (24,7-37,7)	23,9 (18,3-30,5)	26,7 (22,6-31,3)	28,7 (23,6-34,6)
Mulheres, negras, baixo nível socioeconômico	40,9 (32,9-49,4)	32,9 (25,2-41,6)	29,3 (22,8-36,8)	31,3 (27,5-35,4)	29,9 (24,9-35,4)
Total	31,6 (28,2-35,3)	33,6 (30,6-36,7)	26,3 (22,6-30,3)	26,5 (24,4-28,6)	27,7 (24,8-30,9)

Referências

1. Organização das Nações Unidas. Objetivos de Desenvolvimento do Milênio. Nova York: ONU, 2000. Disponível em: <https://www.un.org/millenniumgoals/bkgd.shtml>.
2. Hunt P, Khosla R. Acesso a medicamentos como um direito humano. *Sur Revista Internacional de Direitos Humanos*. 2008 Jun;5(8):100–21. <https://doi.org/10.1590/S1806-64452008000100006>.
3. Organização das Nações Unidas. Transformando o nosso mundo: a Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável. Nova York: ONU, 2015. Disponível em: <https://brasil.un.org/sites/default/files/2020-09/agenda2030-pt-br.pdf>.
4. Organização Mundial da Saúde. World health statistics 2021: monitoring health for the SDGs, sustainable development goals. Geneva: World Health Organization, 2021. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/342703>.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.916 de 1998. Aprova a Política Nacional de Medicamentos. 1998. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1998/prt3916_30_10_1998.html.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional De Saúde. Resolução nº 338, de 6 de maio de 2004. Aprova a Política Nacional de Assistência Farmacêutica. 2004. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2004/res0338_06_05_2004.html.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. 1ª Conferência Nacional de Medicamentos e Assistência Farmacêutica - Relatório Final: efetivando o acesso, a qualidade e a humanização na assistência farmacêutica, com controle social. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. Disponível em: https://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/confer_nacional_de%20medicamentos.pdf.
8. 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. *Cadernos de Saúde Pública*. 2008 Feb;24(2):267–80. <http://dx.doi.org/10.1590/s0102-311x2008000200005>.
9. 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. *Cadernos de Saúde Pública*. 2013 Apr;29(4):691–701. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2013000400007>.
10. Oliveira MA, Luiza VL, Tavares NUL, Mengue SS, Arrais PSD, Farias MR, et al. Acesso a medicamentos para doenças crônicas no Brasil: uma abordagem multidimensional. *Revista de Saúde Pública*. 2016 Dec 12;50. <http://dx.doi.org/10.1590/s1518-8787.2016050006161>.

11. Tavares NUL, Luiza VL, Oliveira MA, Costa KS, Mengue SS, Arrais PSD, et al. Free access to medicines for the treatment of chronic diseases in Brazil. *Revista de Saúde Pública*. 2016;50(suppl 2). <http://dx.doi.org/10.1590/s1518-8787.2016050006118>.
12. Drummond ED, Simões TC, Andrade FB de. Acesso da população brasileira adulta a medicamentos prescritos. *Revista Brasileira de Epidemiologia*. 2018 Aug 2;21(0). <http://dx.doi.org/10.1590/1980-549720180007>.
13. Drummond ED, Simões TC, Andrade FB de. Mudanças no acesso gratuito a medicamentos prescritos no sistema público de saúde no Brasil. *Cadernos Saúde Coletiva*. 2022 Mar;30(1):56–67. <http://dx.doi.org/10.1590/1414-462x202230010172>.
14. Moraes RM de, Santos MAB dos, Vieira FS, Almeida RT de. Cobertura de políticas públicas e acesso a medicamentos no Brasil. *Revista de Saúde Pública*. 2022 Jun 24;56:58. <http://dx.doi.org/10.11606/s1518-8787.2022056003898>.
15. Katrein F, Tejada CAO, Restrepo-Méndez MC, Bertoldi AD. Desigualdade no acesso a medicamentos para doenças crônicas em mulheres brasileiras. *Cadernos de Saúde Pública*. 2015 Jul;31(7):1416–26. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00083614>.
16. Fernandes CSE, Lima MG, Barros MB de A. Problemas emocionais e uso de medicamentos psicotrópicos: uma abordagem da desigualdade racial. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2020 May;25(5):1677–88. <https://doi.org/10.1590/1413-81232020255.33362019>.
17. Crenshaw K. Demarginalizing the Intersection of Race and sex: a Black Feminist Critique of Antidiscrimination doctrine, Feminist Theory and Antiracist Politics. *University of Chicago Legal Forum* [Internet]. 1989;1989(1):139–67. Available from: <https://chicagounbound.uchicago.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1052&context=uclf>
18. Zinn MB, Dill BT. Theorizing Difference from Multiracial Feminism. *Feminist Studies*. 1996;22(2):321. <http://dx.doi.org/10.2307/3178416>.
19. Collins PH. Black Feminist Thought: knowledge, consciousness, and the politics of empowerment. [Internet]. 2000. Available from: <https://uniteyouthdublin.files.wordpress.com/2015/01/black-feminist-thought-by-patricia-hill-collins.pdf>
20. Vieira FS, Benevides RP. Os impactos do novo regime fiscal para o financiamento do Sistema Único de Saúde e para a efetivação do direito à saúde no Brasil. Nota Técnica nº 28 do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA). Brasília, 2016. Disponível em: https://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/nota_tecnica/160920_nt_28_disoc.pdf.
21. Rasella D, Basu S, Hone T, Paes-Sousa R, Ocké-Reis CO, Millett C. Child morbidity and mortality associated with alternative policy responses to the economic crisis in Brazil: A nationwide microsimulation study. Persson LÅ, editor. *PLOS Medicine*. 2018 May 22;15(5):e1002570. <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pmed.1002570>.

22.Boing AC, Andrade FB de, Bertoldi AD, Peres KG de A, Massuda A, Boing AF. Prevalências e desigualdades no acesso aos medicamentos por usuários do Sistema Único de Saúde no Brasil em 2013 e 2019. *Cadernos de Saúde Pública*. 2022 Jun 8;38. <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311xpt114721>.

23.Bauer GR, Churchill SM, Mahendran M, Walwyn C, Lizotte D, Villa-Rueda AA. Intersectionality in quantitative research: A systematic review of its emergence and applications of theory and methods. *SSM - Population Health*. 2021 Jun;14:100798. <https://doi.org/10.1016/j.ssmph.2021.100798>.

24.Harari L, Lee C. Intersectionality in quantitative health disparities research: A systematic review of challenges and limitations in empirical studies. *Social Science & Medicine* [Internet]. 2021 May 1;277:113876. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2021.113876>.

25.Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Ministério da Saúde. Pesquisa nacional de saúde 2019: informações sobre domicílios, acesso e utilização dos serviços de saúde. Rio de Janeiro: IBGE, 2020. 85 p. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101748.pdf>.

26.Stopa SR, Szwarcwald CL, Oliveira MM de, Gouvea E de CDP, Vieira MLFP, Freitas MPS de, et al. Pesquisa Nacional de Saúde 2019: histórico, métodos e perspectivas. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*. 2020;29(5). <http://dx.doi.org/10.1590/s1679-49742020000500004>.

27.Boing AC, Bertoldi AD, Peres KG. Desigualdades socioeconômicas nos gastos e comprometimento da renda com medicamentos no Sul do Brasil. *Revista de Saúde Pública*. 2011 Oct;45(5):897–905. <http://dx.doi.org/10.1590/s0034-89102011005000054>.

28.Organização Mundial da Saúde. WHO medicines strategy 2004-2007: countries at the core. Geneva: World Health Organization, 2004. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/84307>.

29.Vieira FS. Health financing in Brazil and the goals of the 2030 Agenda: high risk of failure. *Revista de Saúde Pública*. 2020;54. <http://dx.doi.org/10.11606/s1518-8787.2020054002414>.

30.Vieira FS, Zucchi P. Distorções causadas pelas ações judiciais à política de medicamentos no Brasil. *Revista de Saúde Pública*. 2007 Apr;41(2):214–22. <http://dx.doi.org/10.1590/s0034-89102007000200007>.

31.Chieffi AL, Barata RB. Judicialização da política pública de assistência farmacêutica e equidade. *Cadernos de Saúde Pública*. 2009 Aug;25(8):1839–49. <http://dx.doi.org/10.1590/s0102-311x2009000800020>.

32.Constante HM, Bastos JL. Mapping the Margins in Health Services Research: How Does Race Intersect With Gender and Socioeconomic Status to Shape Difficulty Accessing HealthCare Among Unequal Brazilian States? *International Journal of Health Services*. 2020 Dec 15;51(2):155–66. <http://dx.doi.org/10.1177/0020731420979808>.

33.Moraes CG, Mengue SS, Pizzol T da SD. Agreement between different recall periods in drug utilization studies. *Revista Brasileira de Epidemiologia*. 2017 Jun;20(2):324–34. <http://dx.doi.org/10.1590/1980-5497201700020012>.

34.Bauer GR. Incorporating intersectionality theory into population health research methodology: Challenges and the potential to advance health equity. *Social Science & Medicine*. 2014 Jun;110:10–7. <http://dx.doi.org/10.1016/j.socscimed.2014.03.022>

ANEXO A

Instruções aos Autores – Revista de Saúde Pública

Informações gerais

São aceitos manuscritos nos idiomas: português, espanhol e inglês. Artigos submetidos em português ou espanhol são traduzidos para o inglês e publicados nesses dois idiomas. Para artigos submetidos em inglês, não há tradução para o português ou espanhol.

O texto de manuscrito de pesquisa original deve seguir a estrutura conhecida como IMRD: Introdução, Métodos, Resultados e Discussão. Manuscritos baseados em pesquisa qualitativa podem ter outros formatos, admitindo-se Resultados e Discussão em uma mesma seção e Considerações Finais ou Conclusões. Outras categorias de manuscritos (revisões, comentários etc.) seguem os formatos de texto a elas apropriados.

Os estudos devem ser apresentados de forma que qualquer pesquisador interessado possa reproduzir os resultados. Para isso estimulamos o uso das seguintes recomendações, de acordo com a categoria do manuscrito submetido:

- CONSORT – checklist e fluxograma para ensaios controlados e randomizados;
- STARD – checklist e fluxograma para estudos de acurácia diagnóstica;
- MOOSE – checklist e fluxograma para metanálises e revisões sistemáticas de estudos observacionais;
- PRISMA – checklist e fluxograma para revisões sistemáticas e metanálises;
- STROBE – checklist para estudos observacionais em epidemiologia;
- RATS – checklist para estudos qualitativos.

Pormenores sobre os itens exigidos para apresentação do manuscrito estão descritos de acordo com a categoria de artigos.

Como forma de avaliação da ocorrência de plágio, todos os manuscritos recebidos são submetidos à programa de detecção de similaridade entre textos.

O ORCID do primeiro autor e de todos os coautores deverá ser informado no momento da submissão dos manuscritos, na carta de apresentação.

Resolução de conflitos de interesse e violações éticas

Os editores tomarão as medidas necessárias para identificar e prevenir a publicação de artigos onde ocorra má conduta de pesquisa ou violações éticas, incluindo plágio, manipulação de citações e falsificação / fabricação de dados, ausência de autorizações pertinentes, discriminação, entre outros. As situações e alegações que chegarem ao conhecimento de editores e avaliadores serão levadas ao Comitê Editorial, que tomará as providências cabíveis, incluindo o encaminhamento a instâncias superiores da Universidade, se necessário.

Categorias de artigos

a) Artigos Originais

Incluem estudos observacionais, estudos experimentais ou quase-experimentais, avaliação de programas, análises de custo-efetividade, análises de decisão e estudos sobre avaliação de desempenho de testes diagnósticos para triagem populacional. Cada artigo deve conter objetivos e hipóteses claras, desenho e métodos utilizados, resultados, discussão e conclusões.

Incluem também ensaios teóricos (críticas e formulação de conhecimentos teóricos relevantes) e artigos dedicados à apresentação e discussão de aspectos metodológicos e técnicas utilizadas na pesquisa em saúde pública. Neste caso, o texto deve ser organizado em tópicos para guiar o leitor quanto aos elementos essenciais do argumento desenvolvido.

Instrumentos de aferição em pesquisas populacionais

Manuscritos abordando instrumentos de aferição podem incluir aspectos relativos ao desenvolvimento, a avaliação e à adaptação transcultural para uso em estudos populacionais, excluindo-se aqueles de aplicação clínica, que não se incluem no escopo da RSP.

Aos manuscritos de instrumentos de aferição, recomenda-se que seja apresentada uma apreciação detalhada do construto a ser avaliado, incluindo seu possível gradiente de intensidade e suas eventuais subdimensões. O desenvolvimento de novo instrumento deve

estar amparado em revisão de literatura, que identifique explicitamente a insuficiência de propostas prévias e justifique a necessidade de novo instrumental.

Devem ser detalhados: a proposição, a seleção e a confecção dos itens e o emprego de estratégias para adequá-los às definições do construto, incluindo o uso de técnicas qualitativas de pesquisa (entrevistas em profundidade, grupos focais etc.), reuniões com painéis de especialistas, entre outras; o trajeto percorrido na definição da forma de mensuração dos itens e a realização de pré-testes com seus conjuntos preliminares; e a avaliação das validades de face, conteúdo, critério, construto ou dimensional.

Análises de confiabilidade do instrumento também devem ser apresentadas e discutidas, incluindo-se medidas de consistência interna, confiabilidade teste-reteste ou concordância inter-observador. Os autores devem expor o processo de seleção do instrumento final e situá-lo em perspectiva crítica e comparativa com outros instrumentos destinados a avaliar o mesmo construto ou construtos semelhantes.

Para os manuscritos sobre **adaptação transcultural** de instrumentos de aferição, além de atender, de forma geral, às recomendações supracitadas, é necessário explicitar o modelo teórico norteador do processo. Os autores devem também justificar a escolha de determinado instrumento para adaptação a um contexto sociocultural específico, com base em minuciosa revisão de literatura. Finalmente, devem indicar explicitamente como e quais foram as etapas seguidas do modelo teórico de adaptação no trabalho submetido para publicação.

O instrumento de aferição deve ser incluído como anexo dos artigos submetidos.

Organização do manuscrito

Além das recomendações mencionadas, verificar as seguintes instruções de formatação:

a) Artigo original:

Devem conter até 3.500 palavras (excluindo resumos, tabelas, figuras e referências).

Número máximo de tabelas e figuras: 5.

Número máximo recomendado de referências: 30.

Resumos no formato estruturado com até 300 palavras.

Dados de identificação do manuscrito

Autoria

O conceito de autoria está baseado na contribuição substancial de cada uma das pessoas listadas como autores, no que se refere sobretudo à concepção do projeto de pesquisa, análise e interpretação dos dados, redação e revisão crítica do manuscrito. A contribuição de cada autor deve ser explicitada em declaração para esta finalidade. Não se justifica a inclusão de nome de autores cuja contribuição não se enquadre nos critérios mencionados.

Dados de identificação dos autores (cadastro)

Nome e sobrenome: O autor deve seguir o formato pelo qual já é indexado nas bases de dados e constante no ORCID.

Correspondência: Deve constar o nome e endereço do autor responsável para troca de correspondência.

Instituição: Podem ser incluídas até três hierarquias institucionais de afiliação (por exemplo: universidade, faculdade, departamento).

Coautores: Identificar os coautores do manuscrito pelo nome, sobrenome e instituição, conforme a ordem de autoria.

Financiamento da pesquisa: Se a pesquisa foi subvencionada, indicar o tipo de auxílio, o nome da agência financiadora e o respectivo número do processo.

Apresentação prévia: Tendo sido apresentado em reunião científica, indicar o nome do evento, local e ano da realização.

Conflito de interesses

A confiabilidade pública no processo de revisão por pares e a credibilidade de artigos publicados dependem, em parte, de como os conflitos de interesses são administrados durante a redação, revisão por pares e tomada de decisões pelos editores.

Conflitos de interesses podem surgir quando autores, revisores ou editores possuem interesses que, aparentes ou não, possam influenciar a elaboração ou avaliação de manuscritos. O conflito de interesses pode ser de natureza pessoal, comercial, política, acadêmica ou financeira.

Quando os autores submetem um manuscrito, eles são responsáveis por reconhecer e revelar conflitos financeiros ou de outra natureza que possam ter influenciado seu trabalho. Os autores devem reconhecer no manuscrito todo o apoio financeiro para o trabalho e outras conexões financeiras ou pessoais com relação à pesquisa. O relator deve revelar aos editores quaisquer conflitos de interesses que possam influir em sua opinião sobre o manuscrito e, quando couber, deve se declarar não qualificado para revisá-lo.

Se os autores não tiverem certos do que pode constituir um potencial conflito de interesses, devem contatar a secretaria editorial da RSP.

Preparo do manuscrito

Título no idioma original do manuscrito

O título deve ser conciso e completo, contendo informações relevantes que possibilitem a recuperação do artigo nas bases de dados. O limite é de 90 caracteres, incluindo espaços.

Título resumido

É o título que constará no cabeçalho do artigo. Deve conter a essência do assunto em até 45 caracteres.

Descritores

Para manuscritos escritos em português ou espanhol, devem ser indicados entre 3 a 10 descritores extraídos do vocabulário “Descritores em Ciências da Saúde” (DeCS), da BVS/Bireme, no idioma original. Para manuscritos em inglês, utilizar o Medical Subject

Headings (MeSH) da National Library of Medicine (EUA). Se não forem encontrados descritores adequados para a temática do manuscrito, poderão ser indicados termos livres.

Resumo

O resumo deve ser escrito em seu idioma original. As especificações quanto ao tipo de resumo estão descritas em cada uma das categorias de artigos. Como regra geral, o resumo deve incluir: objetivo do estudo, principais procedimentos metodológicos (população em estudo, local e ano de realização, métodos observacionais e analíticos), principais resultados e conclusões.

Estrutura do texto

Introdução – Deve relatar o contexto e a justificativa do estudo, apoiados em referências pertinentes. O objetivo do manuscrito deve estar explícito no final da introdução.

Métodos – É imprescindível a descrição clara dos procedimentos adotados, das variáveis analisadas (com a respectiva definição, se necessário) e da hipótese a ser testada. Descrever também a população, a amostra e os instrumentos de medida, com a apresentação, se possível, de medidas de validade. É necessário que haja informações sobre a coleta e o processamento de dados. Devem ser incluídas as devidas referências para as técnicas e métodos empregados, inclusive os métodos estatísticos; é fundamental que os métodos novos ou substancialmente modificados sejam descritos, justificando-se as razões para seu uso e mencionando-se suas limitações. Os critérios éticos de pesquisa devem ser respeitados. Os autores devem explicitar que a pesquisa foi conduzida dentro dos padrões éticos e aprovada por comitê de ética.

Resultados – É preciso que sejam apresentados em uma sequência lógica, iniciando-se com a descrição dos dados mais importantes. Tabelas e figuras devem ser restritas àquelas necessárias para argumentação e a descrição dos dados no texto deve ser restrita aos mais importantes. Os gráficos devem ser utilizados para destacar os resultados mais relevantes e resumir relações complexas. Dados em gráficos e tabelas não devem ser duplicados, nem repetidos no texto. Os resultados numéricos devem especificar os métodos estatísticos utilizados na análise.

Discussão – A partir dos dados obtidos e resultados alcançados, os aspectos novos e importantes observados devem ser interpretados à luz da literatura científica e das teorias existentes no campo. Argumentos e provas baseadas em comunicação de caráter pessoal ou divulgadas em documentos restritos não podem servir de apoio às argumentações do autor. Tanto as limitações do trabalho quanto suas implicações para futuras pesquisas precisam ser esclarecidas. É necessário incluir somente hipóteses e generalizações baseadas nos dados do trabalho. As Conclusões devem finalizar esta parte, retomando o objetivo do trabalho.

Referências

Listagem: As referências devem ser normatizadas de acordo com o **estilo Vancouver – Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals: Writing and Editing for Biomedical Publication**, listadas por ordem de citação. Os títulos de periódicos devem ser referidos de forma abreviada, de acordo com o PubMed. No caso de publicações com até seis autores, todos devem ser citados; acima de seis, devem ser citados apenas os seis primeiros, seguidos da expressão latina “et al.”. Sempre que possível, incluir o DOI do documento citado.

Exemplos:

Artigo de periódicos

Brüggemann OM, Osis MJD, Parpinelli MA. Apoio no nascimento: percepções de profissionais e acompanhantes escolhidos pela mulher. Rev Saude Publica. 2007;41(1):44-52. <https://doi.org/10.1590/S0034-89102006005000015>

Livro

Wunsch Filho V, Koifman S. Tumores malignos relacionados com o trabalho. In: Mendes R, coordenador. Patologia do trabalho. 2. ed. São Paulo: Atheneu; 2003. v.2, p. 990-1040.

Foley KM, Gelband H, editors. Improving palliative care for cancer Washington: National Academy Press; 2001[citado 2003 jul 13]. Disponível em: http://www.nap.edu/catalog.php?record_id=10149

Para outros exemplos recomendamos consultar as normas da National Library of Medicine, disponível em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/bookshelf/br.fcgi?book=citmed>.

Citação no texto:

É necessário que a referência seja indicada pelo seu número na listagem, na forma de **expoente (sobrescrito)** antes da pontuação no texto, sem uso de parênteses, colchetes ou similares. Nos casos em que a citação do nome do autor e ano for relevante, o número da referência deve ser colocado seguido do nome do autor. Trabalhos com dois autores devem fazer referência aos dois autores ligados por “e”. Nos outros casos de autoria múltipla, apresentar apenas o primeiro autor, seguido de “et al.”

Exemplos:

A promoção da saúde da população tem como referência o artigo de Evans e Stoddart⁹, que considera a distribuição de renda, desenvolvimento social e reação individual na determinação dos processos de saúde-doença.

Segundo Lima et al.⁹ (2006), a prevalência de transtornos mentais em estudantes de medicina é maior do que na população em geral.

Tabelas

Devem ser apresentadas no final do texto, após as referências bibliográficas, numeradas consecutivamente com algarismos arábicos, na ordem em que foram citadas no texto. A cada uma deve-se atribuir um título breve. Não utilizar traços internos horizontais ou verticais. As notas explicativas devem ser colocadas no rodapé das tabelas e não no cabeçalho ou no título. Se houver tabela extraída de outro trabalho publicado previamente, os autores devem solicitar formalmente autorização da revista que a publicou para sua reprodução.

Para composição de uma tabela legível, o número máximo é de 10 colunas, dependendo da quantidade do conteúdo de cada casela. Notas em tabelas devem ser indicadas por letras e em sobrescrito.

Quadros

Diferem das tabelas por conterem texto em vez de dados numéricos. Devem ser apresentados no final do texto, após as referências bibliográficas, numerados consecutivamente com algarismos arábicos, na ordem em que foram citados no texto. A cada um deve-se atribuir um título breve. As notas explicativas devem ser colocadas no rodapé dos quadros e não no cabeçalho ou no título. Se houver quadro extraído de trabalho publicado previamente, os autores devem solicitar formalmente autorização da revista que o publicou para sua reprodução.

Figuras

As ilustrações (fotografias, desenhos, gráficos etc.) devem ser citadas como Figuras e numeradas consecutivamente com algarismos arábicos, na ordem em que foram citadas no texto e apresentadas após as tabelas. Elas também devem conter título e legenda apresentados em sua parte inferior. Só serão admitidas para publicação figuras suficientemente claras e com qualidade digital, preferencialmente no formato vetorial. No formato JPEG, a resolução mínima deve ser de 300 dpi. Não se aceitam gráficos apresentados com as linhas de grade, e os elementos (barras, círculos) não podem apresentar volume (3D). Se houver figura extraída de trabalho publicado previamente, os autores devem solicitar formalmente autorização da revista que a publicou para sua reprodução.