

Acesso e uso de medicamentos para hipertensão arterial no Brasil

Sotero Serrate Mengue^I, Andréa Dâmaso Bertoldi^{II}, Luiz Roberto Ramos^{III}, Mareni Rocha Farias^{IV}, Maria Auxiliadora Oliveira^V, Noemia Urruth Leão Tavares^{VI}, Paulo Sergio Dourado Arrais^{VII}, Vera Lucia Luiza^{VIII}, Tatiane da Silva Dal Pizzol^{VIII}

^I Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia. Faculdade de Medicina. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, RS, Brasil

^{II} Departamento de Medicina Social. Faculdade de Medicina. Universidade Federal de Pelotas. Pelotas, RS, Brasil

^{III} Departamento de Medicina Preventiva. Escola Paulista de Medicina. Universidade Federal de São Paulo. São Paulo, SP, Brasil

^{IV} Departamento de Ciências Farmacêuticas. Centro de Ciências da Saúde. Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, SC, Brasil

^V Departamento de Política de Medicamentos e Assistência Farmacêutica. Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca. Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro, RJ, Brasil

^{VI} Departamento de Farmácia. Faculdade de Ciências da Saúde. Universidade de Brasília. Brasília, DF, Brasil

^{VII} Departamento de Farmácia. Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem. Universidade Federal do Ceará. Fortaleza, CE, Brasil

^{VIII} Departamento de Produção e Controle de Medicamentos. Faculdade de Farmácia. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, RS, Brasil

RESUMO

OBJETIVO: Analisar o acesso e a utilização de medicamentos para a hipertensão na população brasileira segundo condições sociais e demográficas.

MÉTODOS: Análise dos dados da Pesquisa Nacional Sobre Acesso, Utilização e Promoção do Uso Racional de Medicamentos, estudo nacional de delineamento transversal de base populacional, com amostra probabilística, realizado entre setembro de 2013 e fevereiro de 2014 em domicílios urbanos nas cinco regiões do Brasil. Avaliou-se o uso e acesso aos medicamentos para os cuidados com pessoas que apresentam hipertensão arterial. As variáveis independentes utilizadas foram sexo, idade, nível socioeconômico e região do País. Também foram descritos os fármacos mais utilizados e a proporção de pessoas tratadas com um, dois, três ou mais fármacos. As estimativas de ponto e os intervalos de confiança foram calculados considerando os pesos amostrais e o plano complexo da amostra.

RESULTADOS: A prevalência de hipertensão arterial foi de 23,7% (IC95% 22,8–24,6). Das pessoas com a condição, 93,8% (IC95% 92,8–94,8) tinham indicação de tratamento com medicamentos e, destes, 94,6% (IC95% 93,5–95,5) estavam usando os medicamentos no momento da entrevista. O acesso total aos medicamentos foi de 97,9% (IC95% 97,3–98,4); o acesso parcial, de 1,9% (IC95% 1,4–2,4); e o acesso nulo, de 0,2% (IC95% 0,1–0,4). Dos medicamentos utilizados para tratar a hipertensão, 56,0% (IC95% 52,6–59,2) foram obtidos no SUS, 16,0% (IC95% 14,3–17,9), no Programa Farmácia Popular, 25,7% (IC95% 23,4–28,2) pago do próprio bolso e 2,3% (IC95% 1,8–2,9) em outros locais. Os cinco fármacos mais utilizados foram, em ordem decrescente, hidroclorotiazida, losartana, captopril, enalapril e atenolol. Do total de tratados, 36,1% (IC95% 34,1–37,1) estavam usando dois fármacos e 13,5% (IC95% 12,3–14,9) utilizavam três ou mais fármacos.

CONCLUSÕES: O acesso aos medicamentos para tratamento da hipertensão pode ser considerado elevado e grande parte desses medicamentos é obtida gratuitamente. Os fármacos mais utilizados estão entre os preconizados como de primeira linha para o controle de hipertensão arterial. A proporção de pessoas utilizando mais de um fármaco parece seguir o comportamento observado em outros países.

DESCRITORES: Anti-Hipertensivos, provisão & distribuição. Uso de Medicamentos. Medicamentos de Uso Contínuo. Acesso aos Serviços de Saúde. Fatores Socioeconômicos. Inquéritos Epidemiológicos.

Correspondência:

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

Recebido: 29 jan 2015

Aprovado: 12 mar 2016

Como citar: Mengue SS, Bertoldi AD, Ramos LR, Farias MR, Oliveira MA, Tavares NUL, et al. Acesso e uso de medicamentos para hipertensão arterial no Brasil. Rev Saude Publica. 2016;50(supl 2):8s.

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



INTRODUÇÃO

As doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), por serem um problema global de saúde, têm influenciado ações de âmbito mundial para seu controle e diminuição¹. No Brasil, as DCNT representam alta carga de doenças, sendo responsáveis por grande parte da mortalidade e pelo maior custo nas hospitalizações, principalmente na população mais idosa²¹.

Schimdt et al.³¹ relatam que, apesar de a mortalidade bruta ter aumentado nos últimos anos, a mortalidade padronizada por idade tem diminuído. Segundo a autora, isso ocorreu devido ao sucesso de um conjunto de políticas públicas de redução do tabagismo e expansão do acesso à atenção básica em saúde. Alguns marcos dessas políticas públicas são o Plano de Reorganização da Atenção ao Diabetes e Hipertensão^a, a Política Nacional de Medicamentos¹⁸, a Política Nacional de Assistência Farmacêutica^b e o Plano Nacional de Enfrentamento das DCNT no Brasil para o período de 2011-2022^c.

Entre as DCNT, a hipertensão é responsável pelo maior número de doentes³¹. A hipertensão é uma condição clínica tratável e, quando adequadamente controlada, pode retardar ou até evitar o desenvolvimento da doença cardiovascular sintomática²³. No cenário dos cuidados com a hipertensão, os medicamentos representam papel importante no tratamento, tanto pelo seu acesso nos estágios iniciais da doença ser de baixo custo, como por, até o momento, ter mais adesão do que as mudanças de estilo de vida¹². O cenário mundial das DCNT levou a Organização Mundial da Saúde a lançar, em 2012, o desafio de redução da mortalidade por essas doenças em 25,0% até 2025². A OMS considerou o acesso aos medicamentos como parte essencial para o alcance dessa meta^{2,6}.

No Brasil, as políticas de atenção básica, incluindo a expansão dos mecanismos de acesso gratuito a medicamentos, são consideradas exemplos de intervenções públicas³ e controle das DCNT. O objetivo deste trabalho foi analisar o acesso e a utilização de medicamentos para a hipertensão na população brasileira, segundo condições sociais e demográficas.

MÉTODOS

Os dados da presente análise fazem parte da Pesquisa Nacional Sobre Acesso, Utilização e Promoção do Uso Racional de Medicamentos (PNAUM), estudo transversal de base populacional. A população em estudo da PNAUM foram os residentes em domicílios particulares permanentes na zona urbana das cinco regiões brasileiras. Para o trabalho, foram analisados os dados das pessoas com 20 anos ou mais de idade. Os questionários foram respondidos diretamente pela pessoa ou por um cuidador, no caso de incapazes de se comunicar ou de fornecer informações sobre as doenças e medicamentos utilizados.

O plano amostral foi complexo e resultou em amostra probabilística da população brasileira residente na zona urbana do território brasileiro. As informações da composição da amostra, dos procedimentos de amostragem e outros procedimentos metodológicos da PNAUM, incluindo os instrumentos utilizados na entrevista, aspectos operacionais de campo e especificidades da coleta de dados, estão disponíveis no artigo metodológico da PNAUM¹⁷.

O uso de medicamentos para tratamento de hipertensão foi investigado a partir das seguintes questões: “Algum médico já disse que o sr.(a) tem hipertensão arterial ou pressão alta?”; “O(A) sr.(a) tem indicação médica para usar algum remédio para a pressão alta?”; “O(A) sr.(a) está tomando algum desses remédios?”. Posteriormente, foram indagados sobre quais medicamentos estavam sendo utilizados para a hipertensão e as informações detalhadas sobre a fonte de obtenção e pagamento, entre outras. Sempre que possível, os nomes dos medicamentos foram copiados das embalagens. Quando não havia embalagem foram registrados os nomes declarados pelos entrevistados.

^a Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Plano de reorganização da atenção à hipertensão arterial e ao diabetes mellitus. Brasília (DF); 2001. (Série C. Projetos, Programas e Relatórios, 59). Disponível em: <http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/miolo2002.pdf>

^b Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 338 de 6 de maio de 2004. Aprova a Política Nacional de Assistência Farmacêutica. Brasília (DF); 2004. Disponível em: http://bvsm.sau.gov.br/bvs/sau/legis/cns/2004/res0338_06_05_2004.html

^c Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Análise de Situação de Saúde. Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022. Brasília (DF); 2011. (Série B. Textos Básicos de Saúde). Disponível em: http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/plano_acoes_enfrent_dcnt_2011.pdf

As características sociodemográficas analisadas foram: sexo, grupo etário (em duas variáveis distintas: 20-39, 40-59 e 60 ou mais anos de idade e 20-59 e 60 anos ou mais), classificação econômica segundo a Associação Brasileira das Empresas de Pesquisa (ABEP)^d (A/B; C; D/E) e região do Brasil (Norte; Nordeste; Sudeste; Sul; Centro-Oeste). Para o cálculo das prevalências de uso, foi usado como denominador o total de pessoal com 20 anos ou mais na amostra, com intervalos de 95% de confiança (IC95%).

Os numeradores do indicador de acesso aos medicamentos foram classificados como acesso total, parcial ou nulo. O acesso total foi a situação na qual a pessoa conseguiu todos os medicamentos que precisava para os cuidados com a doença nos últimos 30 dias; parcial, quando faltou algum medicamento, por dificuldade financeira ou indisponibilidade no Sistema Único de Saúde (SUS); e acesso nulo, quando nenhum medicamento foi obtido nos últimos 30 dias também por dificuldade financeira ou indisponibilidade no SUS. O denominador foi formado pelas pessoas que tinham indicação médica para tratar a hipertensão com medicamentos, sendo excluídos os casos de abandono intencional do tratamento. A definição de abandono foi: casos em que, apesar de haver indicação, as pessoas não estavam usando os medicamentos para hipertensão; e casos nos quais a pessoa declarou estar usando os medicamentos, mas que havia ficado sem eles nos últimos 30 dias. Nas duas situações foram considerados como abandono apenas os casos cujo motivo de ter ficado sem o medicamento foi diferente de dificuldade financeira ou indisponibilidade no SUS.

Os medicamentos declarados para a hipertensão foram classificados em quatro grupos, segundo a adequação da declaração de uso para o tratamento da hipertensão. O grupo 1 foi constituído de fármacos definitivamente utilizados para a hipertensão, como os diuréticos, inibidores da enzima conversora da angiotensina e bloqueadores do receptor da angiotensina. O grupo 2 incluiu fármacos associados aos cuidados do paciente com hipertensão, como estatinas e ácido acetilsalicílico. O grupo 3 correspondeu a medicamentos sem qualquer relação com o tratamento da hipertensão, mas relatados pelos entrevistados como usados para esta doença. No grupo 4 estavam todos os chás ou outros suplementos não classificados como medicamentos. Essa classificação foi baseada nas diretrizes de tratamento da hipertensão e em uma revisão da literatura para alguns casos controversos no grupo 2.

Os resultados gerais desta análise incluem todos os medicamentos. As análises dos fármacos referem-se exclusivamente aos fármacos utilizados especificamente para o tratamento da hipertensão (grupo 1).

Para a análise dos fármacos utilizados no tratamento da hipertensão, os produtos em associação em dose fixa foram desdobrados em fármacos isolados. Por exemplo, as pessoas que utilizavam um medicamento com uma associação fixa de hidroclorotiazida e amilorida tiveram cada um desses fármacos analisados separadamente nas avaliações que consideram o número de fármacos específicos para o tratamento da hipertensão.

O teste do Qui-quadrado de Pearson foi usado para comparação bivariada de proporções, considerando significativos valores de $p < 0,05$.

Este trabalho foi aprovado pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) e está registrado sob o número 18947013.6.0000.0008. As entrevistas foram realizadas após assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido por parte do entrevistado ou seu responsável legal no caso de incapazes de responder seu próprio questionário.

RESULTADOS

A prevalência de hipertensão autorreferida para o Brasil foi de 23,7% (IC95% 22,8–24,6), variando de 16,3% na região Norte até 26,0% na região Sudeste. Na faixa etária de 20 a 39, a prevalência foi de 6,0%, alcançando 59,0% no grupo de 60 anos ou mais (Tabela 1).

^d Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa. Critério de Classificação Econômica Brasil 2013. São Paulo (SP): ABEP; 2013. Disponível em: <http://www.abep.org/criterio-brasil>

Do total de pessoas que referiram hipertensão, 93,8% declarou ter indicação médica para tratar a doença com medicamentos. Essa indicação variou de 78,0% no grupo etário de 20-39 a 98,1% no grupo com 60 anos ou mais (Tabela 1).

Entre as pessoas que referiram ter indicação de tratamento com medicamentos, 94,6% estavam usando esses medicamentos no momento da entrevista. O uso de medicamentos cresceu com o aumento da idade. Entre as regiões do Brasil, as regiões Norte e Nordeste apresentaram as menores frequências de uso de medicamentos, enquanto as regiões Sudeste e Sul apresentaram as maiores frequências de uso (Tabela 1).

O acesso total aos medicamentos para os cuidados com a hipertensão foi maior na região Sul e menor nas regiões Centro-Oeste e Nordeste. O acesso parcial, ou seja, a falta de parte dos medicamentos nos últimos 30 dias, foi maior na região Centro-Oeste e menor na região Sul. As prevalências de obtenção de todos os medicamentos necessários para os cuidados com a hipertensão foram semelhantes entre as diferentes classes econômicas. A não obtenção de qualquer medicamento para hipertensão por dificuldade financeira ou indisponibilidade no SUS foi muito baixa em todo o País, com pequenas diferenças, não significantes, entre os grupos de idade (Tabela 2). O abandono intencional de tratamento atingiu 10,6% dos casos.

De todos os medicamentos declarados para o uso na hipertensão, o grupo 1 (medicamentos definitivamente utilizados no tratamento da hipertensão) correspondeu a 90,5%, o grupo 2 (medicamentos associados ao tratamento da hipertensão), a 4,1%, o grupo 3 (medicamentos não indicados para a hipertensão), a 3,2%, e o grupo 4 (suplementos e plantas), a 2,3%. Dos medicamentos utilizados especificamente para o tratamento da hipertensão (grupo 1), 92,4% eram monofármacos e 7,6%, associações em dose fixa, sendo as mais comuns a hidroclorotiazida associada à losartana ou ao atenolol ou à amilorida. Isoladamente, os fármacos específicos mais utilizados para o tratamento da hipertensão foram, em ordem decrescente de uso: hidroclorotiazida, losartana, captopril, enalapril, atenolol e anlodipino, que corresponderam a, aproximadamente, 81,0% de todos os fármacos declarados (Tabela 3).

Tabela 1. Prevalências de hipertensão autorreferida, indicação de tratamento e uso de medicamentos para hipertensão na população com 20 anos ou mais no Brasil, segundo características sociodemográficas. PNAUM, Brasil, 2014^a.

| Variável | | Prevalência de hipertensão | | | Hipertensos com indicação de tratamento farmacológico | | | Hipertensos com indicação de tratamento farmacológico em uso de medicamentos | | p |
|-------------------|-----------------|----------------------------|-----------|---------|---|-----------|---------|--|-----------|---------|
| | | % | IC95% | p | % | IC95% | p | % | IC95% | |
| Sexo | Masculino | 18,5 | 17,4–19,8 | < 0,001 | 93,1 | 91,2–94,6 | 0,292 | 93,4 | 91,5–94,9 | 0,026 |
| | Feminino | 28,1 | 27,0–29,1 | | 94,1 | 92,9–95,1 | | 95,2 | 94,2–96,1 | |
| Faixa etária | 20 a 39 anos | 6,0 | 5,2–6,9 | < 0,001 | 78,0 | 71,1–83,6 | < 0,001 | 78,4 | 70,8–84,5 | < 0,001 |
| | 40 a 59 anos | 27,5 | 26,3–28,8 | | 93,4 | 91,9–94,7 | | 94,7 | 93,4–95,8 | |
| | 60 anos ou mais | 59,0 | 57,4–60,5 | | 98,1 | 97,6–98,5 | | 97,6 | 97,0–98,1 | |
| Região do Brasil | Norte | 16,3 | 14,6–18,1 | < 0,001 | 91,7 | 89,0–93,9 | 0,495 | 91,4 | 88,1–93,8 | < 0,001 |
| | Nordeste | 21,7 | 20,3–23,1 | | 92,2 | 90,0–93,9 | | 91,1 | 87,6–93,7 | |
| | Sudeste | 26,0 | 24,3–27,7 | | 94,9 | 93,0–96,2 | | 95,6 | 94,2–96,7 | |
| | Sul | 22,4 | 20,8–24,0 | | 93,0 | 90,4–95,0 | | 97,4 | 96,1–98,2 | |
| | Centro-Oeste | 24,1 | 22,0–26,3 | | 92,9 | 90,4–94,8 | | 94,0 | 92,2–95,5 | |
| CCEB ^b | A/B | 22,3 | 20,4–24,3 | 0,127 | 94,7 | 92,6–96,2 | 0,064 | 96,2 | 94,3–97,5 | 0,019 |
| | C | 23,9 | 22,8–25,0 | | 93,4 | 91,9–94,7 | | 94,8 | 93,6–95,8 | |
| | D/E | 24,7 | 23,1–26,3 | | 93,5 | 91,5–95,1 | | 92,3 | 89,2–94,6 | |
| Total | | 23,7 | 22,8–24,6 | | 93,7 | 92,6–94,7 | | 94,6 | 93,5–95,5 | |

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

^b Classificação de acordo o Critério de Classificação Econômica Brasil 2013 (CCEB 2013) da Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (ABEP).

Disponível em: <http://www.abep.org>

Entre os entrevistados tratados com medicamentos específicos para hipertensão, 49,9% utilizavam apenas um fármaco, 36,1% dois fármacos e 13,5% três ou mais fármacos (Tabela 4). O tratamento da hipertensão com mais de um fármaco aumentou com a idade. Na faixa dos 20 aos 39 anos, o uso de mais de um fármaco foi feito por 43,3% dos hipertensos, enquanto acima dos 60 anos, foi de 52,2%. Também foram observadas diferenças entre os indivíduos que apresentavam apenas hipertensão. Destes, 46,0% tratavam a hipertensão com mais de um fármaco, e das pessoas com outras duas doenças crônicas ou mais, 55,8% utilizava mais de um fármaco. Na região Norte, o uso de dois ou mais fármacos foi menor do que o observado nas demais regiões do Brasil.

Dos medicamentos utilizados para os cuidados da hipertensão, 56,0% foram obtidos no SUS, 16,0% no Programa Farmácia Popular (rede própria ou rede credenciada) e 2,3% em outros locais. O pagamento do próprio bolso correspondeu a 25,7% dos medicamentos utilizados para o tratamento dessa condição.

Tabela 2. Acesso a medicamentos para hipertensão por hipertensos com indicação médica de tratamento medicamentoso por sexo, idade, ABEP e região do País. PNAUM, Brasil, 2014^a.

| Variável | | Acesso total ^b | | Acesso parcial ^c | | Acesso nulo ^d | | P |
|-------------------|-----------------|---------------------------|-----------|-----------------------------|---------|--------------------------|---------|---------|
| | | % | IC95% | % | IC95% | % | IC95% | |
| Sexo | Masculino | 98,6 | 97,8–99,0 | 1,3 | 0,9–2,0 | 0,1 | 0,0–0,3 | 0,046 |
| | Feminino | 97,6 | 96,8–98,2 | 2,2 | 1,6–3,0 | 0,3 | 0,1–0,5 | |
| Faixa etária | 20 a 59 anos | 97,2 | 96,1–97,9 | 2,5 | 1,7–3,5 | 0,4 | 0,2–0,7 | 0,001 |
| | 60 anos ou mais | 98,6 | 98,0–99,1 | 1,3 | 0,9–1,9 | 0,05 | 0,0–0,1 | |
| Região do Brasil | Norte | 97,1 | 93,6–98,7 | 2,5 | 1,0–6,2 | 0,3 | 0,2–0,7 | < 0,001 |
| | Nordeste | 96,1 | 94,4–97,2 | 3,3 | 2,2–4,9 | 0,6 | 0,3–1,4 | |
| | Sudeste | 98,7 | 97,7–99,2 | 1,3 | 0,7–2,2 | 0,1 | 0,0–0,4 | |
| | Sul | 99,2 | 98,3–99,6 | 0,7 | 0,3–1,6 | 0,1 | 0,0–0,5 | |
| | Centro-Oeste | 95,7 | 93,8–97,0 | 4,0 | 2,7–5,8 | 0,4 | 0,1–1,1 | |
| CCEB ^e | A/B | 98,6 | 97,6–99,2 | 1,0 | 0,5–2,0 | 0,4 | 0,1–1,2 | 0,103 |
| | C | 97,7 | 96,8–98,3 | 2,2 | 1,6–3,0 | 0,1 | 0,1–0,3 | |
| | D/E | 97,7 | 96,6–98,5 | 2,0 | 1,3–3,2 | 0,3 | 0,1–0,6 | |
| Total | | 97,9 | 97,3–98,4 | 1,9 | 1,4–2,4 | 0,2 | 0,1–0,4 | |

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

^b Acesso total: obtenção de todos os medicamentos necessários, nos últimos 30 dias, para o tratamento da hipertensão, de forma gratuita ou pago do próprio bolso.

^c Falta de algum medicamento para tratamento da hipertensão nos últimos 30 dias por dificuldade financeira ou indisponibilidade no Sistema Único de Saúde (SUS).

^d Sem acesso por dificuldade financeira ou por falta de disponibilidade no SUS.

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

Tabela 3. Fármacos mais utilizados para o tratamento da hipertensão, independentemente de estarem ou não em associações em dose fixa e do número de fármacos utilizados. PNAUM, Brasil, 2014*.

| Fármaco | % | IC95% | % acumulada |
|--|------|-----------|-------------|
| Hidroclorotiazida | 23,9 | 22,7–25,1 | 23,9 |
| Losartana | 20,1 | 19,0–21,3 | 44,0 |
| Captopril | 11,2 | 10,2–12,2 | 55,2 |
| Enalapril | 10,5 | 9,4–11,7 | 65,7 |
| Atenolol | 9,0 | 8,2–9,9 | 74,6 |
| Anlodipino | 6,0 | 5,4–6,6 | 80,6 |
| Propranolol | 4,1 | 3,6–4,7 | 84,7 |
| Furosemida | 2,4 | 2,0–2,8 | 87,1 |
| Nifedipino | 1,8 | 1,5–2,2 | 88,9 |
| Clortalidona | 1,8 | 1,4–2,2 | 90,7 |
| Outros fármacos para tratamento da hipertensão | 9,3 | 8,4–10,3 | 100 |

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

Tabela 4. Porcentagem da quantidade de fármacos, independentemente de estarem ou não em associações em dose fixa, utilizados para o tratamento da hipertensão arterial (HA) por grupo etário, número de doenças crônicas e região do Brasil. PNAUM, Brasil, 2014*.

| Característica | | Um fármaco | IC95% | Dois fármacos | IC95% | Três ou mais fármacos | IC95% | p |
|----------------------------|---|------------|-----------|---------------|-----------|-----------------------|-----------|-------|
| Sexo | Masculino | 52,4 | 46,9–55,2 | 35,5 | 32,9–38,2 | 12,0 | 10,3–14,0 | 0,034 |
| | Feminino | 48,5 | 46,6–50,5 | 37,2 | 35,4–39,0 | 14,3 | 12,9–15,9 | |
| Faixa etária | 20 a 39 anos | 56,7 | 49,0–64,1 | 33,1 | 25,6–41,5 | 10,2 | 5,9–17,0 | 0,061 |
| | 40 a 59 anos | 51,1 | 48,2–49,8 | 36,9 | 34,1–39,8 | 12,0 | 10,3–13,8 | |
| | 60 anos ou mais | 47,8 | 45,9–49,8 | 36,9 | 35,1–38,7 | 15,3 | 13,7–17,0 | |
| Número de doenças crônicas | HA isolada | 54,0 | 51,3–56,6 | 36,3 | 34,0–38,6 | 9,8 | 8,0–11,9 | 0,001 |
| | HA e mais uma outra doença crônica | 51,8 | 48,8–54,9 | 35,4 | 32,5–38,4 | 12,8 | 10,9–14,9 | |
| | HA e duas outras doenças crônicas ou mais | 44,1 | 41,5–46,9 | 37,8 | 35,5–40,3 | 18,0 | 15,9–20,2 | |
| Região do Brasil | Norte | 71,9 | 68,6–75,0 | 24,7 | 22,0–27,6 | 3,4 | 2,6–4,6 | 0,001 |
| | Nordeste | 48,7 | 45,7–51,6 | 38,6 | 35,6–41,5 | 12,7 | 10,8–14,8 | |
| | Sudeste | 48,5 | 46,0–51,1 | 36,9 | 34,6–39,3 | 14,6 | 12,6–16,9 | |
| | Sul | 51,7 | 48,0–55,3 | 35,8 | 32,9–38,8 | 12,5 | 10,7–14,5 | |
| | Centro-Oeste | 47,5 | 43,7–51,3 | 37,1 | 33,9–40,4 | 15,5 | 13,1–18,1 | |
| Total | | 49,9 | 48,3–51,5 | 36,1 | 34,1–37,1 | 13,5 | 12,3–14,9 | |

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

DISCUSSÃO

A prevalência de hipertensão autorreferida neste estudo foi de 23,7% para todas as idades, de 18,5 nos homens e 28,1 nas mulheres. Barros et al.⁵, analisando os dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) 2008, verificaram uma prevalência de 11,3% para homens, 16,5% para mulheres e 14,0% para ambos os sexos e todas as idades. Em uma medida sumária de vários estudos, Schmidt et al.³¹ encontraram prevalência de 17,3% para homens e mulheres acima dos 20 anos. Nos homens, a prevalência de 19,2% foi um pouco superior ao levantamento de 2008, quando foi estimada em 17,3% (IC95% 17,0–17,6%). No inquérito telefônico do Vigitel^e para o conjunto das 27 cidades, considerando adultos (acima de 18 anos), a prevalência foi de 24,1%, sendo a hipertensão maior em mulheres (26,3%) do que em homens (21,5%). A Pesquisa Nacional de Saúde de 2013^f mostrou prevalência de hipertensão autorreferida de 21,4% (IC95% 20,8–22,0) para pessoas acima dos 18 anos.

Quando comparada com os estudos populacionais anteriores, a prevalência de hipertensão autorreferida neste estudo confirma a tendência de aumento desta doença em todas as faixas etárias. Os valores encontrados no Vigitel são superiores, provavelmente porque essa ferramenta incluiu apenas as capitais e regiões metropolitanas do Brasil, onde a prevalência de hipertensão tende a ser maior, seja pela maior presença de fatores de risco, pelo maior acesso ao diagnóstico ou por uma combinação desses dois fatores.

Neste estudo, a pergunta sobre utilização de medicamentos para a hipertensão foi precedida de outra pergunta sobre a existência de indicação médica para o tratamento da hipertensão com medicamentos. Esta pergunta foi incluída após detectarmos que um dos motivos para os participantes não estarem usando medicamentos era a ausência de indicação médica para tal.

Ferreira et al.¹¹, analisando os dados na PNAD 2008²⁵, observaram que 17,0% dos pacientes não usavam medicamentos para hipertensão. O estudo mostra que, das pessoas com hipertensão, 6,2% não tinha indicação médica para tratar a doença com medicamentos e apenas 5,4% dos que tinham indicação não estavam usando os medicamentos. A diferença dos resultados dos dois estudos pode ser devido à análise desses autores pressupor que todos os pacientes com hipertensão deveriam fazer uso de medicamentos para o tratamento da hipertensão.

^e Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. Vigitel Brasil 2013: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Brasília (DF); 2014. Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvsmis/publicacoes/vigitel_brasil_2013

^f Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional de Saúde 2013: percepção do estado de saúde, estilos de vida e doenças crônicas - Brasil, Grandes Regiões e Unidades da Federação. Rio de Janeiro (RJ): IBGE; 2014. Disponível em: <ftp://ftp.ibge.gov.br/PNS/2013/pns2013.pdf>

A indicação de tratamento com medicamentos é alta. Isso pode ser reflexo de diagnóstico tardio, visto que no estágio I da hipertensão, a mudança de estilo de vida é a primeira indicação, devendo o tratamento farmacológico ser instituído apenas após seis meses de insucesso desta medida⁸. Se o diagnóstico é tardio, espera-se maior gravidade da doença ou menor sucesso no uso de tratamentos não farmacológicos pela não implementação de mudanças no estilo de vida. Também deve ser considerado o comportamento dos médicos, que, na expectativa de que os pacientes não irão aderir aos tratamentos não farmacológicos, iniciam tratamento farmacológico em paralelo às recomendações de mudança de estilo de vida.

Em análise dos dados da PNAD^h, houve diferença importante no uso de medicamentos entre homens e mulheres, sendo menor nos homens. Os dados do presente estudo mostram uso levemente menor entre homens quando comparado ao das mulheres e essa diferença não foi significativa.

Também é consistente a menor utilização de medicamentos entre os grupos etários mais jovens. Este estudo mostra que os mais jovens recebem menos indicação de tratamento farmacológico e, quando a recebem, a adesão é muito baixa quando comparada com as pessoas de maior idade. Conseqüentemente, os jovens perdem a oportunidade de diminuir precocemente os riscos cardiovasculares com o uso de medicamentos e poderão apresentar maiores danos nas complicações futuras da condição clínica.

Em termos gerais, a indicação e o uso de medicamentos foram elevados, o que deve ser considerado positivo, sobretudo por se tratar de uma condição clínica assintomática. Entretanto, uma avaliação mais precisa da adequação e seguimento correto do tratamento precisa ser feita como passo seguinte no cuidado com a hipertensão. Existem evidências de que a compreensão inadequada da natureza da hipertensão leva à interrupção do tratamento quando ocorre a normalização dos níveis pressóricos. Outras causas para a interrupção temporária ou subtratamento da doença são a ocorrência de efeitos colaterais, o esquecimento ou razões ligadas aos serviços de saúde, como sua organização e estrutura, chegando até a relação médico-paciente^{2,9}.

São ainda escassos os dados de âmbito nacional quanto ao acesso aos medicamentos, sobretudo no nível domiciliar. Paniz et al.¹⁹, estudando usuários da Estratégia de Saúde da Família em 41 municípios das regiões Sul e Nordeste em 2005, encontraram que 81,2% tiveram acesso total, porém com desigualdades regionais, sendo melhor na região Sul. Maior idade, melhor nível socioeconômico e maior escolaridade foram fatores associados ao melhor acesso. Em uma capital no Sul do Brasil, o acesso foi de 95,8%⁵. Na população coberta pelo Programa de Saúde da Família em outra capital do Sul do Brasil, o acesso geral aos medicamentos também foi de 95,0%⁸. Esses estudos mostram um acesso alto aos medicamentos para hipertensão e, em média, a metade desses medicamentos foi obtida de forma gratuita no SUS. O presente estudo mostra que a obtenção de medicamentos junto à rede básica do SUS aumentou, bem como pelo Programa Farmácia Popular do Brasil, que correspondeu a 16,0% dos medicamentos utilizados nos cuidados da hipertensão.

A grande maioria dos fármacos utilizados nos cuidados com a hipertensão está disponível gratuitamente, seja na rede do SUS ou na rede credenciada do programa Aqui Tem Farmácia Popular. Com isso, praticamente três de cada quatro medicamentos utilizados nos cuidados da hipertensão foram obtidos com financiamento do SUS.

Dos 10 fármacos mais utilizados para o tratamento da hipertensão, apenas a clortalidona não estava na Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (Rename)ⁱ de 2013. Desses 10 fármacos, nove podem ser obtidos na rede básica do SUS e rede da Farmácia Popular sem pagamento do próprio bolso. Também não pode ser descartada a possibilidade de que listas municipais de medicamentos incluam esses fármacos e os coloquem à disposição dos pacientes, o que tornaria gratuita sua disponibilidade pelo SUS nesses municípios.

Os fármacos mais utilizados foram a hidroclorotiazida, seguida da losartana, do captopril e do enalapril. Esses resultados são similares aos encontrados em outros estudos, nos quais os

⁸Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica. Brasília (DF); 2013. (Cadernos de Atenção Básica, 37). Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategias_cuidado_pessoa_doenca_cronica.pdf

^hInstituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios - PNAD. Rio de Janeiro (RJ): IBGE; 2008. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/trabalhoerendimento/pnad2008/>

ⁱMinistério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. Relação Nacional de Medicamentos Essenciais: RENAME 2013. 8 ed. Brasília (DF); 2013. Disponível em: http://www.sinfaerj.org.br/Arquivos/livro_rename_out_2013.pdf

diuréticos e os antagonistas do sistema renina-angiotensina são os fármacos mais utilizados para tratamento da hipertensão^{13,22}. Uma meta-análise de 31 ensaios clínicos randomizados envolvendo 190.606 participantes realizada pela *Blood Pressure Lowering Treatment Trialists' Collaboration*⁸ não mostrou diferenças significativas entre os diversos grupos farmacológicos no tratamento da hipertensão na prevenção de eventos cardiovasculares.

O tratamento da hipertensão com mais de um medicamento é observado em outros países. Na Inglaterra, 45,0% dos pacientes recebem monoterapia; 36,0%, dois fármacos; 14,0%, três fármacos; e 4,0%, quatro fármacos¹⁰. Nos Estados Unidos, a proporção de pacientes que usam mais de um medicamento subiu de 29,1% no período entre 1988 e 1994 para 35,8% no período 1999 a 2002¹⁴ e para 47,7%, no período de 2009 a 2010¹⁵.

Em resumo, a prevalência de hipertensão arterial continua aumentando na população adulta brasileira. O acesso aos medicamentos para o tratamento dessa doença mostrou-se bastante elevado. Quando comparado com estudos anteriores, essa elevação mostra-se consistente. As políticas públicas de assistência farmacêutica podem explicar tal fenômeno. A grande maioria dos fármacos utilizados está entre aqueles preconizados na literatura como os fármacos de primeira linha para o tratamento de hipertensão. Neste estudo, o número de fármacos utilizados mostra a mesma tendência observada nos Estados Unidos e na Inglaterra, onde tem se observado crescimento no número de fármacos necessários para manter a hipertensão arterial sob controle adequado.

O pleno acesso aos medicamentos para hipertensão pode ser considerado a primeira etapa no tratamento dessa condição clínica, mas não o único. Cerca de 50,0% dos pacientes tratados não tem controle adequado da pressão arterial^{16,20}. Além da obtenção dos medicamentos, são necessários boa adesão ao tratamento, adequado manejo desses medicamentos para cada paciente e controle dos demais fatores que podem dificultar o controle de pressão arterial, como elevada ingestão de sal ou apneia obstrutiva do sono²¹.

REFERÊNCIAS

1. Alleyne G, Binagwaho A, Haines A, Jahan S, Nugent R, Rojhani A, et al. Embedding non-communicable diseases in the post-2015 development agenda. *Lancet*. 2013;381(9866):566-74. DOI:10.1016/S0140-6736(12)61806-6
2. Andrade JP, Vilas-Boas F, Chagas H, Andrade M. Epidemiological aspects of adherence to the treatment of hypertension. *Arq Bras Cardiol*. 2002;79(4):380-4. DOI:10.1590/S0066-782X2002001300005
3. Atun R, Jaffar S, Nishtar S, Knaul FM, Barreto ML, Nyirenda M, et al. Improving responsiveness of health systems to non-communicable diseases. *Lancet*. 2013;381(9867):690-7. DOI:10.1016/S0140-6736(13)60063-X
4. Aziz MM, Calvo MC, Schneider IJC, Xavier AJ, d'Orsi E. Prevalência e fatores associados ao acesso a medicamentos pela população idosa em uma capital do sul do Brasil: um estudo de base populacional. *Cad Saude Publica*. 2011;27(10):1939-50. DOI:10.1590/S0102-311X2011001000007
5. Barros MBA, Francisco PMSB, Zanchetta LM, César CLG. Tendências das desigualdades sociais e demográficas na prevalência de doenças crônicas no Brasil, PNAD: 2003- 2008. *Cienc Saude Coletiva*. 2011;16(9):3755-68. DOI:10.1590/S1413-81232011001000012
6. Beaglehole R, Bonita R, Horton R, Adams C, Alleyne G, Asaria P, et al. Priority actions for the non-communicable disease crisis. *Lancet*. 2011;377(9775):1438-47. DOI:10.1016/S0140-6736(11)60393-0
7. Bertoldi AD, Barros AJD, 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. DOI:10.1016/j.healthpol.2008.07.001
8. Blood Pressure Lowering Treatment Trialists Collaboration, Turnbull F, Neal B, Ninomiya T, Algert C, Arima H, et al. Effects of different regimens to lower blood pressure on major cardiovascular events in older and younger adults: meta-analysis of randomised trials. *BMJ*. 2008;336(7653):1121-3. DOI:10.1136/bmj.39548.738368.BE

9. Duarte MTC, Cyrino AP, Cerqueira ATAR, Nemes MIB, Lyda M. Motivos do abandono do seguimento médico no cuidado a portadores de hipertensão arterial: a perspectiva do sujeito. *Cienc Saude Coletiva*. 2010;15(5):2603-10. DOI:10.1590/S1413-81232010000500034
10. Falaschetti E, Mindell J, Knott C, Poulter N. Hypertension management in England: a serial cross-sectional study from 1994 to 2011. *Lancet*. 2014;383(9932):1912-9. DOI:10.1016/S0140-6736(14)60688-7
11. Ferreira RA, Barreto SM, Giatti L. Hipertensão arterial referida e utilização de medicamentos de uso contínuo no Brasil: um estudo de base populacional. *Cad Saude Publica*. 2014;30(4):815-26. DOI:10.1590/0102-311X00160512
12. Fuchs FD, Gus M, Moreira WD, Moreira LB, Moraes RS, Rosito GA, et al. Blood pressure effects of antihypertensive drugs and changes in lifestyle in a Brazilian hypertensive cohort. *J Hypertens*. 1997;15(7):783-92. DOI:10.1097/00004872-199715070-00011
13. Gontijo MF, Ribeiro AQ, Klein CH, Rozenfeld S, Acurcio FA. Uso de anti-hipertensivos e antidiabéticos por idosos: inquérito em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. *Cad Saude Publica*. 2012;28(7):1337-46. DOI:10.1590/S0102-311X2012000700012
14. Gu Q, Paulose-Ram R, Dillon C, Burt V. Antihypertensive medication use among US adults with hypertension. *Circulation*. 2006;113(2):213-21. DOI:10.1161/CIRCULATIONAHA.105.542290
15. Gu Q, Burt VL, Dillon CF, Yoon S. Trends in antihypertensive medication use and blood pressure control among United States adults with hypertension: the National Health and Nutrition Examination Survey, 2001 to 2010. *Circulation*. 2012;126(17):2105-14. DOI:10.1161/CIRCULATIONAHA.112.096156
16. Joffres M, Falaschetti E, Gillespie C, Robitaille C, Loustalot F, Poulter N, et al. Hypertension prevalence, awareness, treatment and control in national surveys from England, the USA and Canada, and correlation with stroke and ischaemic heart disease mortality: a cross-sectional study. *BMJ Open*. 2013;3(8):e003423. DOI:10.1136/bmjopen-2013-003423
17. Mengue SS, Bertoldi AD, Boing AC, NUL Tavares, da Silva Dal Pizzol T, Oliveira MA, et al. Pesquisa Nacional sobre Acesso, Utilização e Promoção do Uso Racional de Medicamentos (PNAUM): métodos do inquérito domiciliar. *Rev Saude Publica*. 2016;50(supl 2):4s. DOI:10.1590/S1518-8787.2016050006156
18. Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde. Política Nacional de Medicamentos. *Rev Saude Publica*. 2000;34(2):206-9. DOI:10.1590/S0034-8910200000200018
19. 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. DOI:10.1590/S0102-311X2008000200005
20. Pinho NA, Pierin AMG. Hypertension control in Brazilian publications. *Arq Bras Cardiol*. 2013;101(3):e65-73. DOI:10.5935/abc.20130173
21. Ruttanaumpawan P, Nopmaneejumruslers C, Logan AG, Lazarescu A, Qian I, Bradley TD. Association between refractory hypertension and obstructive sleep apnea. *J Hypertens*. 2009;27(7):1439-45. DOI:10.1097/HJH.0b013e32832af679
22. Schmidt MI, Duncan BB, Silva GA, Menezes AM, Monteiro CA, Barreto SM, et al. Chronic non-communicable diseases in Brazil: burden and current challenges. *Lancet*. 2011;377(9781):1949-61. DOI:10.1016/S0140-6736(11)60135-9
23. Silva AL, Ribeiro AQ, Klein CH, Acurcio FA. Utilização de medicamentos por idosos brasileiros, de acordo com a faixa etária: um inquérito postal. *Cad Saude Publica*. 2012;28(6):1033-45. DOI:10.1590/S0102-311X2012000600003
24. Sousa MR, Feitosa GS, Paola AA, Schneider JC, Feitosa-Filho GS, Nicolau JC, et al. I Diretriz da Sociedade Brasileira de Cardiologia sobre processos e competências para a formação em cardiologia no Brasil. *Arq Bras Cardiol*. 2011;96(5 Supl 1):4-24. DOI:10.5935/abc.2013S008

Financiamento: Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos e Departamento de Ciência e Tecnologia da Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos do Ministério da Saúde (SCTIE/MS - Processo 25000.111834/2011-31).

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

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