

Saúde da Família e Utilização de Medicamentos Anti-Hipertensivos e Antidiabéticos

Artigo
Original

Family Health and Antihypertensive and Antidiabetic Drug Use

3

Milene Zanoni da Silva Vosgerau¹, Marcos Aparecido Sarriá Cabrera², Regina Kazue Tanno de Souza²

Resumo

Fundamentos: O acesso e a utilização dos medicamentos de uso contínuo assumem grande importância no tratamento da hipertensão arterial e do diabetes mellitus.

Objetivo: Analisar o perfil de utilização dos medicamentos para controle de hipertensão arterial e/ou diabetes mellitus e o local de aquisição, por adultos residentes na área de abrangência de uma Unidade Saúde da Família de Ponta Grossa (PR), entre 2006 e 2007.

Métodos: Estudo transversal. A seleção dos sujeitos realizou-se por amostragem sistemática. Foram entrevistadas 374 pessoas. O período recordatório utilizado foi de 7 dias. Realizou-se análise estatística descritiva com utilização de frequência absoluta e relativa.

Resultados: A prevalência referida de hipertensão arterial e diabetes mellitus foi 22,2% e 8%, respectivamente. Eram hipertensos 70% dos diabéticos. Dos entrevistados que se diziam hipertensos, 66,3% utilizavam medicamentos anti-hipertensivos. Entre os diabéticos, 70% fazia uso de antidiabéticos. A terapêutica anti-hipertensiva combinada mais frequente foi entre diuréticos e inibidores da enzima conversora de angiotensina (47,2%). Verificou-se que 12,5% dos entrevistados que utilizavam anti-inflamatório não esterooidal consumiam concomitantemente anti-hipertensivos. Apenas 7,1% dos diabéticos entrevistados relataram utilizar insulina. Quanto ao local de aquisição desses medicamentos, 54,7% foram obtidos em unidades básicas de saúde. Mais da metade dos betabloqueadores e diuréticos precisaram ser comprados, mesmo sendo medicamentos que fazem parte da Relação Nacional de Medicamentos.

Conclusão: Apesar dos avanços do SUS, os medicamentos essenciais, por vezes, não estão disponíveis nas Unidades

Abstract

Background: Accessing and taking prescription drugs for ongoing use is of great importance for the management of hypertension and diabetes mellitus.

Objective: To assess the use of drugs for controlling hypertension and/or diabetes mellitus and examine where these drugs are acquired among adults living in the area covered by a Family Health Center in the town of Ponta Grossa, southern Brazil, in 2006 and 2007.

Methods: Through a cross-sectional study with a systematic sampling approach, 374 people were interviewed with a recall period of seven days, followed by a descriptive statistical analysis of absolute and relative frequency.

Results: The reported prevalence of hypertension and diabetes mellitus reached 22.2% and 8% respectively, with 70% of the diabetic respondents presenting high blood pressure. Among those reporting hypertension, 66.3% took antihypertensive drugs. Among the diabetics, 70% reported antidiabetic drug use. The combined antihypertensive drug therapy most commonly included diuretics and angiotensin-converting enzyme inhibitors (47.2%), with 12.5% of the respondents reporting nonsteroidal anti-inflammatory drug use concomitantly with antihypertensive drugs. Only 7.1% of the diabetic respondents reported insulin use. Drugs were acquired mainly (54.7%) from basic health units. More than 50% of the beta-blockers and diuretics had to be purchased, although appearing on the National List of Essential Medicines.

Conclusion: Despite advances in Brazil's National Health System, essential drugs are not always able at

¹ Universidade Federal do Paraná (Setor Litoral) - Matinhos, PR - Brasil

² Universidade Estadual de Londrina - Londrina, PR - Brasil

Saúde da Família aos portadores de hipertensão arterial e diabetes mellitus.

Palavras-chave: Saúde da família; Uso de medicamentos; Anti-hipertensivos; Hipoglicêmicos; Farmacoepidemiologia

Family Health Centers to patients with hypertension and diabetes mellitus.

Keywords: Family health; Drug utilization; Antihypertensive agents; Hypoglycemic agents; Pharmacoepidemiology

Introdução

O Programa Saúde da Família (PSF) vem se consolidando em todo o Brasil. Segundo o Departamento de Atenção Básica, até setembro de 2010, a população coberta pela Estratégia Saúde da Família era de 52,4%, num total de 5296 municípios atendidos¹.

No Brasil, as doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), em especial as doenças cardiovasculares, são um grande desafio para o SUS, por corresponderem à primeira causa de mortalidade e parte expressiva de hospitalizações².

Pesquisas epidemiológicas têm evidenciado a expressiva redução da morbimortalidade cardiovascular com o tratamento da hipertensão arterial (HA)³ e diabetes mellitus (DM)⁴. Nesse contexto, os medicamentos essenciais de uso contínuo assumem grande relevância no sistema público de saúde, pois a descontinuidade no fornecimento e/ou a falta de qualidade nos produtos farmacêuticos podem acarretar agravamento dessas condições patológicas com consequente aumento dos gastos nos serviços de maior complexidade⁵.

Assim, identificar o padrão de consumo e a aquisição dos medicamentos anti-hipertensivos/antidiabéticos é uma etapa importante no diagnóstico e na avaliação da assistência farmacêutica na Estratégia Saúde da Família, principalmente com enfoque em indivíduos de 20 anos a 59 anos que conhecidamente utilizam menos os serviços de saúde comparados a outros grupos etários⁶ e, portanto, têm acesso limitado ao tratamento medicamentoso quando necessário. O objetivo desta pesquisa, então, foi analisar o perfil de utilização dos medicamentos para controle de hipertensão arterial e/ou diabetes mellitus e o local de aquisição por adultos não idosos, residentes na área de abrangência de uma Unidade Saúde da Família de Ponta Grossa (PR).

Metodologia

A presente pesquisa foi desenvolvida por meio de um estudo transversal. A estimativa da população do município era de 300.196 habitantes⁷, em 2006. O

estudo foi realizado na área de abrangência de uma Unidade Saúde da Família de Ponta Grossa (PR), com cobertura de 100% da população aí residente (11204 habitantes). Considerando-se apenas os indivíduos entre 20 anos e 59 anos, o total de residentes era de 6127 habitantes.

Os serviços de saúde de Ponta Grossa, na atenção primária, são formados por 46 unidades básicas de saúde. Destas, 40 estão na região urbana que contam com 28 equipes de Saúde da Família. A Estratégia Saúde da Família está implantada desde 2001 e, inicialmente, contava com um farmacêutico como membro integrante da equipe mínima. À época da realização do estudo, somente a Unidade de Saúde da Família (USF) em estudo manteve a presença do farmacêutico.

A população-alvo se constituiu por moradores com idades entre 20 anos e 59 anos completos. Os dados para a seleção da amostra foram coletados da Ficha de Cadastramento das Famílias (Ficha A) do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) que contempla toda a população residente na área de abrangência. Dessa fonte foram coletados os seguintes dados: nome completo, sexo, endereço, idade e telefone. Foram excluídas as pessoas impossibilitadas de responder ao formulário por problemas de saúde e substituídas pelo próximo indivíduo que estivesse dentro da faixa etária estipulada.

Esta pesquisa é parte de um projeto mais abrangente de farmacoepidemiologia em que se utilizou, para o cálculo do tamanho da amostra, a estimativa de 50% de prevalência de consumo de medicamentos, baseada em pesquisa realizada por Arrais et al.⁸ O tamanho da amostra, para uma margem de erro de 5% e um nível de confiança de 95%, compreendeu 361 indivíduos. A este número se adicionou 20% para eventuais perdas, totalizando, assim, 434 pessoas incluídas.

A seleção dos sujeitos realizou-se por processo de amostragem sistemática que partiu de listagem que continha a relação dos indivíduos por sexo, a fim de assegurar proporcionalidade nesta variável. A unidade de observação foi o indivíduo. Para o cálculo do intervalo amostral, dividiu-se o número total de

indivíduos dentro da faixa etária estipulada pelo tamanho da amostra. A fração foi igual a 14.

O pré-teste se deu a partir de moradores da área não incluídos na amostra da pesquisa. Utilizou-se como instrumento para a coleta de dados um formulário estruturado, composto por questões referentes ao aspecto sociodemográfico, à condição de saúde, ao uso de serviços de saúde e, especificamente, ao padrão de utilização de medicamentos anti-hipertensivos e antidiabéticos e sua aquisição.

As variáveis analisadas foram: sexo, idade, escolaridade, situação de trabalho, nível econômico, autopercepção de saúde, presença autorreferida de enfermidades crônicas, filiação a plano de saúde, consulta com médico nos últimos três meses e internação hospitalar nos últimos 12 meses.

O nível econômico foi categorizado de acordo com os critérios estabelecidos pela Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (ABEP) - que envolve posse de bens, e o nível de escolaridade do chefe da família, e permite a classificação em cinco estratos, sendo que o estrato A representa a melhor condição financeira e o estrato E, a pior situação.

As entrevistas foram realizadas entre dezembro 2006 e janeiro 2007 por equipe previamente treinada, organizadas em quatro duplas, compostas por um acadêmico do curso de farmácia e outro de enfermagem. Dúvidas, inconsistências e itens não preenchidos foram devidamente discutidos com o(a) entrevistador(a) e averiguados pela pesquisadora envolvida na coleta de dados. Consideraram-se como perdas as pessoas não encontradas em até oito tentativas de contato, em horários e dias da semana diferentes.

Os participantes do estudo foram questionados acerca de todos os medicamentos em uso, definidos previamente como aqueles utilizados pelo entrevistado nos últimos sete dias que antecederam à entrevista. Para a validação do uso de medicamentos, foi utilizada a metodologia-padrão instituída por Landry et al.⁹ Tal técnica consiste em solicitar aos entrevistados a embalagem, receita, bula e *blister* de produtos farmacêuticos utilizados, visando a evitar omissão, em geral por esquecimento, de medicamentos em uso.

Os princípios ativos presentes em cada especialidade foram listados e organizados de acordo com a classificação ATC (*Anatomical Therapeutic Chemical*), elaborada pelo *Nordic Council on Medicines* e recomendada pela *Drug Utilization Research Group* da Organização Mundial da Saúde

(OMS) para os Estudos de Utilização de Medicamentos¹⁰.

As informações anotadas nos formulários foram duplamente digitadas. Para o procedimento de validação, os bancos foram comparados e, após correção, obteve-se o banco de dados definitivo. O programa do *Epi Info*, versão 3.3.2 para *Windows* foi utilizado tanto na entrada como na análise dos dados. O estudo foi submetido à análise estatística descritiva com utilização de frequência absoluta e relativa.

Esta pesquisa teve aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Londrina (CAAE 0210.0.268.000-06).

Resultados

Dos 434 indivíduos selecionados, entrevistaram-se 374 (86,2%) pessoas, sendo que 53,5% (n=200) eram do sexo feminino. Registraram-se 60 (13,8%) perdas. A idade variou de 20 anos a 59 anos, com média de 39,5 anos (dp=11,0 e mediana=38,8 anos). Somente 2,1% eram analfabetos e 43,6% não completaram o primeiro grau. A maioria das pessoas (62,3%) trabalhava no mercado formal ou informal e 49,7% dos participantes foram classificados no nível econômico C da ABEP. Entre as pessoas entrevistadas, 51,3% realizaram consulta médica nos últimos três meses.

A prevalência referida de hipertensão arterial foi 22,2% (n=83) (IC_{95%}=18,2-26,8%) e de diabetes mellitus 8% (n=30) (5,6-11,4%). Eram hipertensos 70% (n=21) dos diabéticos. Observam-se, na Tabela 1, prevalências significativamente mais elevadas tanto de HA quanto de DM, em indivíduos de idades mais elevadas, entre os que não trabalham, com autopercepção ruim de saúde, que referiram presença de outras doenças crônicas, que se consultaram nos últimos três meses e os que referiram internação hospitalar nos últimos 12 meses.

Ao se considerar os 374 indivíduos participantes da pesquisa, a prevalência de consumo de medicamentos para hipertensão e/ou diabetes foi 16,6% (n=62). Separadamente, a taxa foi 14,7% (n=55) para HA e 5,6% (n=21) para DM.

Dos 83 entrevistados que se diziam hipertensos, 55 (66,3%) utilizavam medicamentos anti-hipertensivos, sendo que a maioria dos tratamentos (65,5%) era associação de fármacos. Ao se considerar o denominador medicamentos para hipertensão arterial (n=100), o princípio ativo mais consumido

Tabela 1
Prevalência referida de hipertensão arterial e diabetes mellitus segundo variáveis demográficas, socioeconômicas e de uso de serviços de saúde, por residentes na área de uma unidade Saúde da Família em Ponta Grossa (PR), entre dezembro 2006 e janeiro 2007

Variáveis	HA			DM		
	n	%	p	n	%	p
Sexo			0,5141			0,2590
Masculino	36	20,7		11	6,3	
Feminino	47	23,5		19	9,5	
Idade (anos)			0,0000			0,0000
20 a 39	14	7,0		6	3,0	
40 a 49	27	30,7		5	5,7	
50 a 59	42	49,4		19	22,4	
ABEP			0,8383			0,9923
A+B	20	23,0		7	8,0	
C+D+E	63	22,0		23	8,0	
Grau de escolaridade			0,0045			0,4313
Analfabeto/1º grau incompleto	51	29,8		16	9,4	
1º grau completo/2º grau incompleto	12	17,4		3	4,3	
2º grau completo/outros	20	14,9		11	8,2	
Situação de trabalho			0,0026			0,0000
Não trabalha	43	30,5		22	15,6	
Trabalha	40	17,2		8	3,4	
Autopercepção de saúde			0,0000			0,0000
Boa	29	12,2		6	2,5	
Ruim	54	39,7		24	17,6	
Presença de outras doenças crônicas			0,0000			0,0000
Sim	56	37,1		25	14,5	
Não	27	12,1		5	2,5	
Consulta médica nos últimos três meses			0,0000			0,0000
Sim	60	31,3		26	13,5	
Não	23	12,6		4	2,2	
Internação hospitalar nos últimos 12 meses			0,2910			0,0000
Sim	12	28,6		10	23,8	
Não	71	21,4		20	6,0	

HA=hipertensão arterial; DM=diabetes mellitus; ABEP= Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa

Tabela 2
Medicamentos anti-hipertensivos e antidiabéticos segundo o tipo de terapia e principais princípios ativos, utilizados por adultos residentes na área de uma Unidade Saúde da Família em Ponta Grossa (PR), entre dezembro 2006 e janeiro 2007

	Frequência	%
Tipo de terapia anti-hipertensiva (n=55)		
Monoterapia	19	34,5
Associações	36	65,5
Medicamentos anti-hipertensivos consumidos (n=100)		
Captopril	27	27,3
Hidroclorotiazida	25	25,3
Propranolol	15	15,2
Outros	33	32,3
Medicamentos antidiabéticos consumidos (n= 28)		
Glibenclamida	7	25
Metformina	17	60,7
Insulina NPH	2	7,1
Outros	2	7,1

foi captopril (27%) seguindo-se a hidroclorotiazida (25%) (Tabela 2).

Entre os entrevistados que referiram ser portador de DM, a prevalência de uso de antidiabéticos foi 70% (n=21). Dos 28 medicamentos para o tratamento do diabetes mellitus, o fármaco mais consumido foi a metformina (60,7%). Vale destacar que apenas 2 (7,1%) entrevistados relataram utilizar insulina. A frequência de consumo de antitrombóticos foi 3,9% e de redutores de colesterol/triglicérides, 2,0% (Tabela 2).

Com relação às classes farmacológicas dos medicamentos anti-hipertensivos associados, a terapêutica combinada mais frequente foi entre diuréticos e inibidores da enzima conversora de angiotensina (IECA) (47,2%) e entre diuréticos e betabloqueadores (25%) (Tabela 3). Dos fármacos associados, 22,2% eram combinações entre hidroclorotiazida e propranolol. Verificou-se que 12,5% dos entrevistados que utilizavam anti-inflamatório não esteroideal (AINE) consumiam

concomitantemente IECA associada a diuréticos. Neste caso, todos os AINE foram prescritos pelo médico.

Como pode ser evidenciado na Tabela 4, grande parcela dos medicamentos usados para tratamento da HA e DM era similar (79,7%), fazia parte da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (Rename)¹¹ (80,5%) e foi prescrita por médicos (97,7%).

Quanto ao local de aquisição desses medicamentos, 54,7% foram obtidos em unidades básicas de saúde. Entre os grupos farmacológicos que foram adquiridos em maior número na rede pública de saúde destacam-se os tiazídicos (C03A), inibidores da enzima conversora de angiotensina simples (C09A) e hipoglicemiantes (A10B). Em sentido oposto, mais da metade dos betabloqueadores (C07A) e diuréticos de alça (C03C) precisaram ser comprados, mesmo sendo medicamentos que fazem parte da Rename (Tabela 5).

Tabela 3
Uso associado de medicamentos anti-hipertensivos por residentes na área de uma Unidade Saúde da Família em Ponta Grossa (PR), entre dezembro 2006 e janeiro 2007

	Frequência	%
Diurético + IECA	17	47,2
Diurético + Betabloqueador	9	25,0
Betabloqueador + IECA	4	11,1
Diurético + Betabloqueador + IECA	4	11,1
Outras	2	5,6
Total	36	100

IECA= inibidores da enzima conversora de angiotensina

Tabela 4
Medicamentos anti-hipertensivos e/ou antidiabéticos consumidos nos últimos sete dias segundo as variáveis relacionadas à classificação e profissional que indicou, por residentes na área de uma Unidade Saúde da Família em Ponta Grossa (PR), entre dezembro 2006 e janeiro 2007

	Medicamentos antiHA e antiDM (n = 128)	
	n	%
Classificação		
Genérico	16	12,5
Similar	102	79,7
Referência	10	7,8
Rename		
Sim	103	80,5
Não	25	19,5
Indicação		
Médico	125	97,7
Farmacêutico/Balconista	1	0,8
Amigos, parentes e vizinhos	0	-
Automedicação	2	1,5

Tabela 5

Medicamentos anti-hipertensivos e/ou antidiabéticos consumidos nos últimos sete dias segundo o local de aquisição por residentes na área de uma Unidade Saúde da Família, Ponta Grossa (PR), entre dezembro 2006 e janeiro 2007

	USF		Farmácia comercial		Outros		Total
	n	%	n	%	n	%	
C03A Tiazídicos	21	84	4	16	–	–	25
C09A IECA simples	20	66,7	10	33,3	–	–	30
A10B Medicamentos hipoglicemiantes	17	62,9	10	37,1	–	–	27
C07A Betabloqueadores	8	42,1	11	57,9	–	–	19
C03C Diuréticos de alça	3	42,8	4	57,2	–	–	7
C08C Bloqueadores seletivos dos canais de cálcio com efeitos principalmente vasculares	1	20	4	80	–	–	5
C09C Antagonista da angiotensina II	–	–	4	100	–	–	4
A10A Insulina	–	–	–	–	2	100	2
Total	70	54,7	56	43,8	2	1,5	128

USF=Unidade Saúde da Família

Discussão

A prevalência referida de hipertensão arterial (22,2%) e de diabetes mellitus (8%) foi semelhante aos resultados publicados no *Vigitel* 2008¹² e em outras pesquisas brasileiras¹³. As prevalências mais elevadas das doenças estudadas em determinados grupos, assim como a ausência de diferença significativa entre os sexos, são semelhantes aos constatados em outras investigações¹³⁻¹⁵.

Quanto ao consumo de medicamentos, a taxa de 14,7% de uso de anti-hipertensivos e 5,6% de antidiabéticos na população estudada, acrescido do fato de 66,3% das pessoas com HA e 70% de DM fazerem uso de medicamentos, reflete a importância dessa modalidade de tratamento no controle da doença mesmo entre os adultos não idosos. Segundo *Tasca et al.*⁵, em Maringá, o uso regular de medicamentos anti-hipertensivos foi 74,6% entre adultos de 40 anos a 79 anos, em 1999.

Essas taxas de utilização de medicamentos entre os entrevistados portadores de HA eram esperadas, considerando-se que o início da terapia farmacológica para o controle da HA deve ser fundamentado no risco cardiovascular, baseando-se na presença de fatores de risco, lesão em órgão-alvo e/ou doença cardiovascular estabelecida, e não apenas no nível da pressão arterial. Nos pacientes hipertensos e naqueles com comportamento limítrofe da pressão arterial, com baixo risco cardiovascular, indica-se a adoção de medidas não farmacológicas durante seis meses; e em pacientes com risco cardiovascular médio, alto ou muito alto,

a abordagem não medicamentosa e medicamentosa deve ser combinada precocemente para evitar complicações decorrentes da hipertensão arterial¹⁶. No caso do diabetes mellitus tipo 2, recomenda-se dieta e exercício físico regular por pelo menos três meses antes da instalação de terapia medicamentosa¹⁷.

O presente estudo revelou que o medicamento anti-hipertensivo mais utilizado foi captopril. Esta informação corrobora resultados encontrados em pesquisa realizada em Ribeirão Preto (SP), em que maioria dos pacientes recebeu a prescrição de inibidores da enzima conversora de angiotensina (IECA)¹⁸. A seleção de IECA pode ser justificada por se tratar da classe terapêutica amplamente utilizada para o tratamento da HA, com importante referencial científico que demonstra suas vantagens em reduzir os riscos cardiovasculares tanto em hipertensos como em hipertensos e diabéticos¹⁹.

A partir de diretrizes da OMS²⁰, entre 1998 e 2000, o perfil de uso dos fármacos anti-hipertensivos na atenção primária tem se modificado, apontando diminuição na prescrição dos fármacos convencionais, como diuréticos e betabloqueadores, e aumento na utilização dos IECA e bloqueadores dos canais de cálcio²⁰. Inovações terapêuticas são indicadas e têm como foco o tratamento medicamentoso mais precoce e uso concomitante de múltiplos fármacos¹⁷. Assim, a terapia combinada é indicada pelo Ministério da Saúde quando as associações forem adequadas.

Nesta investigação observou-se que 22,2% das combinações para tratamento anti-hipertensivo

eram de propranolol e hidroclorotiazida. Segundo as VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão¹⁶, recomenda-se precaução na prescrição dessa associação, haja vista que essa interação, a depender das dosagens, pode elevar os níveis de glicose sanguínea. Este é um dado relevante para a equipe de saúde, já que 6% dos entrevistados, que afirmaram consumir esses medicamentos, são diabéticos. Além disso, apesar de ser amplamente conhecido o risco potencial de interações medicamentosas entre anti-inflamatórios não esteroidais com IECA e diuréticos, pois antagoniza o efeito hipotensor dos anti-hipertensivos¹⁷, 12,5% dos entrevistados relataram utilizar ambas as classes farmacológicas.

Ainda vale a pena destacar a baixa prevalência de uso de antitrombóticos, como ácido acetilsalicílico (AAS) 100mg, de medicamentos para a redução do colesterol/triglicerídeos e da insulina na população estudada. A utilização, quando necessária, da insulina entre portadores de DM deve ser considerada prioritária na prevenção de doenças cardiovasculares. Há consenso internacional que, em média, 25% dos casos de DM tipo 2 precisam de insulina para o seu controle metabólico. Entretanto, no Brasil, esse valor é de aproximadamente 8% – semelhante ao encontrado nesta investigação – demonstrando possível despreparo, por um lado, por parte dos médicos para sua indicação e, por outro, quando prescrita, pelos usuários por não aderirem adequadamente ao esquema terapêutico²¹.

Apesar de ser conhecida a importância do acesso da população aos medicamentos essenciais, pesquisas têm demonstrado que o SUS tem falhado na garantia de direito ao acesso gratuito aos medicamentos padronizados para o tratamento de HA e DM²². Nesta investigação observou-se que a aquisição desses medicamentos em unidades básicas de saúde foi relativamente baixa (54,7%) comparada a de outros estudos que identificaram taxa de 63,1% em Porto Alegre (2009)²³, e 93,9% em Maringá (1999)⁵.

Um dos motivos para explicar a diminuída aquisição aos medicamentos de uso contínuo no SUS pode estar relacionado com o horário de funcionamento da USF estudada (7-12h e 13-16h). Ao se considerar que os entrevistados eram adultos não idosos (20-59 anos), na sua maioria trabalhadores com nível socioeconômico baixo, o fato de a Unidade Saúde da Família estar aberta apenas em horário comercial pode ter dificultado o acesso aos serviços de saúde não apenas para o fornecimento

dos medicamentos como também para o diagnóstico de hipertensão arterial e diabetes mellitus.

Outro aspecto é que, casos em que os indivíduos são portadores de HA e DM concomitantemente, pode ser que os medicamentos distribuídos pelo programa Hiperdia (Programa Nacional de Assistência Farmacêutica para Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus) não sejam os mais adequados para o tratamento, fazendo com que sua aquisição dependa da compra, fato que pode explicar a obtenção menos frequente nas UBS²⁴.

Além disso, um ponto que não pode ser descartado é a questão de que algumas pessoas não utilizam o PSF como primeira opção para os cuidados com sua saúde, por julgarem-no inadequado às suas necessidades. A falta de qualidade e a disponibilidade restrita e descontínua dos produtos farmacêuticos fazem com que os indivíduos, muitas vezes, nem cheguem a procurá-los na USF²³. Conforme estudo realizado pelo Ministério da Saúde em parceria com a Organização Pan-Americana da Saúde²⁵, a disponibilidade em estoque dos medicamentos essenciais em unidades de saúde foi de 73%, e o tempo de desabastecimento desses produtos foi em média de 84 dias. Em outra pesquisa, Vieira²⁶ ao analisar os relatórios de fiscalização de municípios elaborados pela Controladoria Geral da União, observou que a grande maioria dos municípios estudados (90,3%) apresentava problemas com relação à gestão da assistência farmacêutica. Em 71% dos municípios foi constatada a falta ou deficiência do controle de estoque, e em 24% identificou-se a falta de medicamentos essenciais pactuados.

Um exemplo do impacto negativo que pode ter a gestão desqualificada da assistência farmacêutica é referente ao uso de propranolol, betabloqueador beta-adrenérgico distribuído pelo Hiperdia. É recomendado que os pacientes tratados com propranolol não interrompam seu uso subitamente, pois pode ocorrer hipertensão rebote, exacerbação da angina e aumento do risco de morte súbita (Hiperdia). Segundo dados averiguados nesta pesquisa, 57,9% dos betabloqueadores (quase a totalidade era propranolol 40mg) foram comprados em farmácias comerciais, o que revela a existência de barreiras no acesso a medicamentos de uso contínuo nas UBS. Além da questão do acesso, alguns autores, ao avaliar a qualidade dos comprimidos de propranolol 40mg e enalapril 10mg distribuídos na rede pública de saúde, identificaram que de um total de sete lotes analisados, cinco apresentaram desvio da qualidade, tais como

irregularidades no aspecto visual, peso médio, friabilidade e teor de princípio ativo²⁷.

Essas situações deflagram graves problemas relacionados a não aquisição e à falta de qualidade dos medicamentos essenciais para tratamento de doenças crônico-degenerativas. No Brasil, questões como as citadas têm limitado a consolidação da universalidade, integralidade e equidade no SUS. Ao considerar que as DCNT são mais prevalentes nas classes sociais mais pobres e o fato de 76,5% de a população brasileira depender exclusivamente do SUS²⁸, a dificuldade no acesso aos medicamentos tem forçado duas opções: a compra desses produtos ou o abandono do tratamento. Sabe-se que entre as famílias que pertencem aos 90% mais carentes da população, a maior parte dos gastos com saúde está atrelada à compra de medicamentos²⁹.

Um caminho utilizado por parcela da população para garantir o acesso aos medicamentos tem sido o sistema judiciário. Segundo estudo realizado na cidade de São Paulo, 62% dos medicamentos solicitados por meio de ações judiciais faziam parte da lista de medicamentos essenciais. Importante destacar que a maioria dessas ações judiciais foi originada a partir de prescrições dos serviços do SUS (59%) e 13% de serviços privados conveniados ao SUS. Além disso, observou-se que a doença mais referida nas ações judiciais foi o diabetes (37%), seguida por câncer (22%) e comorbidade diabetes e hipertensão (9%)³⁰.

Em relação aos aspectos metodológicos, algumas situações, conforme descrito em trabalho anterior³¹, foram controladas para garantir a validade interna da pesquisa. Para evitar o viés de memória, que são frequentes em estudos farmacoepidemiológicos, utilizou-se o período recordatório de sete dias que é o preconizado pela OMS³². A taxa de perda não invalida o estudo, uma vez que no planejamento da investigação, por precaução, foram acrescentados 20% à amostra inicialmente calculada. Apesar de esta pesquisa se basear em dados autorreferidos de HA e DM, estudos evidenciam que informações assim obtidas podem ser utilizadas como indicador apropriado da prevalência de HA na ausência da medição da pressão arterial³³. Entretanto, é muito provável que tanto a prevalência dos agravos estudados como a terapia medicamentosa estejam subestimadas, pois muitos portadores nem sempre têm o diagnóstico e outros, mesmo conhecendo a sua condição, não aderem ao tratamento prescrito³⁴.

Ainda que o controle desses aspectos não tenha sido de alcance do presente estudo, os resultados, possivelmente, refletem uma situação comum a vários outros municípios brasileiros, uma vez que a prevalência referida de HA e DM publicadas pelo Ministério da Saúde¹² são semelhantes às observadas na cidade estudada.

Outra limitação a ser destacada é que esta pesquisa não incluiu a verificação da indisponibilidade dos medicamentos anti-hipertensivos e antidiabéticos nas farmácias durante o período estudado, fato que poderia ter influenciado, do ponto de vista quantitativo e/ou qualitativo, o uso desses fármacos entre os entrevistados.

Conclusão

Mesmo com os avanços do SUS, entre eles a implantação da Saúde da Família como estratégia de fortalecimento da atenção básica, a aquisição de medicamentos por quase metade da população adulta estudada em estabelecimentos comerciais indica existência de problemas na gestão da assistência farmacêutica local. Assim, os achados desta investigação recomendam aprofundar a análise do acesso às várias terapias, inclusive a farmacológica, na Estratégia Saúde da Família, no sentido de adequar os processos de organização dos serviços, especificamente no tocante à seleção, programação, distribuição, dispensação e adesão à terapia medicamentosa anti-hipertensiva e antidiabética.

Potencial Conflito de Interesses

Declaro não haver conflito de interesses pertinentes.

Fontes de Financiamento

O presente estudo não teve fontes de financiamento externas.

Vinculação Universitária

Este trabalho está vinculado ao Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Londrina (UEL).

Colaboradores

Milene Vosgerau foi a responsável pela coleta, análise dos dados e redação do artigo; Marcos Cabrera e Regina de Souza participaram da discussão dos resultados e revisão crítica final do texto.

Referências

1. Ministério da Saúde. [Internet]. Departamento de Atenção Básica. Atenção básica e a Saúde da Família. [acesso em 2010 nov 23]. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/dab/imgs/graficos_abnumeros/dab_graph_sf_acs_sb_cobertura.jpg>
2. Ministério da Saúde. [Internet]. Datasus. Hiperdia: Apresentação. [acesso em 2010 abr 26]. Disponível em: <<http://hiperdia.datasus.gov.br>>
3. Karnes JH, Cooper-DeHoff RM. Antihypertensive medications: benefits of BP lowering and hazards of metabolic effects. *Expert Rev Cardiovasc Ther.* 2009;7(6):689-702.
4. Guidoni CM, Oliveira CMX, Freitas O, Pereira LRL. Assistência ao diabetes no Sistema Único de Saúde: análise do modelo atual. *Bras J Pharmac Sci.* 2009;45(1):37-48.
5. Tasca RS, Soares DA, Cuman RKN. Acesso a medicamentos anti-hipertensivos em unidade básica de saúde de Maringá – Paraná. *Arq Ciênc Saúde Unipar.* 1999;3(2):117-24.
6. Carvalho BG, Souza RKT, Soares DA, Yagi MCN. Doenças cardiovasculares antes e após o Programa Saúde da Família, Londrina, Paraná. *Arq Bras Cardiol.* 2009;93(6):645-50.
7. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). [Internet]. Censo demográfico 2000. Estimativa da população. [acesso em 2006 ago 30]. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/estimativa2005/estimativa.shtm?c=1>>
8. Arrais PS, Brito LL, Barreto ML, Coelho HL. Prevalência e fatores determinantes do consumo de medicamentos no Município de Fortaleza, Ceará, Brasil. *Cad Saude Publica.* 2005;21(6):1737-46.
9. Landry JA, Smyer MA, Tubman JG, Lago DJ, Roberts J, Simonson W. Validation of two methods of data collection of self-reported medicine use among the elderly. *Gerontologist.* 1988;28(5):672-6.
10. WHO Collaborating Centre for Drug Statistics Methodology. [Internet]. ATC/DDD Index 2005. [cited 2006 Dez. 20]. Available from: <<http://www.whocc.no/atcddd>>
11. Ministério da Saúde. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. Relação Nacional de Medicamentos Essenciais 2006. 5a ed. Brasília; 2007.
12. Ministério da Saúde. Vigitel Brasil 2008: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Brasília; 2009.
13. Passos VMA, Assis TD, Barreto SM. Hipertensão arterial no Brasil: estimativa de prevalência a partir de estudos de base populacional. *Epidemiol Serv Saude.* 2006;15(1):35-45.
14. Sociedade Brasileira de Cardiologia, Sociedade Brasileira de Hipertensão, Sociedade Brasileira de Nefrologia. V Diretrizes Brasileiras de hipertensão arterial. *Arq Bras Cardiol.* 2007;89(3):1-56.
15. Francisco PMSB, Belon AP, Barros MBA, Carandina L, Alves MCGP, Goldbaum M, et al. Diabetes auto-referido em idosos: prevalência, fatores associados e práticas de controle. *Cad Saúde Pública.* 2010;26(1):175-84.
16. Sociedade Brasileira de Cardiologia, Sociedade Brasileira de Hipertensão, Sociedade Brasileira de Nefrologia. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. *Arq Bras Cardiol.* 2010;95(1):1-51.
17. Ministério da Saúde. Formulário terapêutico nacional 2008. Rename 2006. Brasília; 2008.
18. Oliveira CMX, Cesarino EJ, Freitas O, Pereira LRL. Padrões de prescrição de inibidores da enzima da angiotensina para usuários do Sistema Único de Saúde. *Rev Bras Cardiol Invas.* 2010;23(3):171-7.
19. Hansson L, Lindholm LH, Niskanen L, Lanke J, Hedner T, Niklason A, et al. Effect of angiotensin converting enzyme inhibition compared with conventional therapy on cardiovascular morbidity and mortality on hypertension: the Captopril Prevention Project (CAPPP) randomized trial. *Lancet.* 1999;353(9153):611-6.
20. Al Khaja KA, Sequeira RP. Pharmacoepidemiology of antihypertensive drugs in primary care setting of Bahrain between 1998 and 2000. *Pharmacoepidemiol Drug Saf.* 2006;15(10):741-8.
21. Gamba MA, Gotlieb LSD, Bergamaschi DP, Vianna LAC. Amputações de extremidades inferiores por diabetes mellitus: estudo caso-controle. *Rev Saude Publica.* 2004;38(3):399-404.
22. Piccini RX, Facchini LA, Tomasi E, Thumé E, Silveira DS, Siqueira FV, et al. Necessidades de saúde comuns aos idosos: efetividade na oferta e utilização em atenção básica à saúde. *Ciência & Saúde Coletiva.* 2006;11(3):657-67.
23. Bertoldi AD, Barros AJ, Wagner A, Ross-Degnan D, Hallal PC. Medicine access and utilization in a population covered by primary health care in Brazil. *Health Policy.* 2009;89(3):295-302.
24. Paniz VMV, Fassa AG, Facchini LA, Bertoldi AD, Piccini RX, Tomasi E, et al. Acesso a medicamentos de uso contínuo em adultos e idosos nas regiões Sul e Nordeste do Brasil. *Cad Saude Publica.* 2008;24(2):267-80.
25. Ministério da Saúde. Organização Pan-Americana de Saúde. Avaliação da assistência farmacêutica no Brasil: estrutura, processos e resultados. Brasília; 2005.
26. Vieira FS. Qualificação dos serviços farmacêuticos no Brasil: aspectos inconclusos da agenda do Sistema Único de Saúde. *Rev Panam Salud Publica.* 2008;24(2):91-100.

27. Kulkamp IC, Bianchin MD, Blatt CR, Soares AS. Avaliação da qualidade de comprimidos de propranolol e enalapril distribuídos no sistema público de saúde em uma cidade do sul do Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*. [acesso em 2010 nov 23]. Disponível em: <http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/artigo_int.php?id_artigo=5130>
28. Ministério da Saúde. Datasus [Internet]. Percentual da população beneficiária de planos e seguros de saúde segundo Região e UF Brasil, 1998, 2003. [acesso em 2007 mar 2]. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idb2005/f15uf.htm>>
29. Silveira F, Osório R, Piola S. Os gastos das famílias com saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2002;7(4):719-31.
30. Vieira FS, Zucchi P. Distorções causadas pelas ações judiciais à política de medicamentos no Brasil. *Rev Saude Publica*. 2007;41(2):214-22.
31. Vosgerau MZS, Soares DA, Souza RKT, Matsuo T, Carvalho GS. Consumo de medicamentos entre adultos na área de abrangência de uma unidade saúde da família. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2011;16(Supl. 1):3129-38.
32. World Health Organization (WHO). How to investigate the use of medicines by consumers. Amsterdam: University of Amsterdam, Royal Tropical Institute; 2004.
33. Lima-Costa MF, Peixoto SV, Firmo JOA. Validity of self-reported hypertension and its determinants (the Bambui study). *Rev Saude Publica*. 2004;38(5):637-42.
34. Nogueira D, Faerstein E, Coeli CM, Chor D, Lopes CS, Werneck GL. Reconhecimento, tratamento e controle da hipertensão arterial: Estudo Pró-Saúde, Brasil. *Rev Panam Salud Publica*. 2010;27(2):103-9.