



**UNIVERSIDADE DO ESTADO DA BAHIA – UNEB  
DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS DA VIDA – DCV  
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE COLETIVA (MEPISCO)**

**JAQUELINE JESUS DOS SANTOS CRUZ**

**ACESSO E USO DE MEDICAMENTOS PARA HIPERTENSÃO  
ARTERIAL SISTÊMICA E DIABETES MELLITUS NO MUNICÍPIO DE  
SALVADOR – BAHIA: UM ESTUDO TRANSVERSAL**

**SALVADOR-BA  
2023**

**JAQUELINE JESUS DOS SANTOS CRUZ**

**ACESSO E USO DE MEDICAMENTOS PARA HIPERTENSÃO  
ARTERIAL SISTÊMICA E DIABETES MELLITUS NO MUNICÍPIO DE  
SALVADOR – BAHIA: UM ESTUDO TRANSVERSAL**

Dissertação apresentada como requisito obrigatório para obtenção do título de mestre no Programa de Pós-graduação Mestrado Profissional em Saúde Coletiva da Universidade do Estado da Bahia.

Orientadora: Profa. Dra. Helena Maria Silveira Fraga Maia

Coorientadora: Profa. Dra. Patrícia Sodré Araújo

**SALVADOR-BA  
2023**

FICHA CATALOGRÁFICA  
Sistema de Bibliotecas da UNEB

d999a

Santos Cruz, Jaqueline Jesus

Acesso e uso de medicamentos para Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus no município de Salvador - Bahia: um estudo transversal / Jaqueline Jesus Santos Cruz. - Salvador, 2023.

93 fls : il.

Orientador(a): Helena Maria Silveira Fraga Maia.

Coorientador(a): Patrícia Sodré Araújo .

Inclui Referências

Dissertação (Mestrado Profissional) - Universidade do Estado da Bahia. Departamento de Ciências da Vida. Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva - MEPISCO, Campus I. 2023.

1.Acesso a Medicamentos. 2.Hipertensão Arterial. 3.Atenção Primária à Saúde. 4.Doenças Crônicas Não Transmissíveis. 5.Inquéritos epidemiológicos.

CDD: 613

**JAQUELINE JESUS DOS SANTOS CRUZ**

**ACESSO E USO DE MEDICAMENTOS PARA HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA E DIABETES MELLITUS NO MUNICÍPIO DE SALVADOR – BAHIA: UM ESTUDO TRANSVERSAL**

Dissertação apresentada como requisito obrigatório para obtenção do título de mestre no Programa de Pós-graduação Mestrado Profissional em Saúde Coletiva da Universidade do Estado da Bahia

**BANCA EXAMINADORA**

**Profa. Dra. Helena Maria Silveira Fraga Maia – Orientadora**

Doutora em Saúde Pública pelo Instituto de Saúde Coletiva (ISC/UFBA)

**Universidade do Estado da Bahia**

**Profa. Dra. Patrícia Sodr  Araújo – Coorientadora**

Doutora em Saúde Pública pelo Instituto de Saúde Coletiva (ISC/UFBA)

**Universidade do Estado da Bahia**

**Prof. Dr. Djanilson Barbosa dos Santos**

Doutor em Saúde Coletiva –  rea de Concentra o: Epidemiologia

Universidade Federal do Recôncavo da Bahia (UFRB)

**Prof. Dr. Jorge Lopes Cavalcante Neto**

Doutor em Fisioterapia pela Universidade Federal de São Carlos (UFSCar)

Universidade do Estado da Bahia (UNEB)

**SALVADOR – BA  
2023**

## **DEDICATÓRIA**

Dedico essa dissertação a todos os usuários do SUS. Existe SUS porque vocês existem e tem direito a saúde.

"É necessário se espantar, se indignar e se contagiar, só assim é possível mudar a realidade"

Nise da Silveira

## AGRADECIMENTOS

Primeiramente, agradeço a Deus por ter me concedido o dom da vida, por me fortalecer em meio a caminhada e me colocar em lugares antes fruto da imaginação de uma menina do interior. Sei que nada seria sem a Sua presença em minha vida!

À Universidade do Estado da Bahia, que, me acolheu como uma segunda casa desde a graduação, e tem me proporcionado uma educação pública de qualidade, oferecendo a oportunidade de compreender o mundo para além dos saberes e conhecimentos impostos.

Ao Programa do Mestrado Profissional em Saúde Coletiva e a todos os colegas da turma de 2021.1 pelo fortalecimento do conhecimento, pelo empoderamento como pessoa e profissional que hoje sou, pelas maravilhosas reflexões a cerca do fazer saúde de forma integral, universal e equânime.

À minha orientadora, professora Helena Maria Silveira Fraga Maia por ter me acolhido como sua orientanda, agradeço imensamente os ensinamentos de forma tão carinhosa e pelo incentivo constante. ♥

À Patrícia Sodré Araújo, minha coorientadora pela parceria de sempre, pelo apoio incansável desde a graduação, é um prazer imenso contar com sua colaboração para galgar os objetivos da vida acadêmica, profissional e pessoal.

A todos os professores do Programa do Mestrado Profissional em Saúde Coletiva, por serem mentes brilhantes, capazes de nos instigar a indignar-se, frutificar e ir à luta por uma saúde melhor e mais digna para a população.

Ao meu amado esposo Adenilson Ribeiro, por me apoiar nesse projeto, pelo companheirismo e paciência em cada fase das nossas vidas. Gratidão pelo amor ofertado em nosso convívio diariamente.

À minha família, por mesmo distante e em alguns momentos sem entender o meu percurso sempre me dão forças para prosseguir e lutar por dias melhores.

À minhas amigas Helen Leite e Taíse Machado por serem minhas incentivadoras desde o momento em que as conheci, obrigada pela presença mesmo na distância, pelo apoio mesmo na vida corrida e por me permitirem fazer parte desse trio maravilhoso.

A todos que direta ou indiretamente contribuíram para que esse projeto fosse realidade, sei que essa obra é fruto de muitas mãos!

Ao SUS que se mantém vivo graças a luta árdua de profissionais, usuários e gestores que mesmo diante de todas as dificuldades impostas acreditam que é possível construir um SUS de qualidade para todos.

## RESUMO

O acesso a medicamentos no Brasil e no mundo é uma necessidade bem como um direito de toda a população, embora em alguns países não seja garantido de forma gratuita. Todavia, sabe-se que o medicamento é uma tecnologia útil para o controle de diversas condições de saúde. As Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) como Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e Diabetes Mellitus (DM) são exemplos de patologias que acometem grande parcela da população e precisam de atenção especial. O acesso aos medicamentos é tema de pesquisa complexa e inclui a dimensão da disponibilidade. Esta pesquisa foi desenvolvida com o objetivo de estimar a prevalência de acesso aos medicamentos para HAS no âmbito da APS no município de Salvador, Bahia, sob a perspectiva do usuário, além de produzir cartilha destinada aos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e pacientes. Nesta, foram organizadas informações sobre utilização dos medicamentos para HAS e DM comumente disponibilizados nas unidades de saúde (US). Já para avaliar a prevalência do acesso a medicamentos específicos para HAS foi conduzido um estudo epidemiológico transversal que integra a pesquisa Assistência Farmacêutica na Atenção Primária à Saúde: Um Estudo de Natureza Avaliativa no Município de Salvador (PMAUM) em parceria com a Universidade Federal da Bahia (UFBA). A população foi composta com usuários dos serviços de saúde, adultos e com diagnóstico de HAS vinculados a quatro distritos sanitários. A análise de regressão logística utilizou modelo hierarquizado do tipo *forward* (processo anterógrado) e a magnitude da associação foi estimada pelo cálculo da *Odds Ratio* (OR) e intervalo de confiança a 95% (IC95%) como medida de precisão. Os resultados desse estudo evidenciaram que a prevalência de acesso total a medicamentos na cidade de Salvador é considerada elevada (83,6%), que ser do sexo masculino (OR=4,06; IC95%:1,26–12,99) e ter dificuldade de acesso à unidade de saúde (OR=4,84 IC95%: 1,62–14,48) se associaram positivamente com menor acesso, enquanto não usar adoçantes (OR=0,18 IC95%: 0,06 – 0,53) representou maior acesso aos medicamentos prescritos. Dessa forma, o acesso a medicamentos mesmo elevado segundo a dimensão disponibilidade, precisa ser visto com olhar minucioso e sempre que possível considerando as demais dimensões de acesso. Novos estudos sobre o tema principalmente em nível municipal com todos os distritos sanitários (DS) devem ser conduzidos para maior aprofundamento da temática e afim de fornecer dados que contribuam para a gestão do município nas políticas de assistência farmacêutica.

**Palavras-chave:** Acesso a Medicamentos; Hipertensão Arterial; Atenção Primária à Saúde; Doenças Crônicas Não Transmissíveis; inquéritos epidemiológicos.

## ABSTRACT

Access to medicines in Brazil and in the world is a need as well as a right for the entire population, although in some countries it is not guaranteed free of charge. However, it is known that the medicine is a useful technology for the control of several health conditions. Chronic Noncommunicable Diseases (NCDs) such as Systemic Arterial Hypertension (SAH) and Diabetes Mellitus (DM) are examples of pathologies that affect a large portion of the population and need special attention. Access to medicines is a complex research topic and includes the dimension of availability. This research was developed with the objective of estimating the prevalence of access to medication for SAH within the scope of Primary Health Care (PHC) in the city of Salvador, Bahia, from the perspective of the user, in addition to producing a booklet aimed at Community Health Agents (CHA) and patients. In this, was organized informations about the use of medications for SAH and DM commonly available in health units (HU). In order to evaluate the prevalence of access to specific drugs for SAH, a cross-sectional epidemiological study was conducted, which is part of the research Pharmaceutical Assistance in Primary Health Care: A Study of an Evaluative Nature in the City of Salvador (PMAUM) in partnership with the Universidade Federal da Bahia (UFBA). The population consisted of users of health services, adults and diagnosed with SAH linked to four health districts. Logistic regression analysis used a forward-type hierarchical model (anterograde process) and the magnitude of the association was estimated by calculating the odds ratio (OR) and 95% confidence interval (95%CI) as a measure of precision. The results of this study showed that the prevalence of full access to medication in the city of Salvador is considered high (83.6%), however being male (OR=4.06; 95%CI:1.26–12.99) and having difficulty accessing the health unit (OR=4.84 CI95%: 1.62–14.48) were positively associated with less access, while not using sweeteners (OR=0.18 CI95%: 0.06 – 0.53) represented greater access to prescribed medications. In this way, access to medicines, even if high according to the availability dimension, needs to be seen with a detailed eye and whenever possible considering the other dimensions of access. New studies on the subject, mainly at the municipal level with all health districts (DS) should be conducted to further deepen the theme and in order to provide data that contribute to the management of the municipality in pharmaceutical assistance policies.

**Keywords:** Access to Medicines. Arterial Hypertension. Diabetes Mellitus. Primary Health Care. Noncommunicable Disease.

## LISTA DE TABELAS

<b>Tabela 1.</b> Estágios da HAS em adultos maiores de 18 anos	27
<b>Tabela 2.</b> Padrões de amostragem de acordo com o número médio de atendimento de usuários nas farmácias de cada unidade selecionada, Salvador-Bahia, 2019.	32
<b>Tabela 3.</b> Amostra planejada da Pesquisa Municipal sobre Acesso, Utilização e Promoção do Uso Racional de Medicamentos no Município de Salvador - Bahia, 2019.	32
<b>Artigo</b>	
<b>Tabela 1.</b> Análise bivariada das características demográficas e socioeconômicas dos usuários da Atenção Primária a Saúde com Hipertensão Arterial Sistêmica no município de Salvador, Bahia, 2019-2020. (n=178)	55
<b>Tabela 2.</b> Análise bivariada do perfil de saúde e hábitos de vida dos usuários da Atenção Primária a Saúde com Hipertensão Arterial Sistêmica no município de Salvador, Bahia, 2019-2020. (n=178).	56
<b>Tabela 3.</b> Associação entre Acesso a medicamentos e variáveis relativas à acessibilidade geográfica dos usuários da Atenção Primária a Saúde com Hipertensão Arterial Sistêmica no município de Salvador, Bahia, 2019-2020. (n=178).	57
<b>Tabela 4.</b> Modelo final da regressão logística entre acesso a medicamentos e variáveis selecionadas dos usuários da Atenção Primária a Saúde, Salvador, Bahia, 2019-2020. (n=178).	58

## LISTA DE ABREVIATURAS

APS	Atenção Primária à Saúde
ATC	Classificação Anatômica Terapêutica
ACS	Agentes Comunitários de Saúde
ABEP	Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa
DM	Diabetes Mellitus
DM 1	Diabetes tipo 1
DM 2	Diabetes tipo 2
DCNT	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
DS	Distrito Sanitário
ESF	Estratégia de Saúde da Família
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
OMS	Organização Mundial da Saúde
PA	Pressão Arterial
PMAUM	Pesquisa Municipal sobre Acesso, Utilização e Promoção do Uso Racional de Medicamentos
PNS	Política Nacional de Saúde
PNAF	Política nacional de Assistência Farmacêutica
PNM	Política Nacional de Medicamentos
PNAUM	Pesquisa Nacional sobre Acesso, Utilização e Promoção do Uso Racional de Medicamentos
PNAD	Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios
SUS	Sistema Único de Saúde
SBD	Sociedade Brasileira de Diabetes
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
US	Unidades de Saúde
USF	Unidade de Saúde da Família

## SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO</b>	<b>13</b>
<b>2 Questão de pesquisa</b>	<b>15</b>
<b>3. Objetivos</b>	<b>16</b>
3.1 Objetivo geral	16
3.2 Objetivo específico	16
<b>4. Hipótese</b>	<b>17</b>
<b>5 Justificativa</b>	<b>18</b>
<b>6 REFERENCIAL TEÓRICO</b>	<b>19</b>
6.1 Marcos legais da AF e a contribuição para o acesso a medicamentos	19
6.2 Acesso a medicamentos	21
6.3 Atenção Primária a saúde (APS)	24
6.4 Doenças Crônicas Não transmissíveis (DCNT)	25
6.5 Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS)	26
6.6 Diabetes Mellitus (DM)	28
<b>7. METODOS</b>	<b>31</b>
7.1 Desenho de estudo	31
7.2 População – alvo e área	31
7.3 Amostragem e cálculo amostral	32
7.4 Coleta de dados	33
7.5 Instrumento	33
7.6 Definição de variáveis	34
7.7 Plano de análise	35
7.8 Aspectos éticos	36
<b>8. RESULTADOS</b>	<b>37</b>
8.1 Artigo: Acesso e uso de medicamentos para Hipertensão Arterial Sistêmica no município de Salvador, Bahia	37
8.2 Produto técnico: Cartilha informativa sobre uso de medicamentos mais utilizados para Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus	59
<b>REFERÊNCIAS</b>	<b>77</b>
<b>APÊNDICE</b>	<b>83</b>
Apêndice A – Termo de Consentimento Livre Esclarecido	85
Apêndice B – Termo de Consentimento pós Esclarecido	87
Apêndice D – Questionário Semiestruturado de Usuário	88

## 1 INTRODUÇÃO

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), pessoas que possuem Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNT) como Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e Diabetes Mellitus (DM) apresentam situação social economicamente agravada devido aos maiores gastos com saúde, em especial pela procura de serviços de saúde. A OMS ressalta ainda que muitas populações, em diversos países no mundo, têm dificuldade tanto no acesso como no uso dos serviços de saúde, considerável barreira no enfrentamento às DCNT (STOPA *et al.*, 2019; WHO, 2010). A Pesquisa Nacional Sobre Acesso, Utilização e Promoção do Uso Racional de Medicamentos (PNAUM), a qual foi delineada como um estudo transversal de base populacional em domicílios urbanos das cinco regiões do Brasil, no período de setembro de 2013 e fevereiro de 2014, evidenciou que as DCNT são consideradas problema mundial com impactos significativos no Brasil. Em um dos trabalhos oriundos dessa pesquisa deixa claro que as DCNT são responsáveis por grande parte da mortalidade por HAS e pelo maior custo nas hospitalizações, principalmente na população mais idosa (MENGUE *et al.*, 2016).

A Política Nacional de Saúde (PNS) se constitui como marco fundamental para concepção das políticas de medicamentos no Brasil, a partir deste marco foi concebida a Política Nacional de Medicamentos (PNM) e a Política Nacional de Assistência farmacêutica (PNAF) (BRASIL, 2004; BRASIL, 1998). As legislações citadas compreendem um conjunto de políticas que organizam serviços, atividades e práticas que assegurem o acesso aos medicamentos e seu uso racional, com foco na promoção, proteção e recuperação da saúde, tendo o medicamento como insumo essencial (BRASIL, 2001).

Nas últimas décadas com a descentralização da assistência farmacêutica (AF) para as três esferas da gestão foi observado um grau de ascensão das políticas públicas referente aos medicamentos, com compartilhamento das responsabilidades e financiamento do sistema, no entanto os serviços inseridos no SUS ainda se organizam em busca da qualificação e agilidade na aquisição e distribuição de medicamentos. Houve crescente avanço com a implementação e reorientação das políticas farmacêuticas no Brasil, em especial com a PNM e PNAF, porém ainda se observa no setor público um perfil desigual de acesso a medicamentos e de orientação quanto ao uso correto dos medicamentos à população (BRASIL, 2001; BRASIL, 2004).

A PNAUM oportunizou o desenvolvimento de diversos estudos sobre a utilização, comercialização, distribuição, prescrição, dispensação e uso racional dos medicamentos; condições sanitárias dos medicamentos e atividades farmacêuticas de natureza clínica. Alguns

estudos oriundos dessa investigação utilizaram a classificação de acesso estabelecida por Penchansky e Thomas para avaliar o acesso aos medicamentos no Brasil e nos serviços da APS no SUS (ARAÚJO *et al.*, 2017; COSTA *et al.*, 2017; BARROS *et al.*, 2017; SOUZA *et al.*, 2017; COSTA *et al.*, 2017b).

O acesso a medicamentos assume uma centralidade nas discussões sobre a reorientação dos modelos de atenção à saúde e a busca da integralidade prevista pelo SUS, na medida em que constitui um indicador de saúde. Embora a questão do acesso aos medicamentos essenciais possua reconhecida importância, o consenso de definição operacional do mesmo ainda está distante de ser alcançado (BERMUDEZ, 2004). A definição de acesso segundo Penchansky e Thomas correlaciona o grau de ajuste existente entre os usuários e o sistema, sendo o acesso representado em cinco dimensões incluindo: disponibilidade (*availability*), acessibilidade geográfica (*accessibility*), adequação (*accommodation*), capacidade aquisitiva (*affordability*) e aceitabilidade (*acceptability*) (Penchansky e Thomas, 1981).

Dentre as especificidades inerentes ao medicamento a definição para acesso pode ser caracterizada como a relação existente entre a necessidade de medicamentos a qual parte de um consumidor (usuário) e a oferta deste produto, uma vez que essa necessidade deve ser satisfeita no momento e lugar em que for requerido sem negligenciar a garantia de qualidade e ofertando as informações suficientes para o uso correto desse medicamento (BERMUDEZ *et al.*, 1999).

Portanto, as dimensões propostas por Penchansky e Thomas, que serão utilizadas nesse estudo, incluem a disponibilidade física, além das informações autorreferidas pelos usuários (Penchansky e Thomas 1981). Essas dimensões possibilitarão um estudo capaz de mapear e estimar o acesso a medicamentos para pacientes portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e Diabetes Mellitus (DM), colaborando para o melhor entendimento da visão apresentada pelo usuário sobre o acesso, bem como permitirá traçar o perfil dos medicamentos utilizados pelos usuários da Atenção Primária a Saúde (APS) no município de Salvador, Bahia.

## **2 QUESTÃO DE PESQUISA**

Qual a prevalência de acesso aos medicamentos para HAS no âmbito da APS, Sistema Único de Saúde (SUS) no município de Salvador?

### **3 OBJETIVOS**

#### **3.1 Objetivo Geral**

Estimar a prevalência de acesso aos medicamentos para HAS no âmbito da APS, SUS no município de Salvador, sob a perspectiva do usuário.

#### **3.2 Objetivos Específicos**

- ✓ Analisar o acesso e a utilização de medicamentos para a HAS na população de Salvador-Bahia segundo condições sociais e demográficas;
- ✓ Construir cartilha destinada aos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e usuários contendo informações sobre utilização dos medicamentos para HAS e DM comumente disponibilizados aos usuários nas unidades de saúde (US).

#### **4. HIPÓTESE**

A prevalência de acesso aos medicamentos para HAS no âmbito da APS, SUS no município de Salvador para “acesso total” é alta e “sem acesso” é baixa.

## 5 JUSTIFICATIVA

O número de adultos com HAS no mundo aumentou de 594 milhões em 1975 para 1,13 bilhão em 2015, sendo 597 milhões de homens e esse aumento possivelmente se deve ao crescimento e envelhecimento da população. Entre as DCNT, a HAS é responsável pelo maior número de doentes (OLIVEIRA, 2017, MENGUE *et al.*, 2016). Hoje ela representa o principal fator de risco para complicações, como acidente vascular encefálico (AVE), infarto agudo do miocárdio (IAM) e doença renal crônica (DRC), correspondendo em importância à dislipidemia e obesidade para as doenças ateroscleróticas (MENGUE *et al.*, 2016).

A HAS é uma condição clínica tratável e, quando adequadamente controlada, pode retardar ou até evitar o desenvolvimento da doença cardiovascular sintomática. No cenário dos cuidados com a hipertensão, os medicamentos anti-hipertensivos têm papel importante no tratamento da doença, tanto pelo baixo custo da terapia nos estágios iniciais da doença, quanto pela maior adesão dos pacientes aos medicamentos quando comparado às mudanças de estilo de vida (MENGUE *et al.*, 2016; MENDES *et al.*, 2014). Entre as doenças crônicas não transmissíveis, a HAS é responsável pelo maior número de agravos, carecendo de atenção e cuidados (MALTA *et al.*, 2018; FLOR *et al.*, 2017).

O cenário mundial das DCNT levou a OMS a lançar, em 2012, o desafio de redução da mortalidade por essas doenças em 25,0% até 2025. A OMS considerou o acesso aos medicamentos como parte essencial para o alcance dessa meta (MENGUE *et al.*, 2016), e tem pleiteado que o acesso a medicamentos seja considerado como uma das responsabilidades essenciais do Estado. A meta lançada é relevante e demonstra que os estados e municípios possuem um caminho longo a percorrer. Todavia, estudos relativos à AF na capital da Bahia ainda são escassos e não se conhecem dados alusivos ao acesso a medicamentos nos serviços de APS. Considera-se que o presente trabalho, corrobora com o conhecimento sobre as políticas públicas voltadas para esse tema e constitui um instrumento valioso para obtenção de dados de utilização e uso racional de medicamentos na cidade de Salvador, Bahia.

## **6 REFERENCIAL TEÓRICO**

### **6.1 Marcos legais da AF e a contribuição para o acesso a medicamentos**

A Política de Saúde referente aos medicamentos no Brasil é concebida como parte integrante da PNS, envolvendo um conjunto de ações e atividades relacionadas à promoção do acesso da população aos medicamentos essenciais e ao seu uso racional, voltadas para a promoção, proteção e recuperação da saúde e tendo o medicamento como insumo essencial (BRASIL, 2001).

A questão do acesso ao medicamento assume uma centralidade nas discussões sobre a reorientação dos modelos de atenção à saúde e a busca da integralidade prevista pelo SUS. Assim as estratégias adotadas pelo Brasil para ampliar o acesso a medicamentos seguros e eficazes têm ocorrido por meio de regulamentações de grande relevância para o sistema de saúde. O marco legal para assegurar o acesso aos medicamentos foi estabelecido com a lei 8080/1990 que estabeleceu o direito de todos os cidadãos à assistência terapêutica integral, inclusive farmacêutica (BRASIL, 1990).

A conjuntura nacional na década de noventa, no que tange às questões dos medicamentos, incluía importantes problemas a exemplo de casos de desvios de qualidade, falsificações de medicamentos e controle sanitário ineficiente. Esse panorama contribuiu para que em 1998 fosse elaborada e publicada uma PNM como principal política farmacêutica que pretendeu garantir o acesso da população aos medicamentos considerados essenciais (BRASIL, 1998).

A PNM estabeleceu importantes diretrizes e prioridades para ação governamental na questão dos medicamentos e da AF (ALENCAR; PAM, 2017) que consistem, entre outros quesitos, na reorientação da AF e adoção da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME). Em 2004 o Conselho Nacional de Saúde também reafirmou por meio da PNAF, a necessidade do SUS adotar ações para ampliação do acesso aos medicamentos, desenvolvimento e produção local de insumos e medicamentos de acordo com as necessidades brasileiras, promoção do uso racional e a qualificação dos profissionais de saúde envolvidos com medicamentos (BRASIL, 2004).

A garantia de acesso aos medicamentos é particularmente importante no âmbito da APS e a discussão sobre o acesso a medicamentos é sem dúvida, um eixo estruturante das políticas farmacêuticas no Brasil em especial da PNAF, contudo as preocupações incluem não apenas a

disponibilização de medicamentos para as pessoas, mas também que seu uso seja racional. Costa e colaboradores identificaram que no Brasil circulam definições diversas de AF que traduzem diferentes sentidos/entendimentos/concepções (COSTA *et al.* 2017).

Embora se encontre ainda grande tendência de concepções de AF centradas num padrão tecnicista, focado no medicamento e na sua disponibilização também se observa a emergência de concepções de AF mais inovadoras que incluem a noção de atividades de orientação/informação sobre o uso dos medicamentos. De acordo com Costa e colaboradores, essa tendência de compreender a AF com enfoque apenas na logística é reducionista e prejudica a compreensão da AF como parte da atenção integral à saúde (COSTA *et al.* 2017). Como sinaliza Barreto e Guimarães (2010), o discurso inerente à abordagem sistêmica da AF refere-se muito mais a um conjunto de procedimentos operados de maneira sequencial ou articulada, do que uma real integração em saúde, estruturada por ações de coordenação, cooperação e colaboração.

Os múltiplos entendimentos de AF traduzem não só os sentidos das práticas, como expõem disputas de sentidos que existe na área, que envolve o medicamento, um objeto complexo produtor de sentidos, ao mesmo tempo mercadoria, bem social, tecnologia de saúde e meio de trabalho (Costa *et al.*, 2017b). Tudo isso vêm fomentando o debate sobre o medicamento enquanto indicador da qualidade dos serviços de saúde e como instrumento da prestação dos serviços, incluindo a estruturação, organização e gestão da AF como parte do processo de organização dos serviços de saúde (BERMUDEZ, 1995).

Nesse sentido, é possível concordar com Schenkel *et al.* quando afirma que para “a efetivação dos princípios do SUS, com garantia da integralidade das ações de saúde, a AF configura uma importante política pública, concebida como um conjunto de diretrizes gerais, de estratégias e instrumentos para sua implantação e avaliação e cuja concretização envolve o estabelecimento de interface com outras políticas”. Por isto, a AF também deve ser vista como uma política norteadora para formulação de políticas setoriais, entre as quais destacam-se as políticas de medicamentos, de ciência e tecnologia, de desenvolvimento industrial e de formação de recursos humanos, entre outras (SHENKEL *et al.*, 2004).

Assumindo que a AF no Brasil inclui em sua definição elementos que estão além do acesso aos medicamentos, a promoção do uso racional destes é também importante elemento. Destarte, a promoção do uso racional de medicamentos é outro importante componente da PNM dado o fato de que o SUS registra milhões de consultas médicas e internações hospitalares por

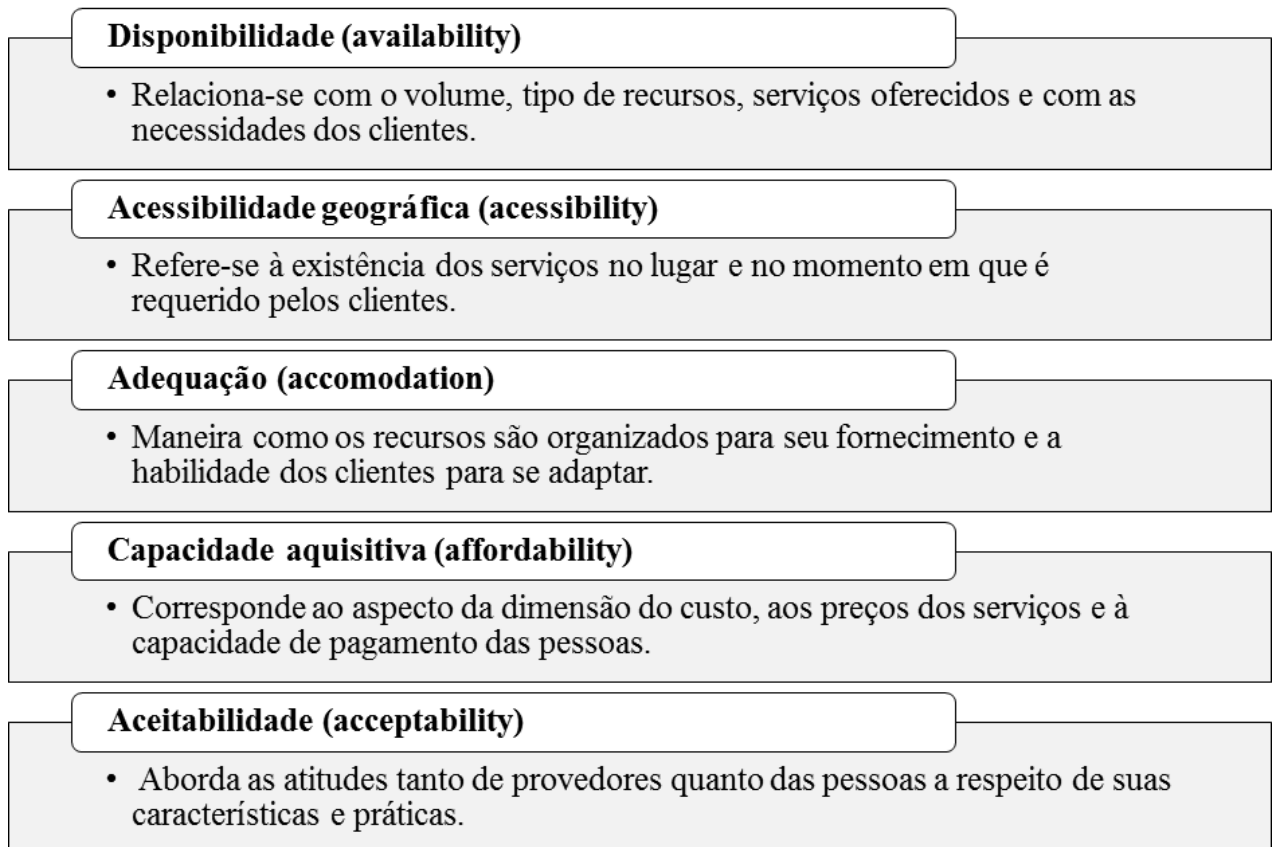
ano e que o medicamento é importante ferramenta terapêutica e muitas vezes resultante do processo de prescrição, pode-se inferir a importância dos medicamentos nesse processo (BRASIL, 2001).

## 6.2 Acesso a medicamentos

No setor saúde o tema acesso sempre foi relevante e complexo, principalmente por estar intimamente relacionada a diversas esferas do cuidado a saúde da população. E de fato não podemos pensar em saúde sem correlacionar com o acesso aos bens e serviços disponíveis nos sistemas de saúde, os quais contribuem para que a saúde seja factível aos seus usuários.

O medicamento caracterizado como uma das tecnologias mais utilizadas pela sociedade atual constitui-se como um dos insumos essenciais nos serviços de saúde, uma vez que é fundamental para o tratamento, profilaxia e diagnóstico de diversas doenças, sejam elas crônicas ou não (NASCIMENTO *et al.*, 2017).

Nesse contexto, a OMS tem o acesso a medicamentos entre os cinco indicadores associados aos avanços na garantia do direito fundamental à saúde e compõe um dos oito objetivos de desenvolvimento para o milênio segundo a Organização das Nações Unidas (ONU). Assim, o acesso a medicamentos se apresenta como um dos maiores desafios para os gestores e demais autoridades em saúde ao redor do mundo (BOING *et al.*, 2013; WHO, 2015; GERLACK, 2016). Os dados da OMS corroboram com essa perspectiva desafiadora em relação ao acesso demonstrando que, um terço da população mundial ainda convive sem acesso regular a medicamentos (WHO, 2021). Embora a questão do acesso a medicamentos essenciais esteja entre os assuntos de grande notoriedade e sua importância seja enfatizada constantemente a definição operacional é um ideal longe de ser obtido (BERMUDEZ, 2004). Autores como Penchansky e Thomas que trabalham o tema do acesso apresentam que o mesmo pode ser analisado por meio de indicadores de resultado no momento que o indivíduo passa pelo sistema de saúde, definindo o acesso como o grau existente de interação entre os clientes (usuários) e o sistema de saúde. Para os autores o acesso é apresentado em dimensões sendo elas: Disponibilidade (*availability*), acessibilidade geográfica (*accessibility*), adequação (*accomodation*), capacidade aquisitiva (*affordability*) e aceitabilidade (*acceptability*) (fluxograma 1) (Penchansky e Thomas, 1981).



**Fluxograma 1.** Dimensões de acesso segundo Penchansky e Thomas (1981)

**Fonte:** Adaptado do conceito de Penchansky e Thomas (1981), 2021.

Especificamente no caso dos medicamentos, o acesso se configura como a relação estabelecida entre as necessidades de medicamentos e a oferta destes, sendo que a necessidade deve ser satisfeita no momento e no lugar em que o paciente (consumidor) requer, levando em consideração a garantia da qualidade e que a informação seja adequada e suficiente para o uso apropriado (BERMUDEZ, 2004). O mesmo autor ainda relata que a abordagem do acesso a medicamentos essenciais é um elemento crucial com centralidade no conceito das dimensões propostas por Penchansky e Thomas, adaptadas por Luiza a partir das proposições do *Consultative Meeting em Ferney-Voltaire* (BERMUDEZ, 2004; Penchansky e Thomas 1981, Luiza 2003).

As dimensões propostas nessa definição incluem:

- Disponibilidade física, definida pelo relacionamento entre o tipo e a quantidade de produtos e serviços necessários e o tipo e quantidade de serviços oferecidos.

- Capacidade aquisitiva, definida pelo relacionamento entre preços de produtos ou serviços e a capacidade do usuário de pagar por eles.
- Acessibilidade geográfica, definida pelo relacionamento entre a localização dos produtos e serviços e a localização do usuário eventual destes produtos e serviços.
- Aceitabilidade, que se refere ao ajuste entre as características dos produtos e serviços e as expectativas e necessidades dos usuários, bem como às normas técnicas e legais de funcionamento.

O modelo de assistência farmacêutica utilizado como referência por Penchansky e Tomas foi da região norte da América e Europa ocidental onde os medicamentos foram obtidos de forma diferente da realidade brasileira, mesmo diante das disparidades estes autores têm sido largamente utilizados e se mostram úteis na avaliação e caracterização do acesso aos medicamentos no mundo (ÁLVAREZ *et al.*, 2017; Penchansky e Tomas, 1981).

Estimativas realizadas no início do século XXI apresentaram que uma em cada três pessoas no mundo não teriam acesso aos medicamentos essenciais (BOING *et al.*, 2013), sendo que em países de baixa e média renda, essa proporção poderia chegar a 50% (PANIZ *et al.*, 2008; WHO, 2010). Na realidade brasileira sabe-se que os dados populacionais sobre o acesso a medicamentos são escassos e que geralmente estão restritos à oferta de serviços e medicamentos específicos (ÁLVAREZ *et al.*, 2017).

Em inquéritos domiciliares realizados no Brasil, que abrangeram o tema acesso a medicamentos, a exemplo da Pesquisa Mundial de Saúde (CARVALHO *et al.*, 2005) e a Avaliação da AF no Brasil (OPAS, 2005), as estimativas de acesso a medicamentos variam entre 87,0 e 89,0%. Na Pesquisa Nacional de Saúde (2013) foram relatadas frequências de acesso global de 82,5%, caracterizada como inferior se comparada as citadas anteriormente e levando em consideração as diferentes metodologias (OLIVEIRA, *et al.*, 2016). A pesquisa sobre acesso a medicamentos de uso contínuo em mulheres com DCNT no Brasil, realizada com o objetivo de analisar as frequências de acesso a medicamentos para tratamento de doenças crônicas e a existência de desigualdades socioeconômicas encontrou uma prevalência geral de acesso de 87,0% (KATREIN *et al.*, 2015). Segundo dados da Pesquisa Nacional Sobre Acesso, Utilização e Promoção do Uso Racional de Medicamentos (PNAUM), realizada em 5 regiões Brasileiras, as taxas de acesso específicas para pacientes com HAS foram maiores na região Sul (99,2%) e menor nas regiões Centro-Oeste (95,7%) e Nordeste (96,1%). 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 (MENGUE *et al.*, 2016).

Portanto, o acesso a medicamentos por meio do SUS se consuma até o presente momento como uma conquista histórica, proposta para que ocorresse de forma universal, igualitária e gratuita para todo cidadão brasileiro, mas, na prática, ainda não é uma realidade equânime, uma vez que as desigualdades de acesso a medicamentos são visíveis entre as regiões do Brasil, principalmente as desfavorecidas socioeconomicamente, o que traduz as desigualdades sociais e econômicas do País (OLIVEIRA *et al.*, 2010).

### **6.3 Atenção Primária a Saúde (APS)**

A APS é definida como o primeiro nível de atenção à saúde, apontada como um conjunto de ações de saúde, na esfera individual e coletiva, com ampla abrangência em ações como a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde, visando desenvolver uma atenção integral que impacte positivamente na situação de saúde da população (BRASIL, 2022).

A APS é caracterizada como o primeiro nível da atenção à saúde enfatizando ser esta responsável pelos serviços de primeiro contato do paciente com o sistema de saúde, cujo serviço está direcionado a cobrir as afecções e condições mais comuns de uma determinada população (GIOVANELLA, 2009). Dessa forma a APS é seguramente considerada como porta de entrada do paciente no SUS, em certo sentido a APS funciona como uma espécie de filtro com a capacidade de organizar o fluxo dos serviços nas redes de saúde, dos mais simples aos mais complexos, sempre orientado pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização e da equidade (BRASIL, 2022). Entre as características prioritárias do trabalho na APS podemos ainda citar às ações educativas que interferem no processo de saúde-doença da população, no desenvolvimento de autonomia, individual e coletiva, e a busca por qualidade de vida dos/pelos usuários (LIMA, 2018).

Atualmente existem diversas estratégias governamentais ligadas a APS, como a Estratégia de Saúde da Família (ESF), que leva uma gama de serviços as comunidades por meio das Unidades de Saúde da Família (USF), com a contribuição dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS). Existe ainda dentro dos serviços e programas da APS o Programa Saúde na Hora,

Médicos pelo Brasil e o Previne Brasil os quais são um conjunto de iniciativas da APS com o objetivo de cuidar da população no seu ambiente de inserção (BRASIL, 2022).

Ponto importante a ser mencionado é que, como porta de entrada para os serviços de saúde, a APS atende parcela significativa de pacientes portadores de Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNT) entre elas a HAS e DM. Uma vez que os serviços disponíveis na APS são estruturados de acordo com as diretrizes do SUS visando garantir a população uma atenção integral, acesso e cobertura universal, é preciso garantir a disponibilidade de medicamentos para estas condições de saúde, consideradas como as mais prevalentes da população atendida nas US (BRASIL, 2022).

Em sistemas de saúde universais como no Brasil, uma APS forte e capaz de interagir com os demais níveis de assistência é vital para o sucesso das ações e cuidados em saúde. A partir da criação do SUS a APS vem se consolidando e aproximando a população dos serviços o que colabora para prevenção de doenças e seus agravos (LIMA *et al.*, 2018).

A Conferência Internacional de Cuidados Primários em Saúde, que ocorreu em Alma-Ata no ano de 1978, foi um marco significativo para a APS em vários países e estabeleceu recomendações importantes no tocante ao acesso a medicamentos. Entre as sugestões do documento oriundo da conferência está o fornecimento de medicamentos essenciais como parte integrante dos cuidados primários a saúde, recomendando ainda que os governos fossem responsáveis pela promulgação de políticas nacionais para disponibilidade destes medicamentos nos diferentes níveis dos cuidados primários a saúde (OMS, 1979).

#### **6.4 Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT)**

As doenças cerebrovasculares, cardiovasculares, DM, doenças respiratórias obstrutivas, asma e neoplasias, são definidas pela OMS como DCNT. São também incluídas nesse grupo os transtornos mentais, as doenças neurológicas, bucais, dentre outras, que são caracterizadas por longos períodos entre o desenvolvimento da doença, descoberta e o tratamento adequado, o que coloca grande desafio para a saúde pública mundial (WHO, 2005). O cenário global das DCNT levou a OMS a lançar, em 2012, o desafio de redução da mortalidade por essas doenças em 25,0% até 2025. A OMS considerou o acesso aos medicamentos como parte essencial para o alcance dessa meta e tem pleiteado que este seja considerado como uma das responsabilidades essenciais do Estado (MENGUE *et al.*, 2016).

Anteriormente à OMS, o Brasil já se organizava em relação a diminuição das taxas relacionadas às DCNT, estabelecendo através do MS o Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), com objetivo de desenvolver e implementar políticas públicas que fossem efetivas no controle e prevenção das DCNT, além de fortalecer os serviços de saúde voltados as doenças crônicas. Uma vez que, as características de mortalidade no Brasil têm se modificado nos últimos anos, o envelhecimento populacional tem crescido exponencialmente e mortes por doenças crônicas aumentaram, a implantação de políticas públicas tem enfrentado uma nova realidade. Diante disso, O plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas e Agravos Não Transmissíveis no Brasil, 2021-2030 (Plano de DANT), foi instituído e destina-se a nortear as ações para a prevenção das DCNT e agravos a saúde (BRASIL, 2021).

O Brasil apresentou em 2011 uma taxa de 72,0% da mortalidade relacionada às doenças crônicas que são a principal fonte de carga de doenças e atinge de forma desigual as populações mais pobres. Fatores como a rápida transição demográfica, o aumento de peso relativo em adultos e idosos na pirâmide populacional, indica tendência de aumento da carga dessas doenças e conseqüentemente do consumo de medicamentos no País. Assim, o controle das DCNT e seus fatores relacionados perpassam por um conjunto de ações nos serviços de saúde para o efetivo enfrentamento, que inclui o cuidado oportuno, precoce e a provisão adequada de medicamentos (MENGUE *et al*, 2016; THEME FILHA *et al.*, 2015)

Frente a responsabilidade do Estado de dispor de medicamentos para as DCNT está o uso racional desses medicamentos, que vai para além da dimensão de disponibilidade, uma vez que estimativas mundiais da OMS demonstram que metade de todos os medicamentos são prescritos, dispensados ou vendidos inadequadamente e que uma parcela dos pacientes, deixam de fazer uso dos medicamentos prescritos, não vão as consultas periodicamente, possuem medicamentos fora da validade ou ainda não armazenam corretamente (MENDES *et al.*, 2014). Acompanhar a prevalência de DCNT e seus fatores de risco, limitações e incapacidades na população dos fatores de risco relacionados, a presença de limitações e incapacidades, permite obter indicadores essenciais para definição de políticas de saúde voltadas para a prevenção e o controle desses agravos.

### **6.5 Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS)**

As Diretriz Brasileira de Hipertensão (2020) apontam a HAS como uma doença crônica não transmissível (DCNT), descrita como multifatorial, dependente de fatores

genéticos/epigenéticos, ambientais e sociais, definida especificamente por níveis pressóricos. É caracterizada por elevação persistente da pressão arterial (PA), ou seja, PA sistólica (PAS) maior ou igual a 140 mmHg e/ou PA diastólica (PAD) maior ou igual a 90 mmHg, medida com a técnica correta, em, pelo menos, duas ocasiões diferentes, na ausência de medicação anti-hipertensiva (BARROSO *et al.*, 2021).

A HAS pode ser classificada em estágios (tabela 1) os quais são importantes no momento do diagnóstico e contribui para o manejo terapêutico do paciente (BRASIL, 2021; BARROSO *et al.*, 2021).

**Tabela 1.** Estágios da HAS em adultos maiores de 18 anos.

<b>Estágios da HAS</b>	<b>PAS (mmHg)</b>	<b>PAD (mmHg)</b>
Pré-hipertensão	130-139	85-89
Estágio 1	140-159	90-99
Estágio 2	160-179	100 -109
Estágio 3	≥180	≥110

**Fonte:** Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial (2020).

Obter o controle pressórico do paciente hipertenso é um dos objetivos a serem alcançados em indivíduos com HAS, identificando o estágio da hipertensão é possível monitorar e introduzir a terapia adequada, além dessas nuances o controle dos fatores de risco é muito importante e deve ser observado com cuidado. O paciente hipertenso geralmente apresenta três ou mais fatores de risco, entre esses estão o DM, lesões em órgãos-alvo, risco cardiovascular ou renal, sendo esses dois últimos considerados com maior risco. Maiores riscos são apresentados para em pacientes que possuem HAS associada com risco cardiovascular, doença arterial coronariana, história anterior de acidente vascular encefálico, insuficiência cardíaca e renal (BRASIL, 2021; BARROSO *et al.*, 2021).

O tratamento envolve o uso de medicamentos e medidas não farmacológicas, a exemplo das medidas nutricionais, controle adequado do peso corporal, prática de atividade física, melhora dos hábitos de vida como retirada do tabaco, controle de estresse, diminuição das gorduras, principalmente as saturadas e diminuição da ingestão de sódio. A recomendação é que todos os hipertensos façam uso de medidas não farmacológicas para reduzir e controlar fatores de risco que podem ser modificáveis (BRASIL, 2021).

A HAS crônica é tratada com monoterapia para os casos mais leves (estágio 1) ou por meio das associações com dois ou mais medicamentos anti-hipertensivos – caso mais frequente na maior parcela da população. Inicialmente a combinação é realizada com fármacos de mecanismos de ação diferentes, a única exceção apresentada é para os diuréticos tiazídicos com os poupadores de potássio. Caso a pressão arterial do paciente não alcance a meta desejada com a combinação inicial é inserida um novo medicamento e alternando a inserção até conseguir o controle ideal (BARROSO *et al.*, 2021).

No Brasil os dados de prevalência de HAS variam de acordo com os métodos de avaliação e com a população estudada, como exemplo temos a Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) caracterizada como estudo nacional de base domiciliar realizado em parceria com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) em domicílios brasileiros, caracterizada por conglomerados e dividida em três eixos temáticos: O desempenho do sistema nacional de saúde, as condições de saúde da população e a vigilância das doenças e agravos de saúde e por fim, fatores de risco associados, essa última incluindo então as doenças de HAS e DM (SZWARCOWALD, *et al.*, 2014). Na Pesquisa Nacional por Amostras de domicílios (PNAD), a amostragem é realizada de forma probabilística, enquanto a pesquisa Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (VIGITEL), apresenta amostras probabilísticas da população de adultos ( $\geq 18$  anos de idade) que residem em domicílios com pelo menos uma linha telefônica fixa (BRASIL, 2022).

Dessa forma, os dados da Sociedade Brasileira de Cardiologia demonstram que a HAS atinge cerca de 36 milhões de pessoas no Brasil (Sociedade Brasileira de Cardiologia, 2016). Na Bahia 27,4% da população adulta referiu diagnóstico médico de hipertensão de acordo com dados do VIGITEL em 2016 (CAVALCANTI *et al.*, 2021). Fatores de risco como idade, ingestão de sal, sexo e etnia, excesso de peso e obesidade, ingestão de álcool, sedentarismo, fatores socioeconômicos e genética estão associados à alta prevalência de HAS na população (Sociedade Brasileira de Cardiologia, 2016).

## **6.6 Diabetes Mellitus (DM)**

Caracterizada como uma DCNT o DM possui grande incidência no Brasil e apresenta alta morbimortalidade. É uma doença metabólica reconhecida por hiperglicemia e associada a complicações, disfunções e insuficiência de vários órgãos. Seu tratamento e controle exigem alterações de comportamento em relação à dieta, ingestão de medicamentos e o estilo de vida (MAIA *et al.*, 2015).

A Sociedade Brasileira de Diabetes (SBD) recomenda a classificação do DM baseada na etiopatogenia do diabetes, sendo assim a doença pode ser classificada em diabetes tipo 1 (DM1), diabetes tipo 2 (DM2), o diabetes gestacional (DM), dentre outros. Essas estratificações são importantes uma vez que permite que o tratamento venha ocorrer de forma adequada, sendo possível a definição de estratégias de rastreamento das comorbidades e problemas crônicos, decorrentes de suas complicações (RODAKI, 2022).

O DM tipo 1 é considerado autoimune e sua fisiopatologia é decorrente da destruição de células B pancreáticas, localizada nas ilhotas pancreáticas um miniórgão muito vascularizado e responsável secretar a insulina. Na DM tipo 1 ocasiona deficiência completa na produção de insulina. Esse ainda pode ser subdividido em DM tipo 1 A e DM tipo 1 B, em relação a essa subclassificação a diferença está na presença ou ausência laboratorial de autoanticorpos circulantes (Sociedade Brasileira de Diabetes, 2020). Estima-se que 5 a 10% dos casos de diabetes tipo 1 é resultante da destruição autoimune das células B das ilhotas pancreáticas o que favorece uma deficiência total ou quase total de insulina. Esse tipo de diabetes pode ocorrer em qualquer idade, mas já foi conhecida como diabetes juvenil ou diabetes dependente de insulina, justamente por acometer maior parte dessa população e precisar da reposição desse hormônio, uma vez que a produção é deficiente (GOODMAN & GILMAM, 2019).

O DM tipo 2 é o mais prevalente entre os casos de DM, sua etiologia é complexa, multifatorial, envolvendo ainda componentes genéticos e ambientais. Segundo a Diretriz Brasileira de Diabetes, o DM tipo 2 acomete principalmente os indivíduos na sua fase adulta, contudo em alguns países têm se observado o aumento da sua incidência em crianças e jovens (Sociedade Brasileira de Diabetes, 2020). Uma vez considerada uma síndrome multifatorial e/ou heterogênea a DM apresenta desregulação na homeostasia da glicose além do comprometimento da secreção de insulina. Duas condições que se mostram intimamente associadas com o DM é a obesidade e o sobrepeso, ocorrendo em 80% dos indivíduos acometidos e mesmo sem um incidente desencadeador que esteja bem elucidado considera-se que seu desenvolvimento seja de modo gradual no decorrer dos anos, perpassando por estágios o qual comumente inicia com o pré-diabético. No caso da doença instalada verifica-se ação insuficiente da insulina para manter os níveis plasmáticos de glicose nas faixas normais (GOODMAN & GILMAM, 2019).

Para a DM são sugeridas algumas metas que favorecem a terapêutica dos pacientes acometidos são elas: controle da hemoglobina glicada (HbA1c) com o valor de referência inferior a 7%, pressão arterial < 140/90 mmHg e o nível de colesterol LDL (LDL-c) < 100 mg/dl, sendo que um controle mais um controle mais rigoroso é recomendado para os pacientes acometidos com a doença cardiovascular ou com alto risco de apresentá-la. O tabagismo além dos pontos apresentados também é uma das metas importantes a serem alcançadas (CHWAL *et al.*, 2023).

As metas devem ser alcançadas e são extremamente importantes, pois, quando o DM não é tratado adequadamente pode resultar em alterações ditas como metabólicas levando a risco de vida. As complicações em sua grande maioria exigem hospitalização do paciente, pois o efeito da DM de forma crônica atinge até mesmo os órgãos-alvo, divididas em microvasculares, sendo elas retinopatia, nefropatia e neuropatia e as macrovasculares estão relacionadas com a aterosclerose, acidente vascular encefálico e infarto agudo do miocárdio (CHWAL *et al.*, 2023).

Assim, o DM é um problema de saúde que cresce em sua magnitude tanto no Brasil como em outras partes do mundo e os índices da doença aumentam a cada ano independente do grau de desenvolvimento do país (Sociedade Brasileira de Diabetes, 2020). Em 2017, a *International Diabetes Federation* (IDF) estimou que 8,8% da população mundial com 20 a 79 anos de idade, equivalente a 424,9 milhões de pessoas, viviam com DM (MENGUE *et al.*, 2016; Sociedade Brasileira de Diabetes, 2020). No Brasil em 2013, a prevalência de DM autorreferida para a população com 18 anos ou mais foi de 6,2%, sendo 7% em mulheres e 5,4% em homens, segundo a Pesquisa Nacional de Saúde (PNS). Com esses resultados o Brasil ocupou a quarta posição entre os países com maior número de pessoas com diabetes (MALTA *et al.*, 2019; FLOR *et al.*, 2017).

Dados do VIGITEL, caracterizado como o maior inquérito de saúde do País para as capitais do Brasil, o qual tem por objetivo monitorar a prevalência de DCNT e seus fatores de risco entre adultos no Brasil, evidenciou que no município de Salvador, 4,1% da população com DM pesquisada eram do sexo masculino e a prevalência entre o sexo feminino foi de 8,0% (BRASIL, 2020).

Tendo em vista a magnitude do DM, o acesso adequado aos níveis de atenção à saúde bem como um tratamento adequado, não somente com medicamentos disponíveis, mas também

com a garantia de uma melhor qualidade de vida em sua esfera mais integral é essencial para essa população.

## **7 MÉTODOS**

### **7.1 Desenho do estudo**

Trata-se de um estudo epidemiológico analítico transversal ou seccional (MEDRONHO, 2009) cujos dados foram levantados de uma amostra de serviços da APS no município de Salvador, mediante entrevistas presenciais, provenientes da “Pesquisa Assistência Farmacêutica na Atenção Primária a Saúde: Um Estudo de Natureza Avaliativa no Município de Salvador (PMAUM)”, realizado em parceria com pesquisadores da Universidade do Estado da Bahia e do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia, por meio do Observatório de Análise Política em Saúde, eixo Medicamentos, sangue, assistência farmacêutica e vigilância sanitária (ISC/OAPS/UFBA).

Este estudo está fundamentado nos critérios propostos pela iniciativa *Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology* (STROBE) para publicação e organização de artigos científicos (MALTA, 2010).

### **7.2 População e área**

A população do presente estudo é composta pelos usuários dos serviços de saúde da APS, maiores de 18 anos, que estavam na unidade de saúde para adquirir medicamento ou realizar atendimento para si, que apresentaram diagnóstico de HAS ou DM, que se encontravam nas US nos dias referentes às visitas para coleta de dados e que aceitaram participar da pesquisa assinando o Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE), Apêndice 1. Dessa forma, foram incluídos como sujeitos da pesquisa os usuários de medicamentos das respectivas unidades.

Na composição da área para estudo, foram inseridos o DS de Brotas, Centro Histórico, Cabula Beiru e Itapuã, na cidade do Salvador, Bahia, uma vez que não foi possível continuar a pesquisa nos demais distritos por conta da pandemia da Covid-19. Entre as unidades desses distritos foram selecionadas unidades básicas de saúde que possuíam farmácias que dispensavam medicamentos. Após a identificação dessas unidades procedeu-se o sorteio aleatório para eleger a amostra de unidades onde foram coletados os dados de forma presencial.

### 7.3 Amostragem e cálculo amostral

A amostragem incluiu distintos critérios de seleção, com a amostra de US selecionadas a partir de listagem de US da APS (Unidades Básicas de Saúde, Centros de Saúde e Unidades de Saúde da família) com farmácias de dispensação nos 12 Distritos sanitários (DS), Salvador, Bahia. A partir da identificação do total de unidades de cada DS realizou-se sorteio daquelas que comporiam a amostra representativa de cada DS, contudo a coleta nos 12 DS não avançou devido à pandemia da covid-19.

Em cada DS, a amostra dos usuários da pesquisa foi definida por meio de uma amostragem simples com erro amostral de 10% e intervalo de confiança (IC) de 95%, e estabelecidas padrões de amostragem de acordo com o número médio de atendimento de usuários nas farmácias de cada unidade selecionada (Tabela 1).

**Tabela 2.** Padrões de amostragem de acordo com o número médio de atendimento de usuários nas farmácias de cada unidade selecionada, Salvador-Bahia, 2019

Média de Pacientes/ Dia	Amostra de Usuários
200	64
150	58
100	48
80	43
50	33
25	20
15	13

Por restrições orçamentárias os entrevistadores foram orientados a realizar o máximo de três visitas à unidade de saúde e efetuar o maior número de entrevistas de usuários possíveis. Os usuários foram abordados enquanto aguardavam por atendimento médico ou dispensação de medicamentos. A Tabela 2 apresenta a amostra planejada da pesquisa, levando em consideração o número de unidades por DS que entraram na amostra final e a quantidade de usuários entrevistados no conjunto das respectivas unidades.

**Tabela 3.** Amostra planejada da Pesquisa Municipal sobre Acesso, Utilização e Promoção do Uso Racional de Medicamentos no Município de Salvador – Bahia, 2019.

Distritos Sanitários	Total de US da amostra	Usuários entrevistados
Cabula/Beiru	8	139
Centro Histórico	5	131
Brotas	4	67
Itapuã	6	57
<b>Total</b>	<b>23</b>	<b>394</b>

#### **7.4 Coleta de dados**

A coleta de dados foi composta a priori por projeto-piloto realizado em 2018 para observação da viabilidade do instrumento a ser executado. Após ajustes necessários iniciou-se em 2019 a coleta de dados nas US inseridas nos distritos sanitários de Salvador, Bahia. A coleta deveria dar seguimento nos 12 distritos sanitários do município, porém foi interrompida devido a pandemia da Covid-19, alcançando 4 distritos, Itapuã, Brotas, Centro Histórico e Cabula Beiru.

As entrevistas foram realizadas com a utilização de um questionário estruturado para a população alvo desse estudo: usuários da APS, os quais respondiam conforme eram questionados. O tempo médio das entrevistas foi de 20 a 30 minutos, variando de acordo com o número de comorbidades apresentadas e de medicamentos utilizados. Foram coletadas informações pessoais de todos os entrevistados, além das questões específicas do estudo. Os questionários foram aplicados presencialmente nas US com os usuários que estivessem presentes e aceitasse participar da pesquisa.

Os entrevistadores foram treinados e esclarecidos sobre a pesquisa e a padronização dos procedimentos de coleta de dados. Toda entrevista foi precedida por informações ao entrevistado sobre os objetivos da pesquisa e pela assinatura do TCLE e posteriormente uma cópia desse termo foi entregue ao participante. Os resultados da investigação serão divulgados de forma agregada, garantindo o anonimato dos entrevistados.

#### **7.5 Instrumento de coleta**

O questionário de usuário aplicado teve por objetivo coletar as informações sobre as doenças crônicas, acesso e uso de medicamentos. O mesmo foi adaptado da pesquisa PNAUM serviços, realizada em 2015. As variáveis foram agrupadas em seções de I a VII, totalizando 161 perguntas e não necessariamente o usuário respondia todos os quesitos, uma vez que não apresentando uma das condições de saúde o instrumento permitia a passagem para a seção ou questão seguinte.

Na seção inicial constam as informações do entrevistado como nome, idade, dentre outros. Na seção II foram incluídas perguntas referentes a doenças crônicas, em que os usuários eram questionados sobre possíveis diagnósticos médicos, tais como DM, HAS, depressão, doença hematológica (doenças do sangue), outra doença com mais de seis meses de duração, além de informações sobre atendimentos em emergências e possíveis internações. Para cada

doença era oportunizado ao paciente informar quais os medicamentos ele utilizava em determinadas patologias.

A seção III contém perguntas sobre o serviço de saúde e farmácia em que o entrevistado responde sobre o local em que o indivíduo realizava tratamento e frequentava para retirar seus medicamentos. Na próxima seção (IV), comportamento no uso de remédios, os entrevistados informam de maneira geral qual o comportamento ao utilizar medicamentos. A seção V referia-se ao estilo de vida do paciente e o mesmo informava sobre o seu dia a dia e hábitos do cotidiano. Já na seção VI as questões visavam à obtenção de informação sobre plano de saúde, na última seção, a VII as perguntas são relacionadas ao domicílio. O instrumento de coleta estava em formato físico e também em tabletes cedidos pela Universidade Federal da Bahia para a coleta de dados.

### **7.6 Definição de variáveis**

O acesso e o uso de medicamentos para HAS no município de Salvador-Bahia segundo as condições sociais e demográficas foram investigados por meio das perguntas: “Algum médico já disse que o Sr. (a) tem hipertensão arterial ou pressão alta/? ”; “O (a) Sr. (a) está tomando algum remédio para a pressão alta?”; “Nos últimos 30 dias, o (a) Sr. (a) ficou sem algum desses remédios por algum tempo? Todas categorizadas dicotomicamente.

As características sociodemográficas analisadas foram o sexo e a idade. Esta foi coletada em anos e posteriormente categorizada por faixa etária em 18 a 39, 40 a 59 e 60 ou mais. A cor da pele foi definida como branca, preta, amarela, parda e indígena de acordo com definição do IBGE (IBGE, 2013), mas para fins de análise foi colapsada em branca, preta e parda. A escolaridade foi colapsada em analfabeto/fundamental, ensino médio e ensino superior, a situação conjugal dos participantes foi coleta e colapsada em vivendo com um companheiro ou sem companheiro. Coletaram-se informações sobre a prática de exercício físico nos últimos três meses, dieta para perder de peso, redução de sal, gordura, açúcar, uso de adoçante, se usuário é fumante atual e se tem plano de saúde, obtendo respostas dicotômicas para todas as variáveis. A variável autopercepção de saúde foi estabelecida como: muito boa, boa, regular, ruim e muito ruim e unificadas posteriormente em boa/muito boa, regular e ruim/muito ruim.

A classificação econômica foi estabelecida segundo a Associação Brasileira das Empresas de Pesquisa (ABEP), utilizando o Critério de Classificação Econômica Brasil (CCEB) em A/B, C e D/E. Os Distritos Sanitários de Salvador foram coletados nominalmente e incluídos os de Brotas, Centro Histórico, Cabula Beiru e Itapuã.

Para averiguar a prevalência de uso de medicamentos será estabelecido para cálculo no denominador com o total de pessoas com 18 anos ou mais na amostra, ao mesmo tempo em que

o indicador de acesso aos medicamentos terá como numerador a classificação de acesso total, parcial ou nulo. Definiu-se como acesso total quando o usuário conseguia todos os medicamentos que precisava para os cuidados com a doença nos últimos 30 dias, acesso parcial na situação em que faltasse algum medicamento por dificuldade financeira ou indisponibilidade no SUS e acesso nulo quando o usuário deixou de obter algum medicamento nos últimos 60 dias também por dificuldade financeira ou indisponibilidade no SUS. Será considerado como denominador para o indicador de acesso o número de pessoas com indicação médica para tratar HAS com medicamentos no mesmo período. Será obtida a proporção de usuários tratadas com um, dois ou mais fármacos.

O acesso aos medicamentos entre usuários com HAS, de acordo com conceito multidimensional do acesso estabelecido por Penchansky e Thomas será apresentado à luz de indicadores preestabelecidos de acordo com o instrumento de pesquisa na perspectiva do usuário. Na dimensão “disponibilidade” será utilizada as perguntas: “Nos últimos 3 meses, o (a) Sr. (a) procurou por algum medicamento nesta UBS?; O (a) Sr. (a) conseguiu os remédios que procurava na farmácia da UBS? ” com respostas categorizadas em acesso total (Sim) e sem acesso (Não).

Para a dimensão acessibilidade geográfica será avaliada mediante o questionamento acerca de como era para o usuário chegar à UBS, levando em consideração a dificuldade e definida em sim para aqueles que responderam muito difícil e um pouco difícil ou não para os que afirmaram não ser difícil; A pergunta subsequente foi sobre o modo de deslocamento até a unidade, se caminhando ou de carro, ônibus/transporte coletivo, moto ou barco, por fim foi perguntado se a unidade era longe da casa do entrevistado, pergunta categorizada em sim, mais ou menos e não.

## **7.7 Plano de análise**

O banco de dados foi confeccionado no programa *Excel for Windows* e a digitação realizada em duplo registro, com o objetivo de minimizar erros de preenchimento, e na sequência, foram realizados procedimentos de tratamento de dados. As análises bivariadas foram realizadas para investigar as variáveis independentes que se associaram com o desfecho, acesso a medicamentos). A magnitude da associação foi estimada pelo cálculo da razão de chances (*Odds Ratio, OR*) e respectivo intervalo de confiança de 95% (IC95%). Posteriormente, foram realizadas análises multivariadas, utilizando-se regressão logística, a partir de um modelo teórico pré-estabelecido, no qual as variáveis independentes ou fatores foram organizados em

blocos hierarquizados, mediante estratégia analítica, que consiste na entrada dos blocos de variáveis segundo o método *forward* (processo anterógrado). Desta forma, por meio do módulo em passos – primeiro se incluiu o bloco das variáveis demográficas e socioeconômicas; em seguida o bloco das variáveis relacionadas ao perfil de saúde e hábitos de vida e por último o bloco das variáveis relacionadas à acessibilidade geográfica. Estabeleceu-se a significância estatística, para a seleção das variáveis independentes, nas análises intrabloco de  $p \leq 0,20$ , e de valor de  $p \leq 0,05$ , na modelagem hierarquizada. Os pacotes utilizados foram o Excel *for* Windows (versão 3.2) e o STATA (versão 14.2).

### **7.8 Aspectos Éticos**

Os aspectos éticos deste trabalho observam a Declaração de Helsinque adotada pela 18ª Assembleia Médica Mundial em Helsinque, Finlândia em junho de 1964 e a Resolução Nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, para pesquisa em seres humanos, aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade do Estado da Bahia sob CAAE: 93991118.5.0000.0057, parecer Nº 2.791.392 de 31 de julho de 2018. O TCLE de todos os voluntários da pesquisa foi coletado, conforme os protocolos estabelecidos nas resoluções citadas.

## **8 RESULTADOS**

Os resultados desta investigação serão apresentados na forma de um artigo e uma cartilha sobre medicamentos e hipertensão arterial sistêmica.

**Resultado I:** Acesso e uso de medicamentos para Hipertensão Arterial Sistêmica no município de Salvador, Bahia

**Resultado II:** Cartilha informativa sobre uso de medicamentos mais utilizados para Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitu

## 8.1 Artigo: Acesso a medicamentos para Hipertensão Arterial Sistêmica no município de Salvador, Bahia.

### RESUMO

**Objetivo:** Avaliar o acesso a medicamentos e seus fatores associados entre hipertensos atendidos em serviços de Atenção Primária à Saúde. **Métodos:** Trata-se de um estudo epidemiológico analítico transversal cujos dados foram levantados de uma amostra de serviços da APS no município de Salvador, mediante entrevistas presenciais, provenientes da pesquisa “Assistência Farmacêutica na Atenção Primária à Saúde: Um Estudo de Natureza Avaliativa no Município de Salvador (PMAUM)”. A população foi composta com usuários dos serviços de saúde, adultos e com diagnóstico de hipertensão arterial vinculados a quatro distritos sanitários. A magnitude da associação entre os fatores estudados e o acesso a medicamentos foi estimado pelo cálculo da razão de chances (Odds Ratio, OR), adotando-se o intervalo de confiança a 95% (IC95%) como medida de precisão. Foram realizadas análises multivariadas, utilizando-se regressão logística hierarquizada de acordo com um modelo teórico pré-estabelecido. **Resultados:** A prevalência de hipertensão arterial foi de 45,2% e o acesso total a medicamentos foi de 85,8%. As análises evidenciaram que ser do sexo masculino (OR=4,06; IC95%:1,26–12,99) e ter dificuldade de acesso à unidade de saúde (OR=4,84 IC95%: 1,62–14,48) se associaram positivamente com menor acesso, enquanto não usar adoçantes (OR=0,18 IC95%: 0,06 – 0,53) representou maior acesso aos medicamentos prescritos. **Conclusões:** O acesso total aos medicamentos anti-hipertensivos no município de Salvador, Bahia, é alto, levando-se em consideração a dimensão disponibilidade, mas recomenda-se a criação de estratégias que reduzam as dificuldades para o acesso a tratamento farmacológico adequado com consequente controle pressórico.

**Palavras-chave:** Acesso a Medicamentos; Hipertensão Arterial; Atenção Primária à Saúde; Doenças Crônicas Não Transmissíveis; Inquéritos epidemiológicos.

## ABSTRACT

**Objective:** To evaluate access to medication and its associated factors among hypertensive patients treated at Primary Health Care services. **Method:** This is a cross-sectional analytical epidemiological study whose data were collected from a sample of PHC services in the city of Salvador, through face-to-face interviews, from the research “Pharmaceutical Assistance in Primary Health Care: A Study of an Evaluative Nature in the City of Salvador (PMAUM)”. The population consisted of users of health services, adults and diagnosed with arterial hypertension linked to four health districts. The magnitude of the association between the factors studied and access to medication was estimated by calculating the odds ratio (Odds Ratio, OR), adopting the 95% confidence interval (95%CI) as a precision measure. Multivariate analyzes were performed using hierarchical logistic regression according to a pre-established theoretical model. **Results:** The prevalence of arterial hypertension was 45.2% and total access to medication was 85.8%. The analysis showed that being male (OR=4.06; 95%CI:1.26–12.99) and having difficulty accessing the health unit (OR=4.84 95%CI: 1.62–14, 48) were positively associated with less access, while not using sweeteners (OR=0.18 95% CI: 0.06 – 0.53) represented greater access to prescribed medications. **Conclusion:** Whole access to antihypertensive drugs in the city of Salvador, Bahia, is high, taking into account the availability dimension, but it is recommended to create strategies that reduce difficulties in accessing adequate pharmacological treatment with consequent blood pressure control.

**Key-words:** Access to Medicines; Arterial hypertension; Primary Health Care; Noncommunicable Diseases; Health Surveys.

## INTRODUÇÃO

O acesso a medicamentos é um dos cinco indicadores para a garantia do direito a saúde das populações, segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), principalmente pela complexidade dessa tecnologia e sua importância nos sistemas de saúde por todo o mundo<sup>1</sup>. No entanto, cerca de um terço da população mundial não possui acesso regular aos medicamentos e a falta de acesso entre pessoas com poucas condições socioeconômicas representa uma grande iniquidade dentro dos sistemas universais de saúde<sup>2</sup>.

Desde a implantação da Política Nacional de Saúde no Brasil diversas políticas têm sido implementadas no intuito de disponibilizar medicamentos para populações menos privilegiadas<sup>3,4</sup>. A Política Nacional de Medicamentos (PNM) aprovada em 1998, mesmo promulgada muitos anos depois da criação do SUS, foi um marco para a saúde, junto a Política Nacional de Assistência Farmacêutica (PNAF) de 2004<sup>5,6</sup>. Em conjunto, essas duas legislações têm como finalidade garantir a segurança, eficácia e a qualidade dos medicamentos, bem como o uso racional e o acesso da população aos medicamentos considerados essenciais. Além de dispor sobre a reorientação da assistência prestada, por meio de eixos estratégicos<sup>7</sup>, que contribuem para a garantia do direito a saúde e o acesso adequado aos medicamentos destinados as principais condições de saúde da população, entre as quais estão as Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNT).

As DCNT são consideradas no Brasil como um conjunto de doenças que tem acometido grande parcela da população, em especial as populações mais pobres. Em 2012, foram responsáveis por 68% das mortes ocorridas mundialmente, e a maior parcela desses óbitos ocorreram em países de baixa renda. O Brasil, em 2019, apresentou 54,7% das mortes relacionadas às DCNT<sup>7,8</sup> e mais de 38 milhões de brasileiros com 18 anos ou mais, foram diagnosticados com HAS no país<sup>9</sup> a qual juntamente com o DM é uma das doenças crônicas mais prevalentes.

No Brasil, as pesquisas sobre acesso a medicamentos em pacientes portadores de DCNT, e mais especificamente acerca da Hipertensão Arterial, tem sido realizada em âmbito nacional ou por regiões, deixando uma lacuna na produção de conhecimento sobre a temática em estados e municípios. Adicionalmente, tais estudos na perspectiva da Atenção Primária à Saúde (APS) são notadamente mais escassos. Sendo assim, o objetivo desse trabalho foi avaliar

a prevalência de acesso a medicamentos e seus fatores associados entre hipertensos atendidos em serviços de APS no Município de Salvador, Bahia.

## **MATERIAL E MÉTODOS**

O estudo da PMAUM incluiu 394 usuários entrevistados nos serviços da APS. Foram excluídos deste estudo 216 usuários que não faziam parte do grupo de portadores de hipertensão, considerando apenas 178 (45,2%) participantes que estavam nas unidades de Saúde nos dias de coleta de dados e informaram ter HAS. Destes, 148 (83,6%) referiram ter acesso total aos medicamentos para hipertensão (dado não tabulado).

A população do estudo foi composta por usuários dos serviços de saúde da APS, de 18 anos e mais com diagnóstico de HAS, que estavam nas unidades de saúde (US) para adquirir medicamento ou realizar atendimento para si nos dias referentes às visitas para coleta de dados. Indivíduos incapacitados de responder o questionário e que não aceitaram assinar o Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE) foram excluídos. Os Distritos sanitários (DS) incluídos foram Brotas, Centro Histórico, Cabula Beiru e Itapuã, na cidade de Salvador, Bahia. Foram utilizados distintos critérios de seleção para a amostra, as US foram selecionadas a partir de listagem de US da APS (Unidades Básicas de Saúde, Centros de Saúde e Unidades de Saúde da família) com farmácias de dispensação em quatro DS. A partir da identificação do total de unidades de cada DS realizou-se sorteio daquelas que comporiam a amostra representativa de cada DS. A amostra dos usuários da pesquisa foi definida por meio de uma amostragem simples com erro amostral de 10% e intervalo de confiança (IC) de 95%, e estabelecidas padrões de amostragem de acordo com o número médio de atendimento de usuários nas farmácias de cada unidade selecionada.

Dados primários foram coletados por entrevistadores treinados nas US no período de janeiro de 2019 a março de 2020. Foi realizado projeto-piloto em 2018 para observação da viabilidade do instrumento a ser executado. O questionário do usuário aplicado teve por objetivo coletar as informações sobre as doenças crônicas, acesso e uso de medicamentos. O mesmo foi adaptado da pesquisa PNAUM serviços, realizada em 2015 <sup>10</sup>.

A prevalência de HAS autorreferida por usuários de 18 anos e mais com indicação de tratamento e uso de medicamentos, foi investigada por meio da pergunta: “algum médico já disse que o sr. (a) tem hipertensão ou pressão alta? ”; A pergunta que desencadeou a variável

desfecho desse estudo foi: “Nos últimos 30 dias, o (a) Sr. (a) ficou sem algum desses remédios por algum tempo? ”. As características demográficas analisadas foram o sexo, a idade em anos e posteriormente categorizada em faixas etárias de 18 a 59 e  $\geq 60$  anos. Dentre as características socioeconômicas a classificação econômica foi estabelecida segundo a Associação Brasileira das Empresas de Pesquisa (ABEP), utilizando o Critério de Classificação Econômica Brasil (CCEB) em A/B, C/D/E<sup>11</sup>. A renda mensal foi coletada com base no salário-mínimo referente ao ano de 2019 e classificada em  $< 1$  salário-mínimo,  $> 1$  a  $\geq 2$  salários-mínimos. A situação conjugal foi categorizada dicotomicamente em com companheiro e sem companheiro. Já a cor da pele foi definida conforme critérios estabelecidos pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas<sup>12</sup> (IBGE, 2013) em preto, pardo, branco, amarela e indígena. Para fins de análise, neste estudo, esta variável foi colapsada em branca, preta e parda. A escolaridade foi definida em analfabeto/ensino fundamental e ensino médio/ensino superior, e a variável assistência médica suplementar e auxílio do governo foram apresentados dicotomicamente em sim e não.

O conjunto de variáveis relacionadas ao perfil de saúde e hábitos de vida incluiu ainda doença crônica associada à HAS, atendimento em emergências e internações nos últimos 12 meses definidas como dicotômicas, assim como consumo de bebidas alcoólicas, tabagismo, dieta para redução de sal, gordura e açúcar e consumo de adoçantes. A quantidade de medicamentos utilizados, foi expressa em 1 e  $\geq 2$ . Para classificação do nível de atividade física foi utilizado o *International Physical Activity Questionnaire (IPAQ)*, o qual considera inatividade física quando o tempo de atividade realizada por semana por um indivíduo é menor que 150 minutos<sup>13</sup> Nesse estudo aqueles que realizaram menos que 150 minutos de atividade física por semana foram considerados com ausência ou com insuficiência de atividade física e os com tempo maior que 150 minutos por semana como suficiente. Autopercepção de saúde foi expressa em boa, muito boa, regular, ruim e muito ruim, mas para fins de análise colapsados em boa/muito boa, regular/ruim/ muito ruim.

A acessibilidade geográfica foi caracterizada por variáveis relacionadas a forma de deslocamento do usuário até a unidade de saúde. No primeiro momento questionou-se: como é chegar até a unidade categorizada em não é difícil e difícil ou muito difícil, reclassificada e categorizada dicotomicamente, para aqueles que informaram não ser difícil denominamos como “não” ter dificuldade de acesso e indivíduos que informaram ser difícil ou muito difícil como “sim” apresentaram dificuldade de acesso para chegar a unidade. Em seguida “como o Sr. (a) chega até aqui?” Se caminhando ou por meio de transportes como ônibus, carro, moto, bicicleta

ou barco. A distância da residência até a unidade foi apresentada dicotomicamente por meio da pergunta: “Este lugar é longe da sua casa?”.

O banco de dados foi confeccionado no programa *Excel for Windows* e a digitação realizada em duplo registro, com o objetivo de minimizar erros de preenchimento, e na sequência, foram realizados procedimentos de tratamento de dados. As análises bivariadas foram realizadas para investigar as variáveis independentes que se associaram com o desfecho, acesso a medicamentos. A magnitude da associação foi estimada pelo cálculo da razão de chances (*Odds Ratio*, *OR*) e respectivo intervalo de confiança de 95% (IC95%). Posteriormente, foram realizadas análises multivariadas, utilizando-se regressão logística, a partir de um modelo teórico pré-estabelecido (Figura 1), no qual as variáveis independentes ou fatores foram organizados em blocos hierarquizados, mediante estratégia analítica, que consiste na entrada dos blocos de variáveis segundo o método *forward* (processo anterógrado). Desta forma, por meio do módulo em passos – primeiro se incluiu o bloco das variáveis demográficas e socioeconômicas; em seguida o bloco das variáveis relacionadas ao perfil de saúde e hábitos de vida e por último o bloco das variáveis relacionadas à acessibilidade geográfica. Estabeleceu-se a significância estatística, para a seleção das variáveis independentes, nas análises intrabloco de  $p \leq 0,20$ , e de valor de  $p \leq 0,05$ , na modelagem hierarquizada. Os pacotes utilizados foram o *Excel for Windows* (versão 3.2) e o STATA (versão 14.2).

O projeto de pesquisa foi aprovado pela Plataforma Brasil/ Comitê de ética em pesquisa da Universidade do Estado da Bahia, CAAE 93991118.5.0000.0057, parecer nº 2.791.392 em 31 de julho de 2018.

## **RESULTADOS**

O estudo da PMAUM incluiu 394 usuários entrevistados nos serviços da APS. Foram excluídos deste estudo 216 usuários que não faziam parte do grupo de portadores de hipertensão, considerando apenas 178 (45,2%) participantes que estavam nas unidades de Saúde nos dias de coleta de dados e informaram ter HAS. Destes, 148 (83,6%) referiram ter acesso total aos medicamentos para hipertensão (dado não tabulado).

O acesso total a medicamentos para Hipertensão foi maior entre mulheres (85,8%), e entre a população com idade  $\geq 60$  anos (80,0%), de cor da pele parda/preta (85,2%), que não possuíam companheiro (86,6%) e eram analfabetas ou tinham somente o ensino fundamental

(82,1%), pertencentes as classes C, D e E (84,9%), com renda mensal <1 salário-mínimo (87,1%). Observou-se o acesso nulo maior entre os homens (27,6%), com idade  $\geq 60$  anos (20,0%), de cor da pele branca (38,5), que tinham companheira (19,0). Em relação a escolaridade o acesso nulo foi maior entre os analfabetos/ensino fundamental (17,9%), com nível socioeconômico equivalente às classes A+B (27,8%) e renda familiar  $> 1$  a  $\geq 2$  salários-mínimos (23,8%) e que não possuíam auxílio do governo (16,9%). As análises de regressão logística bruta e ajustada para o desfecho evidenciaram que ser do sexo masculino (OR=3,86; IC95%:1,17-12,70) e ter renda mensal inferior a 1 salário mínimo (OR=0,31; IC95%: 0,08-1,11) se mostraram associados de modo estatisticamente significativo com o acesso total a medicamentos em pacientes com hipertensão (Tabela 1).

Na Tabela 2 encontram-se descritas as prevalências de acesso, as razões de chances brutas e ajustadas do perfil de saúde e hábitos de vida entre os usuários e o acesso a medicamentos na APS. Detectou-se que 68,0% apresentavam doença crônica associada à hipertensão, 67,4% utilizavam mais de dois medicamentos, 48,8% informaram ter recebido atendimento nos últimos doze meses em emergências, 13,1% referiram que precisaram ser internados em uma unidade hospitalar nos últimos 12 meses, sendo que 73,9% referiram nível de atividade física ausente ou insuficiente. Em relação aos hábitos alimentares verificou-se que 37,3% não realizavam dieta para redução de açúcar, 37,3% referiram não reduzir o consumo de gordura, 26,3% não evitavam o consumo de sal e 52,7% não usavam adoçante. Em relação ao uso do tabaco e consumo de bebida alcoólica 7,5% referiram ser fumantes, 36,8% responderam afirmativamente para o uso de álcool. Quanto à autopercepção de saúde identificou-se que 63,5% apresentavam condição de saúde regular/ruim/muito ruim. Nas análises bivariadas e multivariadas o não uso de adoçantes se mostrou associado de modo estatisticamente significativo com o acesso total a medicamentos na APS (OR=0,23; IC95%: 0,06 – 0,84).

Com relação à associação entre acesso a medicamentos e variáveis relativas à acessibilidade geográfica, 28,9% dos usuários enfrentam dificuldade de acesso para chegar até a unidade de saúde, 29,3% declararam ter a residência distante da unidade de saúde e 52,9% utilizam transporte coletivo/carro particular/bicicleta/moto/barco ou outro meio de transporte para chegarem até a unidade de saúde. O acesso total foi maior entre os que não tinham dificuldade de chegar até a unidade (87,7%) e menor entre os que possuíam residência longe da unidade, sendo o acesso total e parcial sem muitas diferenças estatísticas para a variável modo

de deslocamento. A associação entre acesso aos medicamentos e dificuldade de acesso até a unidade de saúde (OR=6,50 IC95%: 2,09 – 20,2) foi estatisticamente significativa (Tabela 3).

Na Tabela 4 é apresentado o modelo final da regressão logística multivariada. Ser do sexo masculino (OR=4,06; IC95%: 1,26 – 12,99) e ter dificuldade de acesso à unidade de saúde (OR=4,84; 1,62 – 14,48) se mostraram como fatores associados ao não acesso aos medicamentos, enquanto o não uso de adoçantes (OR=0,30; IC95%: 0,12 – 0,72) representou um fator de proteção. O modelo final foi ajustado por sexo, renda mensal, uso de adoçante e dificuldade de acesso até à unidade de saúde.

## DISCUSSÃO

O acesso total aos medicamentos em países em desenvolvimento como é o caso do Brasil é considerado de baixo a médio pela OMS<sup>14</sup>, contudo o acesso total de anti-hipertensivos é considerado alto no Brasil como pode ser analisado no estudo publicado por Mengue et al.<sup>14</sup>, que avaliou o acesso por regiões do país, a taxa de acesso geral compreendeu 97,9%, com índice de 96,8% para a região nordeste. E Leitão et al.<sup>15</sup> em estudo com dados do VIGITEL de 2011, 2014 e 2017 encontraram resultados próximos aos obtidos nesta pesquisa. Segundo os autores, a prevalência de uso de medicamentos para tratamento de hipertensão foi de 79,6 em 2011, 79,0 no ano de 2014 e em 2017 alcançou 80%. O mesmo estudo ainda evidencia que, segundo a PNS de 2013, a prevalência de uso de anti-hipertensivos foi de 81,4%<sup>15</sup>. As variações nas taxas de acesso aos medicamentos para essa condição podem estar relacionadas as desigualdades de acesso, aos distintos estratos socioeconômicos, bem como ao menor desenvolvimento social nas diferentes regiões quando comparados com dados nacionais<sup>9, 17</sup>. No município de Salvador-BA a taxa de acesso a medicamentos está próxima das encontradas em outros trabalhos, sendo um fator positivo para os usuários da APS em especial aqueles portadores de DCNT.

A prevalência de acesso a medicamentos para o tratamento da HAS no município de Salvador foi maior entre os indivíduos do sexo feminino, corroborando com os dados de caracterização do acesso a medicamentos realizado em um município de médio porte em Minas Gerais, em que o público com maior acesso foi do sexo feminino, correspondendo a 75,9% em uma amostra de 398 usuários<sup>18</sup>. Estudos destacam que mulheres tendem a procurar mais os serviços de saúde em detrimento aos homens<sup>19,20,21</sup> devido aos horários de funcionamento das unidades de saúde, maior carga de trabalho e ainda por questões socioculturais<sup>20</sup>. O fato de os homens frequentarem menos os serviços de saúde, favorece diagnósticos tardios e aumenta as despesas com saúde quando poderiam ser evitadas por um atendimento prévio<sup>21</sup>. A presença majoritária da população feminina do presente estudo demonstra conformidade com os trabalhos encontrados, essa parcela da população tem mais acesso as unidades de saúde e conseqüentemente a medicamentos na APS, como ficou claro as mulheres são mais frequentes em relação no cuidado com a saúde

Os estudos sobre prevalência autorreferida de hipertensão arterial no Brasil têm evidenciado uma tendência de crescimento dessa condição nos últimos anos. A Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) de 2019 demonstrou que 21,3% da população tinham HAS em 2013,

umentando para 23,9% em 2019<sup>22,23,24</sup>, o que corrobora com os dados do VIGITEL em que apresenta aumento de 25,2% em 2020 para 26,3% em 2021 no Brasil. Levando em consideração as capitais do país, Salvador obteve uma frequência de 24,3% de adultos que referiram diagnóstico de hipertensão segundo dados desse inquérito<sup>25</sup>.

A prevalência de hipertensão do presente estudo apresentou-se elevada, diferindo dos estudos encontrados, supostamente por conta das diferenças metodológicas em comparação com os identificados na literatura, pois o mesmo foi realizado no âmbito da APS em serviços de saúde, com indivíduos entrevistados já diagnosticados com HAS em busca de tratamento. A escassez de estudos sobre acesso na população de Salvador, Bahia, dificulta a comparação de resultados e para além disso a grande maioria são inquéritos para estimar a frequência populacional e possuem diferentes abordagens.

Em relação aos dados de cor da pele, situação conjugal, nível socioeconômico e renda familiar os resultados foram semelhantes aos resultados de Bertoldi et al.<sup>26</sup> que em análise ajustada realizada na zona rural do estado do Rio Grande do Sul encontrou que 22,9% dos usuários possuíam cor da pele não branca, 15,5% não moravam com companheiro e 20,8% pertenciam a classe socioeconômica D/E, seguida de C (12,3%), sendo estes com maior acesso. Contudo, vale salientar que a área de realização do estudo foi na zona rural de um município com 340 mil habitantes. Ainda sobre o nível socioeconômico o estudo de Tavares et al.<sup>7</sup> ratifica que a classe dos mais pobres (D/E) tiveram maior acesso a medicamentos fornecidos gratuitamente pelo SUS, fortalecendo a ideia de que o SUS é essencial para essa parcela da população.

O estudo atual salienta, quanto aos dados sociodemográficos, maior acesso entre usuários que não possuem assistência médica suplementar. Lange et al.<sup>27</sup> e Tesser et al.<sup>28</sup>, evidenciaram taxas de usuários sem assistência médica suplementar estimada em 84,8 e 72% respectivamente. Considerando a população da pesquisa, é evidente a importância do SUS pautado nos princípios da universalidade, equidade e integralidade para atender os usuários em maior estado de vulnerabilidade social<sup>29</sup>, assim como demonstra que o SUS por meio do fortalecimento das políticas públicas na área do medicamento vem cumprindo o seu papel em subsidiar a disponibilidade dessa tecnologia àqueles em situação de maior vulnerabilidade socioeconômica<sup>8</sup>.

Bueno et al.<sup>30</sup> observaram que maior parte dos indivíduos tinha uma percepção negativa em relação a saúde, apresentava até duas comorbidades e não praticava nenhuma atividade física. Ao avaliar a qualidade de vida de pacientes hipertensos a percepção de saúde tem sido levada em consideração, em especial devido ao impacto que as doenças crônicas e as complicações da HAS comprometem a vida do indivíduo<sup>31</sup>. Em relação aos dados de HAS associada a outras doenças os dados corroboram os achados no estudo ELSI-BRASIL, realizado com amostra da população idosa. Os autores constataram que mais de 60% da população pesquisada tinham múltiplas doenças crônicas associadas<sup>32</sup> agravando o prognóstico da HAS.

Em relação ao uso de adoçante em pacientes com hipertensão os resultados da análise ajustada sugerem efeito protetor, ou seja, obtiveram maior acesso aos medicamentos aqueles que não faziam uso dos adoçantes dietéticos. Os resultados da PNAUM evidenciaram que dos 8.803 usuários na APS/SUS entrevistados 21,0% (1.802) declararam usar adoçantes dietéticos. Diante do resultado os pesquisadores do estudo destacaram que mesmo em face da ampla utilização dos adoçantes dietéticos pela população geral e da regulamentação a qual esses produtos estão expostos, ainda existem muitas incertezas em relação à inocuidade dessas substâncias para a saúde da população<sup>33</sup>. Embora estudos demonstrem que a prevalência do uso de adoçantes pela população brasileira seja maior entre os pacientes que possuem somente diabetes ou associado a outras doenças sendo uma delas a HAS<sup>34,35</sup>, todos declaram a dificuldade no estudo do tema e não foi encontrado trabalhos que fizessem associação com acesso a medicamentos. Ademais, um estudo publicado pela revista *Nature Medicine*, em 2023, versando sobre o uso de adoçante artificial, especificamente o eritritol e o risco de eventos cardiovasculares demonstrou que os níveis circulantes de eritritol foi associado ao risco de os pacientes apresentarem eventos cardiovasculares adversos incidentes, independentemente dos fatores de risco tradicionais para as doenças cardiovasculares<sup>36</sup>. Pode-se inferir que em pacientes com HAS o uso destes deve ser feito com cautela visto que estes apresentam alto risco cardiovascular<sup>37</sup>.

O Ministério da Saúde por meio do plano de reorganização da atenção à hipertensão arterial e ao Diabetes *Mellitus* em 2002 esclarece que a Organização Mundial da Saúde (OMS) recomenda o uso de adoçantes pela população hipertensa dentro de limites seguros, dando preferência alternar periodicamente os tipos de adoçantes<sup>38,39</sup>. Além disso, o uso de adoçantes a base de sacarina e ciclamato em pacientes hipertensos não são aconselhados por possuírem alta concentração de sódio<sup>39,40</sup>.

Os dados analisados para acessibilidade geográfica na Atenção Primária a Saúde mostrou semelhança com os resultados encontrados no trabalho de Álvarez et al.<sup>1</sup> que evidenciaram divergência em relação a acessibilidade na perspectiva do usuário. Fica claro em ambos os estudos que, enquanto a maioria da população não apresentava dificuldade de acesso à Unidade de Saúde, um quarto informou ser a US distante da sua residência. Ademais, observou-se que os dados sobre deslocamento obtiveram taxas próximas, sugerindo que parcela da população depende de transporte para chegar até a unidade. Essa discussão é extremamente importante pois, no campo da APS, busca-se sempre assegurar aos cidadãos o acesso ordenado e organizado aos sistemas de saúde<sup>1</sup> e consequentemente às unidades e às tecnologias lá disponíveis, como é o caso dos medicamentos que precisam estar acessíveis não somente na perspectiva da dimensão disponibilidade, mas também, da acessibilidade geográfica<sup>30</sup>. Dispor de medicamentos sem que haja uma rede de atenção organizada de forma que permita aos usuários acessibilidade geográfica inviabiliza o acesso na sua forma igualitária e integral como preconiza o SUS.

Avaliar o acesso a medicamentos é um desafio no Brasil<sup>1</sup>, sendo ainda maior quando o objetivo é estudar a temática em municípios sejam eles de grande, médio ou pequeno porte. As principais razões estão relacionadas com as diferentes abordagens dadas ao tema, dificuldade de comparabilidade entre os diferentes tipos de estudos, e escassez de trabalhos em níveis regionais e locais sobre a temática. Considera-se como vantagem desse estudo a relevância e o pioneirismo do tema para a área da AF no município. Entre as limitações pode-se apontar o desenho de estudo, pois estudos transversais fazem a mensuração do dado em um determinado espaço de tempo.

O município de Salvador organiza seus serviços por meio de doze unidades operacionais e administrativa denominadas de DS, definidos em vários critérios como geográficos, populacionais, epidemiológicos, gerenciais e políticos<sup>41</sup>. Do quantitativo de distritos foi possível alcançar quatro distritos devido a pandemia da Covid-19 que aconteceu no início do ano de 2020, impossibilitando que a coleta se estendesse as demais localidades estabelecidas. Todavia, vale salientar que os distritos em que foram realizadas a coleta podem ser considerados representativos da população soteropolitana, já que o distrito de Brotas é o terceiro maior DS do município, o Centro Histórico é responsável pela assistência à saúde de 26,24% da população de Salvador e nesse território são atendidos usuários da APS de vários bairros da cidade, inclusive os que não fazem parte da área. Para além desses, o DS de Itapuã possui trinta e nove

bairros de abrangência, com vinte e três US, e o Cabula Beiru, distrito conhecida como “miolo”, corresponde ao centro geográfico de Salvador<sup>42</sup>.

## CONCLUSÃO

O acesso total autorreferido a medicamentos no município de Salvador para HAS mostrou-se elevado e próximo dos padrões nacionais e regionais. Uma vez que essa condição de saúde é crônica o acesso adequado aos medicamentos de uso contínuo são extremamente importantes para a qualidade de vida do paciente. Contudo, o acesso não está pautado somente pela perspectiva da disponibilidade, mas para além disso envolve outras dimensões como a adequação, aceitabilidade, capacidade aquisitiva e acessibilidade geográfica.

A acessibilidade geográfica nas US do município de Salvador demonstrou ter impacto direto com o acesso a medicamentos. Diminuir as dificuldades de acesso até as unidades com sinalização adequada, unidades bem localizadas e próximas as residências de forma que os pacientes consigam chegar facilmente para os atendimentos e retirada de medicamentos deve ser considerado pela gestão de saúde do município.

A prevalência de HAS apresentou-se elevada, demonstrando a tendência de crescimento apresentada em outros estudos. Essas alterações ao longo da série histórica juntamente com os padrões de morbimortalidade que acompanham esse fenômeno, evidenciam a necessidade de maior atenção das autoridades para as Doenças Crônicas Não Transmissíveis em especial a Hipertensão arterial. Garantir através de políticas públicas o acesso aos medicamentos é uma das medidas mais importantes e incentivadas por diversas instituições.

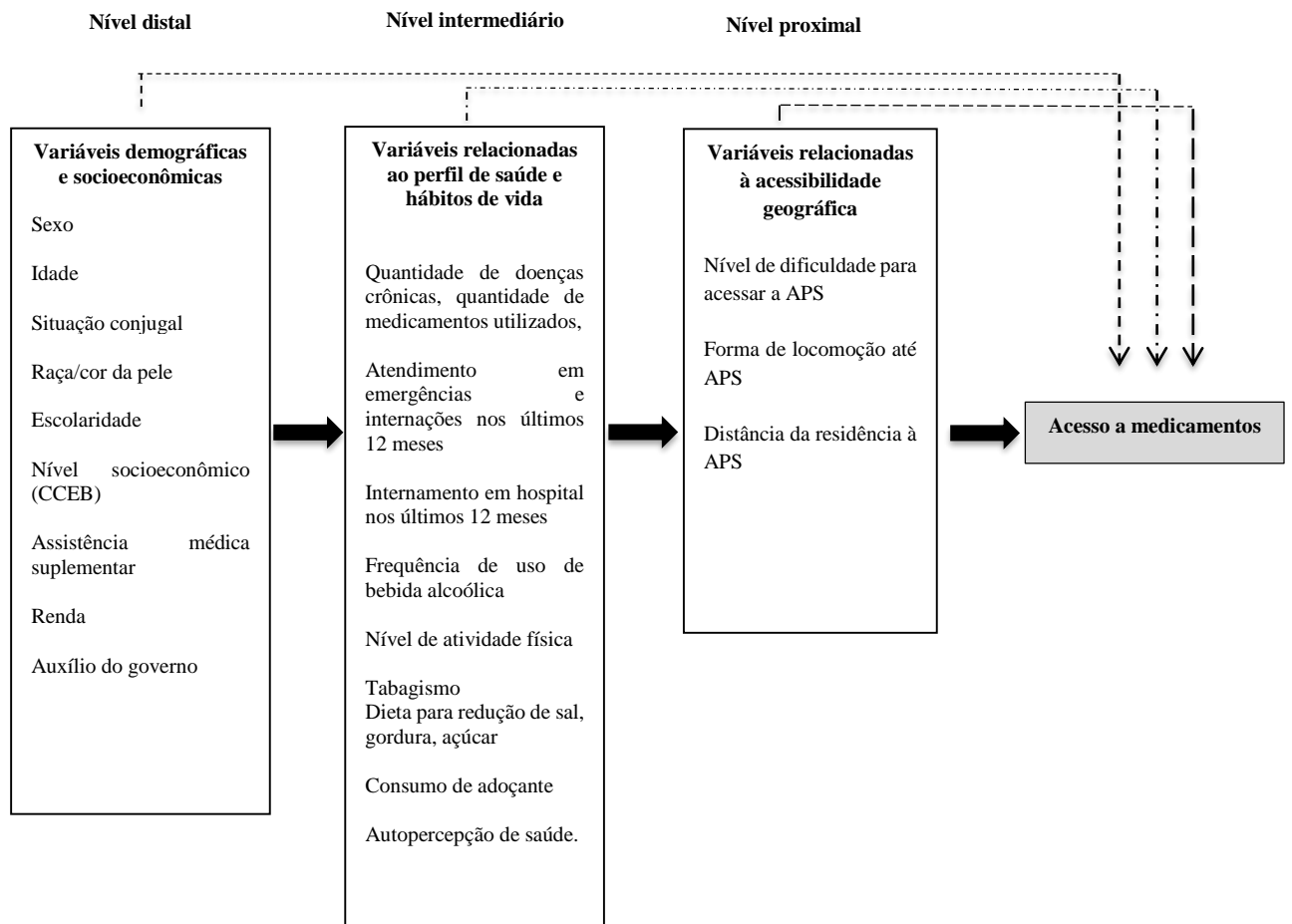
Em síntese é preciso compreender o acesso a medicamentos muito além das concepções reducionistas, entendendo que estar acessível levando em consideração a disponibilidade não é garantia de utilização pelos usuários, acesso é um conceito amplo e diante da amplitude merece um olhar diferenciado, incluindo novos estudos e pesquisas a nível municipal que possam estudar o acesso nas suas cinco dimensões de forma concomitante.

## REFERÊNCIAS

1. Álvares J, Guerra Junior AA, Araújo VE de, Almeida AM, Dias CZ, Ascef B de O, et al. Access to medicines by patients of the primary health care in the Brazilian Unified Health System. *Rev Saude Publica*. 2017; 51 Suppl 2:20s.
2. Drummond ED, Simões TC, Andrade FB de. Acesso da população brasileira adulta a medicamentos prescritos. *Revista Brasileira de Epidemiologia*. 2018 Aug 2;21(0).
3. Brasil. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. [Internet]. Planalto.gov.br. 2019. Available from:[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L8080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm).
4. Vieira FS. Assistência farmacêutica no sistema público de saúde no Brasil. *Revista Panamericana de Salud Pública*. 2010 Feb;27(2):149–56.
5. Brasil. Resolução nº 338 de 6 de maio de 2004. Aprova a Política de Assistência Farmacêutica. *Diário Oficial da União, Brasília, 2004; Seção I nº 96*.
6. Brasil. Portaria nº 3.916, de 30 de outubro de 1998. Aprova a Política Nacional de Medicamentos. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 1998*.
7. 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. *Rev Saude Publica*. 2016;50 Suppl 2:7s.
8. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças Não transmissíveis. Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas e Agravos não Transmissíveis no Brasil 2021-2030. 2021. 118.
9. Julião NA, Souza A de, Guimarães RR de M. Tendências na prevalência de hipertensão arterial sistêmica e na utilização de serviços de saúde no Brasil ao longo de uma década (2008-2019). *Ciência & Saúde Coletiva*. 2021 Sep;26(9):4007–19.
10. Álvares J, Alves MCGP, Escuder MML, Almeida AM, Izidoro JB, Guerra Júnior AA, et al. Pesquisa Nacional sobre Acesso, Utilização e Promoção do Uso Racional de Medicamentos: métodos. *Rev Saude Publica*. 2017b;51 Suppl 2:4s.
11. Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa. Critério de Classificação Econômica Brasil 2013. São Paulo (SP): ABEP; 2013.
12. Instituto Brasileiro de Geografia e estatística. Metodologia do censo demográfico 2010: Relatórios metodológicos. 2013;41,712.
13. Matsudo S, Araújo T, Matsudo V, Andrade D, Andrade E, Oliveira LC, et al. Questionário Internacional de Atividade Física (IPAQ): estudo de validade e reprodutibilidade no Brasil. *Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde [Internet]*. 2001;6(2):5–18.
14. World Health Organization. Non communicable diseases country profiles 2011: WHO global report. Geneva; 2011.
15. 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 suppl 2:8s.
16. Leitão VBG, Lemos VC, Francisco PMSB, Costa KS. Prevalência de uso e fontes de obtenção de medicamentos anti-hipertensivos no Brasil: análise do inquérito telefônico VIGITEL. *Revista Brasileira de Epidemiologia*. 2020; 23:1-14.
17. 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.

18. Gaede RPS, Mendonça S de AM, Maduro LC da S, Reis TM dos. Caracterização do acesso a medicamentos em um município de médio porte no leste do Estado de Minas Gerais, Brasil. *Revista de APS*. 2021; 23;23(1):57-72.
19. Levorato CD, Marques de Mello L, Soares da Silva A. Fatores associados à procura por serviços de saúde numa perspectiva relacional de gênero. *Ciência e Saúde Coletiva*. 2014; 19(4):1263–74.
20. Botton A, Cúnico SD, Strey MN. Diferenças de gênero no acesso aos serviços de saúde: problematizações necessárias. *Mudanças - Psicologia da Saúde*. 2017; 21;25(1):67.
21. Nunes BP, Batista SRR, Bof de Andrade F, Souza-Junior PRB, Lima-Costa MF, Facchini LA. Multimorbidade em indivíduos com 50 anos ou mais de idade: ELSI-Brasil. *Rev Saúde Publica*. 2018;52 Supl 2:10s
22. Julião NA, Souza A de, Guimarães RR de M. Tendências na prevalência de hipertensão arterial sistêmica e na utilização de serviços de saúde no Brasil ao longo de uma década (2008-2019). *Ciência & Saúde Coletiva*. 2021. 26(9):4007–19.
23. Pesquisa Nacional de Saúde: 2019: percepção do estado de saúde, estilos de vida, doenças crônicas e saúde bucal: Brasil e grandes regiões / IBGE, Coordenação de Trabalho e Rendimento. - Rio de Janeiro: IBGE, 2020. 113p.
24. Malta DC, Gonçalves RPF, Machado ÍE, Freitas MI de F, Azeredo C, Szwarcwald CL. Prevalência da hipertensão arterial segundo diferentes critérios diagnósticos, Pesquisa Nacional de Saúde. *Revista Brasileira de Epidemiologia*. 2018;21supl 1:1-15.
25. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. *Vigitel Brasil 2021: Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico: estimativas sobre frequência e distribuição sociodemográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito– Brasília, 2021:128*.
26. Bertoldi AD, Silveira MPT, Machado AKF, Xavier MO, Martins RC. Fontes de acesso e utilização de medicamentos na zona rural de Pelotas, Rio Grande do Sul, em 2016: estudo transversal de base populacional. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*. 2021;30(1),1-16.
27. Lange ST, Silva MJ de S e, Borba HHL. Análise do acesso a medicamentos por usuários da Atenção Primária. *Revista de APS*. 2022 Jan 29;24(3).
28. Tesser CD, Norman AH, Vidal TB. Acesso ao cuidado na Atenção Primária à Saúde brasileira: situação, problemas e estratégias de superação. *Saúde em Debate*. 2018 Sep;42(spe1):361–78.
29. Sousa MF de, Prado EA de J, Leles FAG, Andrade NF de, Marzola RF, Barros FPC de, et al. Potencialidades da Atenção Básica à Saúde na consolidação dos sistemas universais. *Saúde em Debate*. 2019;43(spe5):82–93.
30. Bueno MAM, Simões TC, Luz TCB. Diferenças na disponibilidade de medicamentos prescritos na Atenção Primária: evidências do Projeto Prover. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2022;27:1191–203.
31. Silva G, Andrade-Lima A, Germano-Soares A, Rodrigues S, Ritti-Dias R, Farah B. Factors Associated with Quality of Life in Patients with Systemic Arterial Hypertension. *International Journal of Cardiovascular Sciences*. 2020;33;.2, 133-142.
32. Nunes BP, Batista SRR, Andrade FB de, Souza Junior PRB de, Lima-Costa MF, Facchini LA. Multimorbidity: The Brazilian Longitudinal Study of Aging (ELSI-Brazil). *Revista De Saude Publica*. 2018;52Suppl 2:10s.
33. Maria Santos da Paz B, Alves CE. Uso de adoçantes dietéticos por usuários da Atenção Básica no Sistema Único de Saúde, Brasil. *Vigilância Sanitária em Debate: Sociedade, Ciência & Tecnologia*. 2021 Aug 31;9(3):137–48.

34. Arrais PSD, Vianna MP de N, Zaccolo AV, Moreira LIM, Thé PMP, Quidute ARP, et al. Utilização de adoçantes no Brasil: uma abordagem a partir de um inquérito domiciliar. *Cadernos de Saúde Pública*. 2019; 35. 35(11);1-7.
35. Zanini R de V, Araújo CL, Martínez-Mesa J. Utilização de adoçantes dietéticos entre adultos em Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil: um estudo de base populacional. *Cadernos de Saúde Pública*. 2011;27(5):924–34.
36. Witkowski M, Nemet I, Alamri H, Wilcox J, Gupta N, Nimer N, et al. The artificial sweetener erythritol and cardiovascular event risk. *Nature Medicine*. 2023; 27;1-9.
37. Beger C, Dominik Rüeeggler, Lenz A, Wagner S, Haller H, Kai Martin Schmidt-Ott, et al. Blood pressure dynamics during home blood pressure monitoring with a digital blood pressure coach—a prospective analysis of individual user data. *Frontiers in Cardiovascular Medicine*. 2023; 10:1-11.
38. Brasil. 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; 2002;59.1-102.
39. Cotta RMM, Reis RS, Batista KCS, Dias G, Alfenas R de CG, Castro FAF de. Hábitos e práticas alimentares de hipertensos e diabéticos: repensando o cuidado a partir da atenção primária. *Revista de Nutrição*. 2009 Dec;22(6):823–35.
40. Rezende TB. Adoçantes e doenças crônicas: revisão de literatura. *Cadernos de estudos e pesquisas - journal of studies and research*. 2019;23(49):24-31.
41. Paim SJ. Modelos de Atenção à Saúde no Brasil. *In: Giovanella, Lígia (org.) Políticas e Sistema de Saúde no Brasil*. 2. ed. –Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2012. cap. 15, p. 459 - 492.
42. Plano Municipal de Saúde de Salvador 2022-2025. Volume II. Distritos Sanitários / Secretaria Municipal da Saúde. Diretoria Estratégica de Planejamento e Gestão: Salvador - Ba, 2022;1-137.



**Figura 1.** Modelo teórico da investigação de fatores de risco para acesso a medicamentos para HAS na APS estruturado em blocos hierarquizados.

**Tabela 1.** Análise bivariada das características demográficas e socioeconômicas dos usuários da Atenção Primária à Saúde com Hipertensão Arterial Sistêmica no município de Salvador, Bahia, de acordo com o acesso a medicamentos para HAS, 2019-2020. (n=178).

Variáveis	n (%)	Acesso a medicamento para Hipertensão Arterial Sistêmica na APS				Valor de p
		Prev.% Acesso total	Prev.% Acesso nulo	OR bruta (IC 95%)	OR ajustada (IC 95%)	
<b>Sexo</b>						
Feminino	149 (83,7)	127 (85,8)	21 (14,2)	1	1	<b>0,026</b>
Masculino	29 (16,3)	21 (72,4)	8 (27,6)	2,30 (0,90 – 5,87)	3,86 (1,17 – 12,70)	
<b>Idade (em anos)</b>						
18 a 59	78 (43,8)	68 (88,3)	8 (11,7)	1	1	0,540
≥ 60	100 (56,2)	80 (80,0)	20 (20,0)	1,88 (0,80 – 4,42)	1,37 (0,49 – 3,76)	
<b>Cor da pele <sup>a</sup></b>						
Branca	13 (7,4)	8 (61,5)	5 (38,5)	1	1	0,624
Parda/preta	163 (92,6)	138 (85,2)	29 (14,8)	0,27 (0,08 – 0,92)	1,57 (0,25 – 9,6)	
<b>Situação conjugal <sup>b</sup></b>						
Com companheiro	80 (45,2)	64 (81,0)	15 (19,0)	1	1	0,830
Sem companheiro	97 (54,8)	84 (86,6)	13 (13,4)	0,66 (0,29 – 1,48)	1,11 (0,40 – 3,10)	
<b>Escolaridade <sup>c</sup></b>						
Ensino médio/Ensino Superior	80 (45,7)	67 (84,1)	12 (15,2)	1	1	0,776
Analfabeto/fundamental	95 (54,3)	78 (82,1)	17 (17,9)	1,21 (0,54 – 2,72)	1,17 (0,38 – 3,67)	
<b>Nível socioeconômico</b>						
A+B	18 (10,1)	13 (72,2)	5 (27,8)	1	1	0,313
C+D+E	160 (89,9)	135 (84,9)	24 (15,1)	0,46 (0,15 – 1,41)	0,46 (0,10 – 2,07)	
<b>Assistência Médica Suplementar <sup>d</sup></b>						
Sim	20 (11,6)	16 (80,0)	4 (20,0)	1	1	0,865
Não	153 (88,4)	128 (84,2)	24 (15,8)	0,75 (0,23 – 2,43)	1,13 (0,27 – 4,74)	
<b>Renda mensal <sup>e</sup></b>						
> 1 a ≥ 2	27 (18,1)	19 (70,4)	8 (29,6)	1	1	<b>0,160</b>
< 1	122 (81,9)	103 (85,1)	18 (14,9)	0,41 (0,15 – 1,09)	0,45 (0,14 – 1,32)	
<b>Auxílio do governo <sup>f</sup></b>						
Sim	43 (25,7)	36 (83,7)	7 (16,3)	1	1	0,761
Não	124 (74,3)	103 (83,1)	21 (16,9)	1,04 (0,41 – 2,67)	0,85 (0,29 – 2,41)	

Nota: Variáveis com valor de  $\leq 0,20$  integraram o modelo de regressão logística multivariada no primeiro passo – bloco 1 (perfil demográfico e socioeconômico). Dados ignorados: a (2), b (1), c (3), d (5), e (29), f (11).

**Tabela 2.** Análise bivariada do perfil de saúde e hábitos de vida dos usuários da Atenção Primária a Saúde com Hipertensão Arterial Sistêmica no município de Salvador, de acordo com o acesso a medicamentos para HAS, 2019-2020. (n=178).

Variáveis	Acesso a medicamento para Hipertensão Arterial Sistêmica na APS					Valor de p
	n (%)	Prev.% Acesso total	Prev.% Acesso nulo	OR bruta (IC 95%)	OR ajustada (IC 95%)	
<b>Doença crônica associada à hipertensão</b>						
Não	57 (32,0)	51 (89,5)	6 (10,5)	1	1	
Sim	121 (68,0)	97 (80,8)	23 (19,2)	2,01 (0,77 – 5,26)	1,36 (0,31 – 5,93)	0,682
<b>Quantidade de medicamentos utilizados</b>						
1	58 (32,6)	50 (87,7)	7 (12,3)	1	1	
≥ 2	120 (67,4)	98 (81,7)	22 (18,3)	1,60 (0,64 – 4,00)	0,67 (0,16 – 2,79)	0,587
<b>Atendimento em emergência nos últimos 12 meses<sup>a</sup></b>						
Não	86 (51,2)	74 (86,0)	12 (14,0)	1	1	
Sim	82 (48,8)	64 (79,0)	17 (21,0)	1,63 (0,72 – 3,8)	1,49 (0,50 – 4,41)	0,468
<b>Atendimento hospitalar nos últimos 12 meses<sup>b</sup></b>						
Não	120 (86,9)	95 (79,8)	24 (20,2)	1	1	
Sim	18 (13,1)	13 (72,2)	5 (27,8)	1,52 (0,49 – 4,69)	1,10 (0,25 – 4,82)	0,892
<b>Nível de atividade física<sup>c</sup></b>						
Suficiente	42 (26,1)	34 (80,9)	8 (19,1)	1	1	
Ausente/insuficiente	119 (73,9)	98 (83,1)	20 (16,9)	0,86 (0,34 – 2,15)	0,70 (0,20 – 2,42)	0,579
<b>Dieta para redução de açúcar<sup>d</sup></b>						
Sim	106 (62,7)	85 (80,2)	21 (19,8)	1	1	
Não	63 (37,3)	56 (88,9)	7 (11,1)	0,50 (0,20 – 1,27)	1,53 (0,30 – 7,63)	0,600
<b>Dieta para redução de gordura<sup>e</sup></b>						
Sim	108 (63,2)	88 (81,5)	20 (18,5)	1	1	
Não	63 (36,8)	54 (87,10)	8 (12,9)	0,65 (0,26 – 1,58)	0,90 (0,21 – 3,83)	0,891
<b>Evita consumo de sal<sup>f</sup></b>						
Sim	126 (73,8)	103 (81,7)	23 (18,3)	1	1	
Não	45 (26,3)	39 (88,6)	5 (11,4)	0,57 (0,20 – 1,61)	0,69 (0,15 – 3,07)	0,629
<b>Uso de adoçantes<sup>g</sup></b>						
Sim	80 (47,3)	60 (75,0)	20 (25,0)	1	1	
Não	89 (52,7)	80 (90,9)	8 (9,1)	0,30 (0,12 – 0,72)	0,23 (0,06 – 0,84)	<b>0,026</b>
<b>Fumante atual<sup>h</sup></b>						
Não	160 (92,5)	133 (83,6)	26 (16,4)	1	1	
Sim	13 (7,5)	11 (84,6)	2 (15,4)	0,93 (0,19 – 4,44)	2,35 (0,28 – 19,47)	0,426
<b>Uso de álcool<sup>i</sup></b>						
Não	108 (63,2)	89 (83,2)	18 (16,8)	1	1	
Sim	63 (36,8)	53 (84,1)	10 (15,9)	0,93 (0,40 – 2,17)	1,31 (0,44 – 3,83)	0,621
<b>Autopercepção de saúde<sup>j</sup></b>						
Boa/ muito boa	58 (36,5)	51 (87,9)	7 (12,1)	1	1	
Regular/Ruim/muito ruim	101 (63,5)	80 (82,9)	20 (17,1)	1,82 (0,71 – 4,61)	1,70 (0,04 – 4,13)	0,418

Nota: Ajuste no segundo passo das variáveis do bloco 2 (perfil de saúde e hábitos de vida) pelas variáveis com valor de  $p \leq 0,20$  do bloco 1 (perfil demográfico e socioeconômico). Dados ignorados: a (10), b (40), c (17), d (9), e (7), f (7), g (9), h (5), i (7), j (19).

**Tabela 3.** Associação entre Acesso a medicamentos e variáveis relativas à acessibilidade geográfica dos usuários da Atenção Primária a Saúde com Hipertensão Arterial Sistêmica no município de Salvador, Bahia, de acordo com o acesso a medicamentos para HAS, 2019-2020. (n=178).

Acesso a medicamento para Hipertensão Arterial Sistêmica na APS						
Variáveis	n (%)	Prev.% Acesso total	Prev.% Acesso nulo	OR bruta (IC 95%)	OR ajustada. (IC 95%)	Valor de p
<b>Dificuldade de acesso até a unidade de saúde</b>						
Não	123 (71,1)	107 (87,7)	15 (12,3)	1	1	<b>0,001</b>
Sim	50 (28,9)	37 (74,0)	13 (26,0)	2,50 (1,09 – 5,75)	6,50 (2,09 – 20,2)	
<b>Modo de deslocamento até a unidade de saúde</b>						
Caminhada	81 (47,1)	68 (85,0)	12 (15,0)	1	1	0,557
Transporte coletivo/Carro particular/ bicicleta/ moto/barco	91 (52,9)	75 (82,4)	16 (17,6)	1,20 (0,53 – 2,74)	0,74 (0,24 – 2,04)	
<b>Residência distante da unidade de saúde</b>						
Não	123 (70,7)	107 (87,7)	15 (12,3)	1	1	0,168
Sim	51 (29,3)	38 (74,5)	13 (24,5)	2,44 (1,06 – 5,59)	1,99 (0,74 – 5,35)	

Nota: Ajuste no terceiro passo das variáveis do bloco 3 (acessibilidade geográfica) pelas variáveis com valor de  $p \leq 0,20$  do bloco 1 (perfil demográfico e socioeconômico) e do bloco 2 (perfil de saúde e hábitos de vida).

**Tabela 4.** Modelo final da regressão logística entre acesso a medicamentos e variáveis selecionadas dos usuários da Atenção Primária a Saúde, Salvador, Bahia, 2019-2020. (n=178).

Variáveis	Acesso a medicamento para Hipertensão Arterial Sistêmica na APS		Valor de p
	OR bruta	OR ajustada	
	(IC 95%)	(IC 95%)	
<b>Sexo (Masculino)</b>	2,30 (0,90 – 5,87)	4,06 (1,26 – 12,99)	<b>0,018</b>
<b>Uso de adoçantes (Não)</b>	0,30 (0,12 – 0,72)	0,18 (0,06 – 0,53)	<b>0,002</b>
<b>Dificuldade de acesso até a unidade de saúde (Sim)</b>	2,50 (1,09 – 5,75)	4,84 (1,62 – 14,48)	<b>&lt;0,001</b>
<b>Análise do ajuste do modelo final</b>			
<b>AIC</b>			<b>120.6563</b>
<b>Curva ROC</b>			<b>0,80</b>

Nota: \*Variáveis com valor de  $p \leq 0,05$  integraram o modelo de regressão logística multivariada ajustada por sexo, renda mensal, uso de adoçantes e dificuldade de acesso à unidade de saúde.

## **8.2 Produto técnico: Cartilha informativa sobre uso de medicamentos para Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus**

### **Objetivo**

#### Objetivo geral

Elaborar uma cartilha informativa destinada aos Agentes Comunitários de Saúde e usuários da APS do SUS do município de Salvador, contendo informações sobre cuidados com medicamentos para Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus.

### **Metodologia**

A construção da cartilha acontecerá respeitando as seguintes etapas:

#### **Seleção do conteúdo por meio do levantamento bibliográfico**

A etapa de seleção do conteúdo foi realizada com a participação dos pesquisadores envolvidos na pesquisa Assistência Farmacêutica na Atenção Básica: um estudo de natureza avaliativa no município de Salvador, com foco principal na proposta: ressaltar quais são os cuidados relacionados a medicamentos. Para tanto foi feito um levantamento bibliográfico em bases de dados científicos e por meio de buscas na literatura cinzenta com o objetivo de se obter o maior quantitativo possível de informações confiáveis e que fossem possíveis de adaptação ao público específico. Após o levantamento os dados foram organizados de forma sequenciada em arquivo Word, para então ser adicionada no arquivo final da cartilha.

#### **Seleção das ilustrações e design da cartilha**

O processo de seleção das ilustrações se deu utilizando o site Freepik, que disponibiliza ilustrações com temáticas variadas, bem como do site Canva®, onde o design da cartilha foi elaborado. A etapa seguinte consistirá em unir o referencial teórico esquematizado com a linguagem adaptada às ilustrações selecionadas, incluindo as revisões realizadas para que não fossem identificados erros na versão final.

#### **Avaliação por especialistas**

Seguindo o processo de construção da cartilha o penúltimo estágio será a realização de uma avaliação/análise de especialistas com o objetivo de validar o conteúdo da cartilha.

## Divulgação da cartilha

Finalizada a construção, será iniciada a divulgação e o encaminhamento da cartilha para os profissionais e membros da comunidade acadêmica envolvida na construção e análise da cartilha que será disponibilizada on-line e de forma gratuita, via mídia social e adicionada em base de dados.

## Arte da cartilha



**HIPERTENSÃO  
ARTERIAL, DIABETES E  
Medicamentos**

Todo cuidado começa na prevenção.



2023 Universidade do Estado da Bahia.  
É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte.  
Tiragem: 1ª edição – 2023 – versão eletrônica



UNEB  
UNIVERSIDADE DO  
ESTADO DA BAHIA





UNEB  
UNIVERSIDADE DO  
ESTADO DA BAHIA



FICHA CATALOGRÁFICA  
Sistema de Bibliotecas da UNEB

J58h dos Santos Cruz, Jaqueline Jesus  
Hipertensão arterial, Diabetes e medicamentos / Jaqueline Jesus dos Santos Cruz. - Salvador, 2023.  
17 fis : il.  
Orientador(a): Helena Maria Silveira Fraga Maia .  
Coorientador(a): Patrícia Sodré Araújo .  
Inclui Referências  
Dissertação (Mestrado Profissional) - Universidade do Estado da Bahia. Departamento de Ciências da Vida. Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva - MEPISCO, Campus I. 2023.  
1.Medicamentos . 2.Hipertensão Arterial . 3.Diabetes Mellitus .  
4.Agentes Comunitários de Saúde .

CDD: 615



## APRESENTAÇÃO

Esta cartilha é um produto técnico fruto do trabalho da dissertação intitulada Acesso e uso de medicamentos para Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus no município de Salvador – Bahia: um estudo transversal, do Programa de Mestrado Profissional em Saúde Coletiva da Universidade do Estado da Bahia – UNEB.

A presente cartilha é destinada aos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e usuários da Atenção Primária no Sistema Único de Saúde (SUS) e objetiva disseminar conhecimento acerca do uso e cuidados com medicamentos para Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e Diabetes Mellitus (DM), levando em consideração os medicamentos mais prevalentes nesse estudo.

Desde a implantação da Estratégia de Saúde da Família (ESF) os ACS desempenham um papel de extrema importância para o cuidado da saúde de usuários do SUS, diante dessa realidade espera-se que esse produto contribua para uma prática humanizada, centrada no usuário e que dê subsídios para orientação correta sobre o uso racional de medicamentos nos territórios.





UNEB  
UNIVERSIDADE DO  
ESTADO DA BAHIA



## HIPERTENSÃO ARTERIAL

“ Mas, o que é a Hipertensão Arterial? ”

A hipertensão arterial é uma doença crônica não transmissível, multifatorial, ou seja, causada por diferentes fatores podendo ser eles genéticos, ambientais e sociais, é associada ao envelhecimento e aos hábitos de vida, sua característica mais importante é a elevação persistente da pressão arterial. Isso significa que sem o controle adequado ou uso de medicamentos as medidas de pressão arterial se apresentam maior ou igual a 140 mmHg (PA sistólica) e maior ou igual a 90 mmHg (PA diastólica).

A Hipertensão arterial sistêmica geralmente é uma doença assintomática, mas quando elevada pode estar associada a dor torácica de forte intensidade, falta de ar ou confusão mental, dor na região atrás da cabeça, sonolência, distúrbio visual, náuseas e vômitos.

**Se você quer saber mais sobre as causas e sintomas da Hipertensão Arterial Sistêmica, pode acessar o QR code ao lado e dar uma olhadinha no vídeo produzido pelo Hospital do coração - HCor.**

“ E... como é tratada a Hipertensão Arterial? ”

Quando o paciente recebe o diagnóstico médico de hipertensão arterial a maioria necessita realizar o controle por meio do uso de medicamentos. O uso desses fármacos é uma das alternativas mais utilizadas para tratar a hipertensão arterial e contribui para melhor qualidade de vida do paciente.



6



UNEB  
UNIVERSIDADE DO  
ESTADO DA BAHIA



## HIPERTENSÃO ARTERIAL

**Qual a importância do uso de medicamentos na hipertensão?**



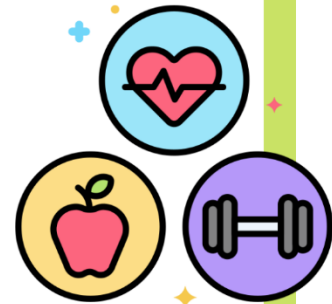
Redução da probabilidade de morte associada à hipertensão



Redução do desenvolvimento de doenças que envolvam vasos sanguíneos



Probabilidade de morte associada a hipertensão



Você sabia que é possível alcançar a meta pressórica com modificações do estilo de vida?

Essas medidas são chamadas de não farmacológicas, pois não inclui o uso de medicamentos. Alimentação saudável juntamente com hidratação adequada, prática de exercício físico, redução do etilismo e do tabagismo e a gestão do estresse fazem parte do tratamento não farmacológico.

7



UNEB  
UNIVERSIDADE DO  
ESTADO DA BAHIA



# TRATAMENTO PARA HIPERTENSÃO

Os medicamentos para Hipertensão Arterial Sistêmica são chamados de anti-hipertensivos e de acordo com os componentes podem ser classificados, em cinco principais classes (Fluxograma 1).



FLUXOGRAMA 1: Principais classes de anti-hipertensivos utilizados no tratamento da Hipertensão Arterial Sistêmica.





UNEB  
UNIVERSIDADE DO  
ESTADO DA BAHIA



## TRATAMENTO PARA HIPERTENSÃO

O uso de medicamentos anti-hipertensivos é uma opção valiosa para o tratamento e favorece a manutenção da vida. Contudo, os medicamentos não são isentos de riscos e podem apresentar algumas contraindicações (Quadro 1), sendo necessário observar atentamente qualquer alteração após iniciar o uso e nesses casos conversar com o seu médico e/ou outros profissionais da saúde para saber o que é melhor a ser feito, nunca pare o uso do medicamento por conta própria.

Classe		Principais representantes	Usos terapêuticos	Contraindicação /Precaução	Dose recomendada
Diuréticos	Diurético de alça	Furosemida	Hipertensos negros, obesos e idosos	Pacientes com doença de gota; Gravidas; Pacientes com cálcio baixo e/ou potássio elevado; Hipotensão sexual.	20 a 80mg por dia
	Tiazídicos	Hidroclorotiazida	Pacientes com doença renal crônica		50 a 100 mg/dia, em dose única ou fracionada
	Semelhantes aos tiazídicos	Clortalidona	Insuficiência cardíaca congestiva estável		12,5 a 50mg ao dia
	Diuréticos poupadores de potássio	Espironolactona	Hipertensão Arterial		50mg/dia a 100mg/dia

QUADRO 1: Características dos medicamentos anti-hipertensivos, segundo classe, principais representantes, usos terapêuticos, contraindicação e dosagem recomendada.



UNEB  
UNIVERSIDADE DO  
ESTADO DA BAHIA



## TRATAMENTO PARA HIPERTENSÃO

Classe	Principais representantes	Usos terapêuticos	Contraindicação /Precaução	Dose recomendada
Bloqueadores dos canais de cálcio	Anlodipino	Hipertensão Arterial Angina (dor peito)	Taquicardia/arritmia e insuficiência cardíaca	5mg uma vez ao dia, com dose máxima de 10mg ao dia
	Nifedipino	Angina crônica estável	Pacientes com problemas no fígado usar com cautela. Taquicardia/arritmia e insuficiência cardíaca	30mg, a cada 24 horas
Inibidores da enzima conversora de angiotensina	IECA	Hipertensão Insuficiência cardíaca Nefropatia Diabética (Doença nos rins)	Tosse em 5 a 10% dos usuários, gravidez, usar com cautela em pacientes com função renal comprometida, evitar o uso em mulheres em idade fértil, pois há grande risco de malformações fetais. Inchaço em tecidos.	10 a 20mg, uma vez ao dia
	Captopril			Inicial: 25 mg duas vezes ao dia

QUADRO 1: Características dos medicamentos anti-hipertensivos, segundo classe, principais representantes, usos terapêuticos, contraindicação e dosagem recomendada (Continuação).



UNEB  
UNIVERSIDADE DO  
ESTADO DA BAHIA



## TRATAMENTO PARA HIPERTENSÃO

Classe		Principais representantes	Usos terapêuticos	Contraindicação /Precaução	Dose recomendada
Bloqueadores dos receptores de angiotensina		Losartana	Hipertensão Nefropatia Diabética (Doença nos rins)	Não é indicado na gravidez; Pacientes que utilizam IECA não obtêm resultados	50 a 100mg (dose máxima), a cada 24 horas
Beta-bloqueadores*	Não seletivos	Propranolol	Hipertensão Angina	Asma, agravamento de psoríase, depressão, doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC), intolerância a glicose;	40mg, a cada 12 ou 8 horas. Pode ser aumentado em intervalos semanais.
	B1	Atenolol	Hipertensão (pode ser usado para angina e arritmia cardíaca), infarto do miocárdio;	Depressão, agravamento da psoríase;	50 a 100mg, uma vez ao dia
	Betabloqueadores cardiosseletivos	Carvedilol	Hipertensão Insuficiência cardíaca congestiva	Pode piorar o controle glicêmico ou mascarar/reduzir sinais e sintomas de hipoglicemia; Pode ocorrer redução do lacrimejamento com o uso de carvedilol em paciente usando lentes de contato;	12,5mg, a cada 24 horas, durante os dois primeiros dias. A seguir, utilizar 25mg, a cada 24 horas.

QUADRO 1: Características dos medicamentos anti-hipertensivos, segundo classe, principais representantes, usos terapêuticos, contra-indicação e dosagem recomendada (Continuação).

FONTE: Adaptada de Goodman e Gilman (2019), Manual do Farmacêutico Hospital Alemão Osvaldo Cruz e Diretrizes Sociedade Brasileira de Diabetes (2019-2020)\*Anti-hipertensivos preferenciais para pacientes jovens, hipertensos lábeis. \*Anti-hipertensivos preferenciais para pacientes jovens, hipertensos lábeis.



UNEB  
UNIVERSIDADE DO  
ESTADO DA BAHIA



# DIABETES MELLITUS

## CLASSIFICAÇÃO DIABETES

### Diabetes tipo 1

Pode ocorrer em qualquer idade, sendo mais comum em crianças e adolescentes, acontece uma destruição de células importantes para a produção de insulina por isso é considerada autoimune.



### Diabetes tipo 2

É o tipo mais comum de diabetes, relacionado com o desequilíbrio da produção de açúcar no sangue, comprometendo a produção da insulina. Sobrepeso ou obesidade e o envelhecimento tem ligação direta com a doença.

### DIABETES GESTACIONAL

Condição clínica ligada diretamente com o período gestacional podendo desaparecer com o término da gravidez e relacionada com a hiperglicemia decorrente das muitas alterações hormonais da gravidez.



FONTE: Elaborada pelo autor em: [https://www.canva.com/pt\\_br/](https://www.canva.com/pt_br/) (2023)

“ Mas, o que é o Diabetes? ”

O Diabetes Mellitus é uma doença caracterizada por alterações em todo o corpo, podendo estar associada a complicações e incapacidade de vários órgãos, especialmente olhos, rins, nervos, cérebro, coração e vasos sanguíneos. Causada tanto por fatores genéticos quanto ambientais, o diabetes envolve a produção inadequada de insulina e redução na capacidade de resposta desse hormônio importantíssimo para o equilíbrio do corpo humano. Em relação a sua classificação temos entre os tipos mais comuns o diabetes tipo 1, diabetes tipo 2 e o gestacional (Imagem 1).

#### FIQUE LIGADO!

Devido a muitos indivíduos com diabetes tipo 2 não apresentarem sintomas é importante observar os fatores de risco, tais como:

Idade

Sobrepeso

Obesidade

Antecedente familiar

Hipertensão arterial elevada

#### DICA!

As gestantes precisam fazer o acompanhamento pré-natal regularmente para evitar complicações decorrente de possíveis problemas com a diabetes que pode trazer grande risco para o feto ou para a gestante.



UNEB  
UNIVERSIDADE DO  
ESTADO DA BAHIA



# DIABETES MELLITUS

Assim como na hipertensão, no tratamento da diabetes é preciso buscar a qualidade de vida do paciente e o uso de medicamentos é importante porque contribui para:

“  
E... como é tratada a Diabetes?  
”

O tratamento da diabetes tem por objetivo aliviar os sintomas que estão ligados com a hiperglicemia como a fadiga, perda de peso e excesso de eliminação de urina, além de evitar ou reduzir as complicações que podem acometer diferentes órgãos do paciente. Um ponto muito importante no tratamento da diabetes é educação nutricional, a assistência ao paciente deve ser de forma integral para que ele consiga alcançar níveis ótimos de glicemia.

**Controle Glicêmico**

Adulto

Criança

Idoso

O medicamento não deve ser interrompido e as metas para o tratamento levam em consideração os tipos de pacientes e varia com o método usado para diagnóstico.

## Tratamento do Diabetes

CONTROLE GLICÊMICO	CONDIÇÕES ASSOCIADAS	COMPLICAÇÕES
Dieta/estilo de vida Exercício Medicamentos	Dislipidemia Hipertensão Obesidade	Neuropatia Nefropatia Doença cardiovascular

Fonte: Adaptado de Goodman e Gilman, 2019.





UNEB  
UNIVERSIDADE DO  
ESTADO DA BAHIA



# DIABETES MELLITUS

## SINAIS DE ALERTA

Fique atento aos seguintes sinais, pois eles podem indicar que sua glicemia está elevada:

- Aumento da micção
- Sede
- Perda de apetite
- Boca seca e hálito com cheiro de fruta.
- Náuseas ou vômitos
- Sonolência ou cansaço
- Pele seca e avermelhada



## Tipos de medicamentos para Diabetes Mellitus

O tratamento medicamentoso será específico para cada condição de saúde apresentada pelo indivíduo, ou seja, se é portador de diabetes tipo 1, 2, gestacional ou possui uma doença crônica associada, além de complicações decorrentes da doença. O uso de insulina é imprescindível em pacientes com diabetes tipo 1 e deve ser iniciada assim que o diagnóstico for realizado. Os agentes antidiabéticos são os medicamentos utilizados para reduzir a glicemia, a fim de mantê-la em níveis normais (em jejum menor que 100 mg/dL e pós-prandial menor que 140 mg/dL).

Que tal você assistir ao vídeo sobre medicamentos Antidiabéticos.



BÔNUS  
DIABETES  
Acesse  
o QR  
code!



## TRATAMENTO PARA DIABETES

Classe	Principais representantes	Usos terapêuticos	Contraindicação/ precaução	Dose recomendada
Sulfoniluréias	Glibenclamida	Diabetes tipo 2	Gravidez, insuficiência renal ou hepática	2,5 a 20mg
	Glicazida	Diabetes não insulino-dependente; Diabetes com complicações vasculares; Diabetes no obeso; Diabetes no idoso.	Gravidez, insuficiência renal ou hepática (em casos graves, o uso é contraindicado)	30 a 120mg
	Glimepirida	Diabetes tipo 2	Insuficiência renal	Dose inicial: 1 a 2mg, VO, 1 vez ao dia. Dose de manutenção: 1 a 4mg, VO, 1 vez ao dia
Biguanidas	Metformina	Pré-diabetes Diabetes tipo 1 Diabetes tipo 2	Reação: distúrbios gastrointestinais, náusea, vômito, diarreia, dor abdominal e inapetência; Distúrbios do paladar; Reações cutâneas como eritema, prurido e urticária. Não deve ser usada em pacientes com doença pulmonar grave.	Dose inicial: 500mg, VO, 2 vezes ao dia (no café da manhã e jantar) ou 850mg, VO, no café da manhã
	Metformina XR*			Dose inicial: 500mg, VO, uma vez ao dia (no jantar) ou 850mg, VO, 1 a 3 vezes ao dia

Quadro 2: Características dos medicamentos antidiabéticos, segundo classe, principais representantes, usos terapêuticos, contraindicação e dosagem recomendada.



UNEB  
UNIVERSIDADE DO  
ESTADO DA BAHIA



## TRATAMENTO PARA DIABETES

Classe	Principais representantes	Usos terapêuticos	Contraindicação/precaução	Dose recomendada
Inibidores da $\alpha$ -glicosidase	Arcabose	Adjuvantes da dieta e do exercício em pacientes com diabetes tipo 2	Gravidez, não deve ser utilizado por pacientes com insuficiência renal grave, meteorismo, flatulência e diarreia e doenças intestinais crônicas	50 a 300mg (três tomadas/dia)
Insulinas	Insulina Regular	Diabetes tipo 1 e 2; Hiperglicemia do paciente internado correção ajuda da hiperglicemia	Principal efeito adverso é a diminuição abrupta da glicemia (Hipoglicemia)	A dose é individualizada e determinada de acordo com cada paciente
	Insulina NPH	Fornece insulina no diabetes tipo 1 e 2, reduz a hiperglicemia de jejum no diabetes tipo 2		

Quadro 2: Características dos medicamentos antidiabéticos, segundo classe, principais representantes, usos terapêuticos, contra-indicação e dosagem recomendada (continuação).



FONTE: Adaptada de Goodman e Gilman (2019), Manual do Farmacêutico Hospital Alemão Osvaldo Cruz e Diretrizes Sociedade Brasileira de Diabetes (2019-2020); \*Liberação prolongada, causa menos efeitos adversos.



UNEB  
UNIVERSIDADE DO  
ESTADO DA BAHIA



## Passos para conservação e uso correto de medicamentos



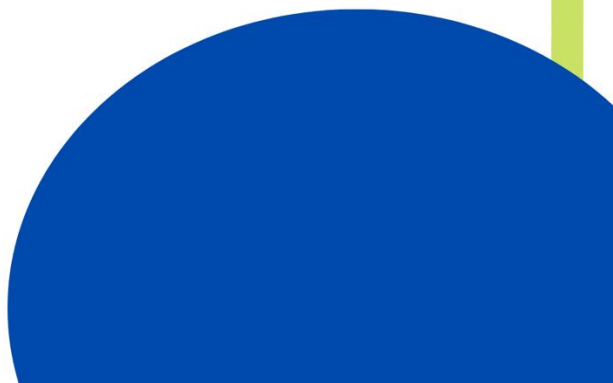
## REFERÊNCIAS

- BARRETO, Ivana Cristina de Holanda Cunha et al. Complexidade e potencialidade do trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde no Brasil contemporâneo. SAÚDE DEBATE | RIO DE JANEIRO, v. 42, ne. 1, p. 114-129, 2018.
- BARROSO, Weimar KunzSebba. et al. Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial – 2020. ArqBrasCardiol. Rio de Janeiro. v. 116, n.3, p.516-658, 2021. Disponível em: <https://repositorio.unesp.br/handle/11449/207940>. Acesso em: 15 nov. 2021.
- BRASIL. Lei nº 13595, de 05 de janeiro de 2018. Altera A Lei Nº 11.350, de 5 de Outubro de 2006, para Dispor Sobre A Reformulação das Atribuições, A Jornada e As Condições de Trabalho, O Grau de Formação Profissional, Os Cursos de Formação Técnica e Continuada e A Indenização de Transporte dos Profissionais Agentes Comunitários de Saúde e Agentes de Combate Às Endemias. Brasília, DF, 05 jan. 2018. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2015-2018/2018/lei/113595.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2018/lei/113595.htm). Acesso em: 16 jan. 2022.
- BRASIL. Lei nº 14536, de 20 de janeiro de 2023. Altera A Lei Nº 11.350, de 5 de Outubro de 2006, A Fim de Considerar Os Agentes Comunitários de Saúde e Os Agentes de Combate Às Endemias Como Profissionais de Saúde, Com Profissões Regulamentadas, Para A Finalidade Que Especifica. Brasília, DF, 20 jan. 2023. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato2023-2026/2023/Lei/L14536.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2023-2026/2023/Lei/L14536.htm). Acesso em: 01 fev. 2023.
- BERMUDEZ, J. A. Z.; BONFIM, J. R. A. (Org.). Medicamentos e a reforma do setor saúde. São Paulo: HUCITEC/SOBRAVIME, 1999. p. 165-178.
- GODMAM E GILMAN. Laurence L. Brunton; RANDA Hilal-Dandan; Jorn C. Knollmann (org). As bases farmacológicas da terapêutica de Godmam e Gilman. 13. ed. Revisão técnica: Almir Lourenço da Fonseca. Porto Alegre: AMGH, 2019.
- LASTE, Gabriela et al. Papel do agente comunitário de saúde no controle do estoque domiciliar de medicamentos em comunidades atendidas pela estratégia de saúde da família. Ciência & Saúde Coletiva, [S.L.], v. 17, n. 5, p. 1305-1312, maio 2012. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/Y5m4T48rtGgs47w5hr9XJDw/?lang=pt>. Acesso em: 22 jan. 2023.
- MALTA, Deborah Carvalho et al. Prevalência de diabetes mellitus de terminada pela hemoglobina glicada na população adulta brasileira, Pesquisa Nacional de Saúde. REV BRAS EPIDEMIOL, v. 22, supl.2, e.190006, 2019.
- MOROSINI, Márcia Valéria; FONSECA, Angélica Ferreira. Os agentes comunitários na Atenção Primária à Saúde no Brasil: inventário de conquistas e desafios. Saúde em Debate, [S.L.], v. 42, n. 1, p. 261-274, set. 2018. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/handle/icict/32156/Morosini%20e%20Fonseca%20ACS%20Invent%20a%20rio%202018.pdf?sequence=2&isAllowed=y>. Acesso em: 15 jun. 2021.
- MUZY, Jéssica et al. Prevalência de diabetes mellitus e suas complicações e caracterização das lacunas na atenção à saúde a partir da triangulação de pesquisas. Cad. Saúde Pública, v.37,v.5, e.00076120, 2021.
- NETO, Américo Lourenço Curvelo et al. Manual Farmacêutico 2021/2022. Hospital Alemão Oswaldo cruz. 7 ed. 2022. Disponível em: <https://www.hospitaleswaldocruz.org.br/wp-content/uploads/2021/01/MANUAL-FARMACEUTICO-2021-22.pdf>. Acesso em 01 de Fev.de 2023.
- NOBRE, Fernando et al. Hipertensão arterial sistêmica primária. Medicina (Ribeirão Preto), v.46, n.3, p. 256-72, 2013. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/rmrp/artic le/view/69136>. Acesso em:30 de nov. 2022.
- SOARES, Raoniet al. Fatores de risco cardiovascular associados à hipertensão arterial sistêmica em escolares. RevPesqFisio, v.8, n.4, p. 478-488, 2018. Disponível em: <https://www5.bahiana.edu.br/index.php/fisioterapia/article/view/2118>. Acesso em: 25 de out. 2020.
- STOPA, SheilaRizzato. et al. Uso de serviços de Saúde para Controle da Hipertensão Arterial e do Diabetes mellitus no Município de São Paulo. Revista Brasileira de Epidemiologia, São Paulo, v.22, p. 1-14, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbepid/a/Sjz7vdZ3DFHZppt5H8b6cSv/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 10 agost.2021.
- TOSTA, Larissa et al. Baixa adesão terapêutica em hipertensão arterial sistêmica: prevalência e fatores associados na atenção básica à saúde. Revista Pesquisa em Fisioterapia, [S.L.], v. 9, n. 1, p. 45-55, 1 fev. 2019. Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública. Disponível em: <https://www5.bahiana.edu.br/index.php/fisioterapia/article/view/2222>. Acesso em 15 de Dez.de 2023.

Cartilha sobre Hipertensão, Diabetes e o uso de medicamentos



**UNEB**  
UNIVERSIDADE DO  
ESTADO DA BAHIA



## 9 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O acesso a medicamentos é uma pauta importante dentro dos sistemas de saúde, é um direito do cidadão garantido perante a constituição federal de 1988 e segundo a OMS se caracteriza como indicador de qualidade. O conceito de acesso a medicamentos se configura como amplo e envolve cinco dimensões muito importantes para entender esse fenômeno de uma forma menos reducionista. Sendo assim, o desafio de gestores municipais e coordenadores da assistência farmacêutica é pensar acesso em meio as tomadas de decisões e nas construções de políticas públicas pautando-se não somente pela dimensão disponibilidade.

A pesquisa aqui apresentada teve como objetivo estimar a prevalência de acesso aos medicamentos para HAS no âmbito da APS, SUS no município de Salvador, Bahia, sob a perspectiva do usuário segundo condições sociais e demográficas.

A análise do acesso total autorreferido pelos usuários da APS evidenciou prevalências de acesso a medicamentos para HAS em conformidade com outros estudos que consideram o acesso elevado no Brasil, mesmo com diferenças metodológicas. A dimensão analisada nesse estudo foi a disponibilidade e a acessibilidade geográfica e observou-se diferenças significativas no resultado de ambas as dimensões. Fato esse que ajuda a estabelecer uma compreensão ampla sobre o medicamento como tecnologia de grande importância no SUS.

Os dados evidenciaram nesse estudo que ser do sexo masculino e ter dificuldade de acesso à unidade de saúde se associaram positivamente com menor acesso. Fortalecer as unidades de saúde para que estejam mais próximas da população prestando um serviço de saúde de qualidade é fortalecer o acesso, bem como procurar estratégias que contribuam para que todos os públicos com necessidades de saúde consigam ter acessibilidade geográfica indo para além da disponibilidade física.

A conjuntura atual das condições de saúde da população com crescente número de pessoas, com múltiplas comorbidades entre elas a HAS que precisam de cada vez mais cuidados de saúde, evidencia a importância dessa temática e como ela deve estar no centro das discussões como tem sido pautado pela OMS.

## REFERÊNCIAS

ALENCAR, Tatiane de Oliveira Silva; Paim, Jairnilson Silva. Reforma Sanitária Brasileira e políticas farmacêuticas: uma análise dos fatos produzidos entre 2003 e 2014. **Saúde debate**. Rio de Janeiro, v. 41, n.e.3, p.45-59, 2017.

ÁLVAREZ, Juliana; GUERRA JUNIOR, Augusto Afonso; ARAÚJO, Vânia Eloisa de; ALMEIDA, Alessandra Maciel, *et al.* Acesso aos medicamentos pelos usuários da atenção primária no Sistema Único de Saúde. Minas Gerais, **Rev Saúde Pública**. Belo Horizonte, v. 51 supl. 2, p. 1-10, 2017a.

ÁLVAREZ, Juliana; ALVES, Maria Cecilia Goi Porto; ESCUDER, Maria Mercedes Loureiro; ALMEIDA Alessandra Maciel, *et al.* Pesquisa Nacional sobre Acesso, Utilização e Promoção do Uso Racional de Medicamentos: métodos. **Rev Saude Publica**. Belo Horizonte, v.51 Supl 2:4s. 2017b.

ARAÚJO, Patrícia Sodr ; COSTA, Ediná Alves; GUERRA JUNIOR, Augusto Afonso; ACURCIO, Francisco de Assis; GUIBU, Ione Aquemi; ÁLVARES, Juliana, COSTA, Karen Sarmiento. Atividades farmacêuticas de natureza clínica na aten o básica no Brasil. **Rev Saude Publica**. n.51, Supl 2:6s. 2017.

BARBOSA, Marcelia Barezzi; PEREIRA, Cláudio Vitorino; CRUZ, Danielle Teles da; LEITE, Isabel Cristina Gonalves. Prevalence and factors associated with alcohol and tobacco use among non-institutionalized elderly persons. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol**. Rio de Janeiro, v. 2, n. 21, p. 123-133, 2018.

BARROS, Rafael Damasceno de; COSTA, Ediná Alves; SANTOS, Djanilson Barbosa dos; SOUZA, Gisélia Santana, *et al.* Acesso a medicamentos: relaes com a institucionalizao da assistência farmacêutica. **Rev. Saúde Pública**, Salvador - Ba, v. 51, supl. 2, n. 8, 2017.

BARRETO, Joslene Lacerda; GUIMARÃES, Maria do Carmo Lessa. Avaliao da gestão descentralizada da assistência farmacêutica básica em municípios baianos, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n.6. p. 1207-1220, 2010.

BARROSO, Weimar KunzSebba. RODRIGUES, Cibele Isaac Saad; BORTOLOTTI, Luiz Aparecido. MOTA-GOMES, Marco Ant nio; BRANDÃO, Andréa Araujo; FEITOSA, Audes Diógenes de Magalhães. MACHADO, Carlos Alberto. Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial – 2020. **ArqBrasCardiol**. Rio de Janeiro. v. 116, n.3, p.516-658, 2021.

Bermudez. Jorge Ant nio Zepeda. **Industria farmacêutica, estado e sociedade. Crítica da política de medicamentosa no Brasil**. São Paulo. HUCITEC/Sobravime, 1995.

BERMUDEZ, Jorge Ant nio Zepeda; OLIVEIRA, Maria Auxiliadora; ESHER, Angela. **Acesso a medicamentos: Derecho Fundamental, papel del Estado**. Rio de Janeiro; Escola Nacional de Saúde Pública, 274 p. 2004.

BRASIL. **Linha de cuidado do adulto com hipertensão arterial sistêmica [recurso eletrônico]** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Primária à Saúde, Departamento de Saúde da Família. – Brasília: Ministério da Saúde, 2021. 85 p.: il.

BRASIL. **Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico**. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis. 1º Ed. Brasília, p.137, 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis. **Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas e Agravos não Transmissíveis no Brasil 2021-2030 [recurso eletrônico]**. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis. – Brasília: Ministério da Saúde, 2021. 118 p.:il.

BRASIL. **O que é Atenção Primária**. Disponível em: <https://aps.saude.gov.br/smp/smpoquee>. Acesso em: 25 de Nov. 2022.

BRASIL. **Assistência Farmacêutica: instruções técnicas para a sua organização/Secretaria de Políticas de Saúde**. Departamento de Atenção Básica. Gerência Técnica de Assistência Farmacêutica - Brasília: Ministério da Saúde, 2001. 114 p. il.

BOING, Alexandra Crispim; BERTOLDI, Andréa Dâmaso; BOING, Antônio Fernando; Bastos, João Luiz; PERES, Karen Glazer. Acesso a medicamentos no setor público: análise de usuários do Sistema Único de Saúde no Brasil. Rio de Janeiro, Cad. **Saúde Pública**, v. 29, n. 4, p. 691-701, abril, 2013.

CARVALHO, Marcelo Felga; PASCOS, Ana Roberta Pati; SOUZA-JÚNIOR, Paulo Roberto Borges; DAMACENA, Giseli Nogueira; SZWARCOWALD, Célia Landmann. Utilization of medicines by the Brazilian population, 2003. **Caderno de Saúde Pública**. v. 21, p.100-1008, 2005.

CAVALCANTE, Luciana Limoeiro Ricarte; ROCHA, Yasmin Pitanga Rode; VIEIRA, João Pedro Azevedo Gonzaga; Andréia de Araújo GUIMARÃES; BRITO, Luciara Leite; FRAGA, Helena Maria Silveira. Comunicação adequada em saúde e adesão terapêutica medicamentosa anti-hipertensiva na atenção primária à saúde. **Práticas e Cuidado: Revista de Saúde Coletiva**, Salvador, v.2, n.e9860, p.1-15, 2021.

COSTA, Ediná Alves; ARAÚJO, Patrícia Sodré; PENAFORTE, Thais Rodrigues; BARRETO, Joslene Lacerda; AUGUSTO JUNIOR, Afonso Guerra; ACURCIO, Francisco de Assis. Concepções de assistência farmacêutica na atenção primária à saúde, Brasil. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 51, supl. 2, 5s, set. 2017a.

COSTA, Ediná Alves. ARAÚJO, Patrícia Sodré; PEREIRA, Marcelo Tavares; Souto, Ana Cristina; Souza, Gisélia Santana; AUGUSTO JUNIOR, Afonso Guerra; ACURCIO, Francisco de Assis. Situação sanitária dos medicamentos na APS no Sistema Único de Saúde. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 51, supl. 2, 12s, jan. 2017b. DOI: <https://doi.org/10.11606/S1518-8787.2017051007106>.

Chwal, Bruna Cristine. REIS, Rodrigo Citton Padilha; SCHMIDT, Maria Inês; BARRETO, DUNCAN, Bruce. Sandhi Maria; GRIEP, Rosane Harter. Levels and correlates of risk factor control in diabetes mellitus –ELSA-Brasil. **Diabetology & Metabolic Syndrome**. Rio grande do Sul, v.15, n.4, p.1-9.

FLOR, Luisa Sorio; CAMPOS, Monica Rodrigues. Prevalência de diabetes *mellitus* e fatores associados na população adulta brasileira: evidências de um inquérito de base populacional. **Rev Bras Epidemiol**, Rio de Janeiro (RJ), v. 20, n.1, p.6-29, Jan, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbepid/a/sHGvt9sy9YdGcGNWXyhh8GL/?lang=pt>. Acesso em: 12 jan. 2021.

GERLACK, Letícia Farias. **Acesso e uso racional de medicamentos na atenção primária à saúde**. 2016. Tese (Promoção, Prevenção e Intervenção em Saúde). Universidade de Brasília faculdade de Cinelândia. Brasília, 2016.

GIOVANELLA, Lígia; MENDONÇA, Maria Helena Magalhães. Atenção Primária à Saúde. In: GIOVANELLA Lígia; ESCOREL, Sara; LOBATO, Laura Vasconcelos Costa; NORONHA, Jose Carvalho; CARVALHO; Antônio Ivo. **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. 2ªed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009. Cap.16, p. 575 – 626.

BRUNTON, Laurence L. (Org.). As Bases farmacológicas da terapêutica de Goodman & Gilman. 13. ed.Porto Alegre: Artmed, 2019, ISBN 9788580556148.

RODACKI, Melanie; TELES, Milena; GABBAY, Monica. Classificação. **Diretriz da Sociedade Brasileira de Diabetes**. Disponível em: <https://diretriz.diabetes.org.br/classificacao-do-diabetes/>. Acesso em: 12 mar. 2022.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo demográfico 2010. Rio de Janeiro: IBGE; 2010. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/>. Acesso em 27 de jun de 2022.

LUIZA, Vera Lucia. Acesso a Medicamentos Essenciais no Rio de Janeiro. 200. Tese (Doutorado) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2003.

LIMA, Juliana Gagno. GIOVANELLA, Ligia; FAUSTO, Márcia Cristina Rodrigues; Aylene Bousquat; SILVA, Edcarlos Vasconcelos. Atributos essenciais da atenção primária à saúde: resultados nacionais do PMAQ-AB. **Saúde debate**. Rio de Janeiro, v. 42, n.e.1, p. 52-66, set. 2018.

MAIA, Helena Fraga; CARMO, Zeila Rocha. Fatores associados à ausência de controle glicêmico em diabéticos atendidos em unidades de atenção primária à saúde. *Revista Pesquisa em Fisioterapia*. São Paulo-SP,v.5, n.3, p.262-271. 2015.

MALTA, Monica; *et al.* Strobeinitiative: guidelinesonreportingobservationalstudies. **Rev Saúde Pública**. v.3, n. 44, p.1-5, 2010.

MALTA, Deborah Carvalho; FONSECA, Renata Patrícia Gonçalves; MACHADO, Ísis Eloah; FREITAS, Maria Imaculada de Fátima; AZEREDO, Cimar; Szwarcwald, LANDMAN, Celia. Prevalência da hipertensão arterial segundo diferentes critérios diagnósticos, Pesquisa Nacional de Saúde. **Revista Brasileira de Epidemiologia**. Rev Bras Epidemiol, Belo Horizonte, 21, E180021. Supl.1, 2018.

MALTA, Deborah Carvalho; DUNCAN, Bruce Bartholow; SCHMIDT, Maria Inês; Machado, Ísis Eloah; SILVA, Alanna Gomes da; BERNAL, Regina Tomie Ivata; Azeredo, Cimar. Prevalência de diabetes mellitus determinada pela hemoglobina glicada na população adulta brasileira, Pesquisa Nacional de Saúde. **Revista Brasileira de Epidemiologia**. Belo Horizonte, n. 22, Sulp. 2, p. 1-13, 2019.

MENGUE, Sotero Serrate; BERTOLDI, Andréa Dâmaso; RAMOS, Luiz Roberto, FARIAS, Marení Rocha, *et al.* Acesso e uso de medicamentos para hipertensão arterial no Brasil. *Rev Saúde Pública*. Porto Alegre. 50 (supl 2):8s, 2016.

MENDES, Luiz Villarinho Pereira; LUIZA, Vera Lucia; CAMPOS, Monica Rodrigues. Uso racional de medicamentos entre indivíduos com diabetes mellitus e hipertensão arterial no município do Rio de Janeiro, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, n. 19, v.6, p.1673-1684, 2014.

MEDRONHO, R *et al.* *Epidemiologia*. 2ª Ed. São Paulo: Atheneu, 2009.

OLIVEIRA, Luciane Cristina Feltrin de; ASSIS, Marluce Maria Araújo; BARBONI, André René. Assistência Farmacêutica no Sistema Único de Saúde: da Política Nacional de Medicamentos à Atenção Básica à Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Feira de Santana, BA. v.15, Supl. 3, p.3561-3567, 2010.

NASCIMENTO, Renata Cristina Rezende Macedo; ÁLVARES, Juliana. GUERRA JUNIOR, Augusto Afonso; GOMES, Isabel Cristina; Costa, Ediná Alves, Leite, Silvana Nair. Disponibilidade de medicamentos essenciais na atenção primária do Sistema Único de Saúde. **Revista Saúde Pública**, Belo Horizonte, v. 51, Supl. 2, 10s, 2017.

OLIVEIRA, Maria Auxiliadora. Luiza, Vera Lucia; TAVARES; Noemia Urruth Leão, SOTERO, Mengue Serrate; ARRAIS, Paulo Sergio Dourado; FARIAS, Marení Rocha. Acesso a medicamentos para doenças crônicas no Brasil: uma abordagem multidimensional. **Rev Saúde Pública**. v.50, supl 2:6s, p. 1-13. 2016.

OLIVEIRA, Gláucia Maria Moraes de; MENDES, Miguel; MALACHIAS, BOLÍVAR, Marcus Vinícius; MORAIS, João. Diretrizes em Hipertensão Arterial para Cuidados Primários nos Países de Língua Portuguesa. **Arq Bras Cardiol**. Rio de Janeiro. v.109. n.5. p.389-396, 2017;

\_\_\_\_\_, 1990. **Lei 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.** Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Leis/L8080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8080.htm). Acesso em 01/05/2020.

\_\_\_\_\_, 2004. **Resolução nº 338 de 6 de maio de 2004. Aprova a Política de Assistência Farmacêutica.** **Diário Oficial da União, Brasília, 2004.** Disponível em: [https://bvsm.sau.gov.br/bvs/sau delegis/cns/2004/res0338\\_06\\_05\\_2004.html](https://bvsm.sau.gov.br/bvs/sau delegis/cns/2004/res0338_06_05_2004.html). Acesso em: 30 de Out. 2022.

\_\_\_\_\_. **O que é Atenção Primária?** Ministério da saúde. Secretaria de Atenção Primária a Saúde. Disponível em: <https://aps.sau.gov.br/smp/smpoquee>. Acesso em: 12 mar. 2022.  
Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. **Aprovar as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Ministério da saúde.** Conselho Nacional de Saúde. Diário oficial nº 12, 13 de jun. de 2013 – Seção 1 – Página 59.

OLIVEIRA, Maria Auxiliadora; Luiza Vera Lucia; TAVARES Noemia Urruth Leão; MENGUE, Sotero Serrate; ARRAIS, Paulo Sergio Dourado; FARIAS, Marení Rocha, *et al.* Acesso a medicamentos para doenças crônicas no Brasil: uma abordagem multidimensional. *Rev Saude Publica*. Rio de Janeiro, RJ. v.50, supl 2:6s, 2016.

OMS. Organização Mundial de Saúde. **Cuidados Primários de Saúde**. Relatório da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde. Alma-Ata, URSS. Setembro, 1978. UNICEF, 1979.

\_\_\_\_\_, 1998. **Portaria nº 3.916, de 30 de outubro de 1998**. Aprova a Política Nacional de Medicamentos. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 1998. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_medicamentos.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_medicamentos.pdf). Acesso em: 15 de nov. 2020.

PANIZ, Vera Maria Vieira, FASSA, Ana claudia Gastal; FACCHINI, Luiz Augusto; BERTOLDI, Andréa Dâmaso; PICCINI, Roberto Xavier. TOMASI, Elaine. THUMÉ, Elaine. Acesso a medicamentos de uso contínuo em adultos e idosos nas regiões Sul e Nordeste do Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.24, n.2, p. 267-280, fev. 2008.

\_\_\_\_\_. Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas e Agravos não Transmissíveis no Brasil 2021-2030 [recurso eletrônico], – Brasília, 2021.

PENCHANSKY R, THOMAS JW. The concept of access: definition and relation shipto consumer satisfaction. **Med Care**, Porto Alegre, n. 19, v. 2, p. 127-40, 1981.

KATREIN, Flávia; TEJADA, Cesar Augusto Oviedo; RESTREPO-MÉNDEZ, Maria Clara; BERTOLDI, Andréa D. Desigualdade no acesso a medicamentos para doenças crônicas em mulheres brasileiras. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, n.31,v.7, p.1416-1426, 2015.

SBC. Sociedade Brasileira de Cardiologia. **7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial**. São Paulo. v. 107, n.3, Supl. 3, Set. 2016.

SBD. Sociedade Brasileira de Diabetes. **Diretriz da Sociedade Brasileira de Diabetes 2019-2020**. Disponível em: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/biblioteca/diretrizes-da-sociedade-brasileira-de-diabetes-2019-2020/>. Acesso em: 24 mar. 2021.

SOUZA, Gisélia Santana; COSTA, Ediná Alves; BARROS, Rafael Damasceno; PEREIRA, Marcelo Tavares; BARRETO, Joslene Lacerda; GUERRA JUNIOR, Augusto Afonso. *et al.* Caracterização da institucionalização da assistência farmacêutica na APS no Brasil. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 51, supl. 2, n. 7, 2017. Disponível em: [http://www.scielo.br/pdf/rsp/v51s2/pt\\_0034-8910-rsp-S1518-51-s2-87872017051007135.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rsp/v51s2/pt_0034-8910-rsp-S1518-51-s2-87872017051007135.pdf). Acesso em: 18 dez. de 2017.

SCHENKEL, Eloir Paulo; RECH, Norberto; FARIAS, Marení Rocha; SANTOS, Rosana Isabel. SIMÕES, Cláudia Maria Oliveira. Assistência farmacêutica. In: Brasil. Contribuições para a Agenda de Prioridades de Pesquisa/Ministério da Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004. 306 p.: il.

SZWARCWALD, Célia Landmann; MALTA, Deborah Carvalho; PEREIRA, Cimar Azeredo; VIEIRA, PONTES, Maria Lucia França; CONDE, Wolney Lisboa; SOUZA JÚNIOR, Paulo Roberto Borges. Pesquisa Nacional de Saúde no Brasil: concepção e metodologia de aplicação. **Ciência & Saúde Coletiva**, n.19, v.2, p.333-342, 2014.

STOPA, Sheila Rizzato. CESAR, Chester Luiz Galvão; ALVES, Maria Cecília Goi Porto; BARROS, Marilisa Berti de Azevedo; GOLDBAUM, Moisés. Uso de serviços de Saúde para Controle da Hipertensão Arterial e do Diabetes mellitus no Município de São Paulo. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v.22, p. 1-14, 2019.

THEME, Mariza Miranda Filha; Souza Junior, Paulo Roberto Borges; DAMACENA, Giseli Nogueira; Szwarcwald, Celia Landmann; Prevalência de doenças crônicas não transmissíveis e associação com autoavaliação de saúde: Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. **Revista Brasileira de Epidemiologia**. v. 18, sup.2, p.83-96, 2015.

WHO. World Health Organization. **Preventing chronic diseases a vital investment**. Geneva; 2005. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/43328>. Acesso em: 15 mar. 2021.

WHO. World Health Organization. **Global status report on noncommunicable diseases**. p. 1-161. 2010.

WHO. World Health Organization. **Essential medicines and basic health technologies for noncommunicable diseases: towards a set of actions to improve equitable access in Member States**. p. 1-29, 2015.

WHO. World Health Organization. **Enfermedades no transmisibles**. Disponível em: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>. Acesso em: 8 Dez. 2021.

## APÊNDICE

### APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO



**UNIVERSIDADE DO ESTADO DA BAHIA  
DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS DA VIDA – DCV 1  
UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA  
INSTITUTO DE SAÚDE COLETIVA**



#### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO

ESTA PESQUISA SEGUIRÁ OS CRITÉRIOS DE ÉTICA EM PESQUISA COM SERES HUMANOS CONFORME RESOLUÇÃO Nº 466 DO CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE.

#### **ORIENTAÇÕES GERAIS:**

##### **I – DADOS SOBRE A PESQUISA:**

**TÍTULO DO PROTOCOLO DE PESQUISA:** Assistência farmacêutica na atenção básica: Um estudo de natureza avaliativa no município de Salvador.

**PESQUISADORES RESPONSÁVEIS:** Patrícia Sodrê Araújo e Yara Oyram

##### **II – EXPLICAÇÕES DO PESQUISADOR AO PARTICIPANTE SOBRE A PESQUISA:**

O (a) senhor (a) está sendo convidada (a) a participar da pesquisa intitulada assistência farmacêutica na atenção básica: Um estudo de natureza avaliativa no município de Salvador, cujo objetivo é **Avaliar a organização da assistência farmacêutica no município de Salvador.**

A realização desta pesquisa trará ou poderá trazer benefícios para os usuários do SUS em relação às melhorias no acesso a medicamentos e nos serviços farmacêuticos oferecidos no SUS, mesmo que indiretamente. Caso aceite, o senhor (a) terá que responder a um questionário semiestruturado que avaliado pela equipe de pesquisadores da universidade do Estado da Bahia e do Instituto de Saúde Coletiva da UFBA.

Durante a coleta de informações, o senhor poderá a qualquer momento interromper a pesquisa caso não se sinta constrangido ou mesmo lembrar algum momento de tristeza na sua vida. Sua participação é voluntária e não haverá nenhum gasto ou remuneração resultante dela. Garantimos que sua identificação será tratada com sigilo e, portanto, o Sr (a) não será identificado. Caso queira, o senhor (a) poderá, a qualquer momento, desistir de participar e retirar sua autorização. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com a pesquisadora ou com a instituição. Quaisquer dúvidas que o (a) senhor (a) apresentar serão esclarecidas pela pesquisadora e o Sr (a) caso queira, poderá entrar em contato também com o comitê de ética da Universidade do Estado da Bahia. O (a) senhor (a) receberá uma cópia deste termo onde consta o contato dos pesquisadores, que poderão tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento.

##### **III – INFORMAÇÕES DE NOMES, ENDEREÇOS E TELEFONES DOS RESPONSÁVEIS PELO ACOMPANHAMENTO DA PESQUISA, PARA CONTATO EM CASO DE DUVIDAS.**

##### **PESQUISADORES RESPONSÁVEIS:**

<b>Patricia Sodré Araújo</b>	<b>Yara Oyram</b>
<b>Endereço:</b> Rua Silveira Martins, nº 2555, cabula – Salvador – BA /Cep: 41.150-000	<b>Endereço:</b> R. Basilio da gama, 316 – Canela – Salvador- BA /Cep: 41.150-000
<b>Telefone:</b> (71)3117-2200	<b>Telefone:</b> (71)32837373
<b>E-mail:</b> psaraujo@uneb.br	<b>E-mail:</b> oyram@ufba.br

**COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA – CEP/UNEB** Rua Silveira Martins, nº 2555, cabula – Salvador – BA /Cep: 41.150-000 Tel. 71 3117 – 2445 e –mail: [cepuneb@uneb.br](mailto:cepuneb@uneb.br)

**COMISSÃO NACIONAL DE ÉTICA EM PESQUISA – CONEP SEPN 510 NORTE, BLOCO A 1º SUBSOLO, EDIFÍCIO EX-INAN – UNIDADE II – MINISTÉRIO DA SAÚDE CEP: 70750-521 – BRASÍLIA – DF.**

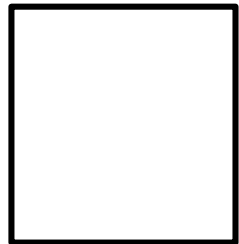
Pesquisa submetida ao comitê de ética em pesquisa com seres humanos da Universidade do Estado da Bahia, aprovado sob CAEE93991118.5.0000.0057, parecer nº 2.791.392 em 31 de julho de 2018, consulta disponível no link: <https://plataformabrasil.saude.gov.br/login.js>

**APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO PÓS ESCLARECIDO****CONSENTIMENTO PÓS-ESCLARECIDO**

Declaro que, após ter sido devidamente esclarecido pelo pesquisador (a) sobre os objetivos, benefícios da pesquisa e riscos de minha participação na pesquisa intitulada **Avaliar a organização da Assistência Farmacêutica no município de Salvador**, e ter entendido o que me foi explicado, concordo em participar sob livre e espontânea vontade, como voluntário consinto que os resultados obtidos sejam apresentados e publicados em eventos e artigos científicos desde que a minha identificação não seja realizada e assinarei este documento em duas vias sendo uma destinada ao pesquisador e outra a via que a mim.

Salvador, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2018.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do participante da pesquisa



\_\_\_\_\_  
Assinatura do pesquisador discente Assinatura do professor responsável  
(orientador) (orientador)

**APÊNDICE C – QUESTIONÁRIO SEMIESTRUTURADO DE USUÁRIO****UNIVERSIDADE DO ESTADO DA BAHIA****DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS DA VIDA – DCV****UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA****INSTITUTO DE SAÚDE COLETIVA – ISC****QUESTIONÁRIO PARA PESQUISA DE CAMPO****USUÁRIO**

Horário de Início da entrevista |\_\_|:|\_\_\_\_\_|

Horário Final da entrevista |\_\_|:|\_\_\_\_\_|

Data da entrevista |\_\_\_\_\_|/|\_\_\_\_\_|/|\_\_\_\_\_|

**Informações para o(a) participante voluntário (a):**

Você está convidado (a) a responder este questionário anônimo que faz parte da coleta de dados da pesquisa **ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA NA ATENÇÃO BÁSICA: UM ESTUDO DE NATUREZA AVALIATIVA NO MUNICÍPIO DE SALVADOR** sob responsabilidade da pesquisadora Prof. PATRÍCIA SODRÉ pertencente à Universidade Estadual da Bahia (UNEB). Caso você concorde em participar da pesquisa, leia com atenção os seguintes pontos:

- a)** Você é livre para, a qualquer momento, recusar-se a responder às perguntas que lhe ocasionem constrangimento de qualquer natureza;
- b)** Você pode deixar de participar da pesquisa e não precisa apresentar justificativas para isso;
- c)** Sua identidade será mantida em sigilo;
- d)** Caso você queira, poderá ser informado (a) de todos os resultados obtidos com a pesquisa, independentemente do fato de mudar seu consentimento em participar da pesquisa.

**I - INFORMAÇÕES DO ENTREVISTADO****II - DOENÇAS CRÔNICAS**

01	Nome:	
02	Unidade que recebe atendimento	
03	Distrito:	
04	Sexo:	1 [ ] Feminino 2 [ ] Masculino
05	Qual a idade:	
06	É casado ou vive com companheiro?	1 [ ] Sim 2 [ ] Não, mais já viveu antes 3 [ ] Nunca viveu
07	A sua cor é:	1 [ ] Branca 2 [ ] Preta 3 [ ] Amarela 4 [ ] Parda 5 [ ] Indígena
08	Até que série e grau o (a) Sr (a) estudou?	
	1º grau ou fundamental ou supletivo de primeiro grau ou EJA	1 [ ] 2 [ ] 3 [ ] 4 [ ] 5 [ ] 6 [ ] 7 [ ] 8 [ ] 9 [ ]
	2º grau ou colégio técnico ou normal ou	1 [ ] 2 [ ] 3 [ ]

	científico ou ensino médio ou supletivo de segundo grau ou EJA	
	3º grau ou curso superior	<input type="checkbox"/> completo <input type="checkbox"/> Incompleto
	Pós-graduação Colocar maior titulação	<input type="checkbox"/> Especialização <input type="checkbox"/> Mestrado <input type="checkbox"/> Doutorado
	Nunca estudou	
	NS/NR	

**Agora, vou fazer algumas perguntas sobre a sua saúde.**

### HIPERTENSÃO

9	Algum médico já lhe disse que o (a) Sr(a) tem hipertensão tensão ou pressão alta	1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não => Passe para 14
10	O(a) Sr(a) está tomando algum remédio para a pressão alta? O(a) Sr(a) está tomando algum remédio para a pressão alta?	1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não => Passe para 14
11	Qual(is)?	*Listar abaixo os remédios*

NOME 99 = Não sabe/Não lembra	CONCENTRAÇÃO <i>*Anotar apenas os números*</i>	UNIDADES POR VEZ	VEZES POR DIA	Quantas vezes esqueceu de tomar na última semana?	COMO ESTE REMÉDIO FUNCIONA? 1 – Bem 2 – Mais ou menos 3 – Não muito bem
<b>Remédio 1</b>					
<b>Remédio 2</b>					
<b>Remédio 3</b>					
<b>12</b>	Nos últimos 30 dias, o(a) Sr(a) ficou sem algum desses remédios por algum tempo?			1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não=> <b>Passe para 14</b> 9 <input type="checkbox"/> NS/NR => <b>Passe para 14</b>	
<b>13</b>	Qual(is)? <i>*Preencha os campos correspondentes aos remédios que o entrevistado relatou que deixou de tomar*</i>				
	<b>Identificação</b>	<b>Por quanto tempo</b>		<b>POR QUÊ?</b>	
	<input type="checkbox"/> REMÉDIO 1	_ _	<input type="checkbox"/> dia <input type="checkbox"/> sem <input type="checkbox"/> mês		
	<input type="checkbox"/> REMÉDIO 2	_ _	<input type="checkbox"/> dia <input type="checkbox"/> sem <input type="checkbox"/> mês		
	<input type="checkbox"/> REMÉDIO 3	_ _	<input type="checkbox"/> dia <input type="checkbox"/> sem <input type="checkbox"/> mês		

## DIABETES

14	Alguns médicos já lhe disseram que o (a) Sr(a) tem diabetes ou açúcar alto no sangue?	1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não => Passe para 14
15	O(a) Sr(a) está tomando algum remédio, que não seja insulina para diabetes?	1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não => Passe para 14
16	Qual(is)?	*Listar abaixo os remédios*

NOME 99 = Não sabe/Não lembra	CONCENTRAÇÃO *Anotar apenas os números*	UNIDADES POR VEZ	VEZES POR DIA	Quantas vezes esqueceu de tomar na última semana?	COMO ESTE REMÉDIO FUNCIONA? 1 – Bem 2 – Mais ou menos 3 – Não muito bem
<b>Remédio 1</b>					
<b>Remédio 2</b>					
<b>Remédio 3</b>					
<b>17</b>	Nos últimos 30 dias, o(a) Sr(a) ficou sem algum desses remédios por algum tempo?			1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não => <i>Passe para 14</i> 9 <input type="checkbox"/> NS/NR => <i>Passe para 14</i>	
<b>18</b>	Qual(is)? *Preencha os campos correspondentes aos remédios que o entrevistado relatou que deixou de tomar*				
	<b>Identificação</b>	<b>Por quanto tempo</b>		<b>POR QUÊ?</b>	
	<input type="checkbox"/> REMÉDIO 1		<input type="checkbox"/> dia <input type="checkbox"/> sem <input type="checkbox"/> mês		
	<input type="checkbox"/> REMÉDIO 2		<input type="checkbox"/> dia <input type="checkbox"/> sem <input type="checkbox"/> mês		
	<input type="checkbox"/> REMÉDIO 3		<input type="checkbox"/> dia <input type="checkbox"/> sem <input type="checkbox"/> mês		
<b>19</b>	O(a) Sr(a) usa insulina?		1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não => <i>Passe para 22</i>		
<b>20</b>	Quantas vezes ao dia?		1 <input type="checkbox"/> Apenas uma vez 2 <input type="checkbox"/> Duas ou mais vezes => <i>Passe para 22</i> 9 <input type="checkbox"/> Tantas quanto necessário => <i>Passe para 22</i>		
<b>21</b>	Qual horário?		1 <input type="checkbox"/> Manhã 2 <input type="checkbox"/> Noite 3 <input type="checkbox"/> Outro		

### III - SERVIÇOS DE SAÚDE E FARMÁCIA

70	Nos últimos 3 meses, o(a) Sr(a) procurou por algum medicamento nesta UBS?	1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não => Passe para 73 3 <input type="checkbox"/> Primeira vez na UBS 9 <input type="checkbox"/> NS/NR => Passe para 73
71	O(a) Sr(a) conseguiu os remédios que procurava na farmácia da UBS?	1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não => Passe para 74 9 <input type="checkbox"/> NS/NR => Passe para 74

### V – ESTILO DE VIDA

**Agora, vou fazer algumas perguntas sobre o seu dia-a-dia.**

<b>Prática de atividade física:</b>		
<b>103</b>	Nos últimos três meses, o (a) Sr (a) praticou algum tipo de exercício físico ou esporte? <i>*não considere fisioterapia*</i>	1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não => <b>Passar para 108</b>
<b>104</b>	Quantos dias por semana o(a) Sr (a) costuma praticar exercício físico ou esporte?	___ dias ( <i>0 se menos do que um dia</i> ) Se 0 => <b>Passar para 108</b>
<b>105</b>	Qual é o exercício físico ou esporte que o(a) Sr(a) pratica com mais frequência? <i>*Anotar apenas o primeiro citado*</i>	1 <input type="checkbox"/> Caminhada (não vale para o trabalho) => <b>Passar para 107</b> 2 <input type="checkbox"/> Caminhada em esteira => <b>Passar para 107</b> 3 <input type="checkbox"/> Corrida => <b>Passar para 107</b> 4 <input type="checkbox"/> Corrida em esteira => <b>Passar para 107</b> 5 <input type="checkbox"/> Musculação => <b>Passar para 107</b> 6 <input type="checkbox"/> Hidroginástica => <b>Passar para 107</b> 7 <input type="checkbox"/> Ginástica em geral => <b>Passar para 107</b> 8 <input type="checkbox"/> Natação => <b>Passar para 107</b> 9 <input type="checkbox"/> Bicicleta => <b>Passar para 107</b> 10 <input type="checkbox"/> Futebol => <b>Passar para 107</b> 11 <input type="checkbox"/> Dança => <b>Passar para 107</b> 12 <input type="checkbox"/> Outro
<b>106</b>	Se outro, qual:	
<b>107</b>	Em geral, no dia que o(a) Sr(a) faz caminhada, pratica exercício ou esporte, quanto tempo dura esta atividade?	___ horas ___ minutos

<b>DIETA</b>		
<b>112</b>	O(a) Sr(a) está fazendo alguma dieta para perder peso?	1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não
<b>113</b>	O(a) Sr(a) faz alguma dieta para reduzir o consumo de sal?	1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não
<b>114</b>	O(a) Sr(a) faz alguma dieta para reduzir o consumo de gordura?	1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não
<b>115</b>	O(a) Sr(a) faz alguma dieta para reduzir o açúcar?	1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não
<b>116</b>	O(a) Sr(a) faz uso de algum adoçante na sua dieta?	1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não
<b>Se sim para alguma das 5 perguntas acima:</b>		
<b>117</b>	Qual principal motivo que levou o (a) Sr(a) fazer esta dieta?	1 <input type="checkbox"/> Por aconselhamento médico ou de nutricionista => <b>Passar para 119</b> 2 <input type="checkbox"/> Por decisão própria => <b>Passar para 121</b>
<b>118</b>	Se outro, qual:	
<b>119</b>	Para qual problema de saúde recebeu esta recomendação?	- <input type="checkbox"/> Hipertensão => <b>Passar para 121</b> - <input type="checkbox"/> Diabetes => <b>Passar para 121</b> - <input type="checkbox"/> Doença do coração => <b>Passar para 121</b> - <input type="checkbox"/> Colesterol alto => <b>Passar para 121</b> - <input type="checkbox"/> AVC (acidente vascular cerebral) => <b>Passar para 121</b> - <input type="checkbox"/> Doença pulmonar crônica => <b>Passar para 121</b> - <input type="checkbox"/> Artrite ou reumatismo => <b>Passar para 121</b> - <input type="checkbox"/> Depressão => <b>Passar para 121</b>
<b>120</b>	Se outro, qual:	- <input type="checkbox"/> Outro

## VI-PLANO DE SAÚDE

Agora vou fazer algumas perguntas referentes a planos de saúde.

<b>121</b>	O(a) Sr(a) tem plano de saúde ou convênio médico?	1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não => <b>Passar para 128</b> 3 <input type="checkbox"/> Não sabe => <b>Passar para 128</b>
<b>122</b>	Qual o nome do(s) plano(s) de saúde ou convênio(s)?	
<b>123</b>	O(a) Sr(a) é o titular deste plano?	1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não
<b>O(s) plano(s) ou convênio(s) cobre(m):</b>		
<b>124</b>	Consulta médica? <i>*COPAGAMENTO: O entrevistado paga apenas uma parte da consulta*</i>	1 <input type="checkbox"/> Não 2 <input type="checkbox"/> Tenho desconto no preço 3 <input type="checkbox"/> O plano cobre, mas tem copagamento 4 <input type="checkbox"/> O plano cobre integral 5 <input type="checkbox"/> Eu pago e o plano reembolsa 9 <input type="checkbox"/> NS/NR
<b>125</b>	Internação? <i>*COPAGAMENTO: O entrevistado paga apenas uma parte da internação*</i>	1 <input type="checkbox"/> Não 2 <input type="checkbox"/> Tenho desconto no preço 3 <input type="checkbox"/> O plano cobre, mas tem copagamento

		4 <input type="checkbox"/> O plano cobre integral 5 <input type="checkbox"/> Eu pago e o plano reembolsa 9 <input type="checkbox"/> NS/NR
126	Exames? *COPAGAMENTO: O entrevistado paga apenas uma parte do exame*	1 <input type="checkbox"/> Não 2 <input type="checkbox"/> Tenho desconto no preço 3 <input type="checkbox"/> O plano cobre, mas tem copagamento 4 <input type="checkbox"/> O plano cobre integral 5 <input type="checkbox"/> Eu pago e o plano reembolsa 9 <input type="checkbox"/> NS/NR
127	Medicamentos (fora da internação)? *COPAGAMENTO: O entrevistado paga apenas uma parte do medicamento*	

## VII-INFORMAÇÕES SOBRE O DOMICÍLIO

Agora, preciso de algumas informações sobre seu domicílio.

BENS DOMÉSTICOS						
Vou lhe apresentar um conjunto de itens e gostaria de saber quais existem em seu domicílio. Para cada item que o(a) Sr(a) responder sim, vou lhe perguntar a quantidade.						
128	Neste domicílio o(a) Sr(a) tem:	<b>Quantidade</b>				
		<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4+</b>
129	Televisão em cores					
130	142 Quantas pessoas moram neste domicílio?		___ ___	pessoas		
131	143 Banheiro (não considerar o caso de mais de uma habitação, para lavatório) e outros cômodos existem neste domicílio?		99 =	NS/NR		
132	144 Automóvel (de uso particular, área de serviço e demais divisões)		___ ___	pessoas		
133	145 Empregada mensalista (trabalhar pelo menos 5 dias por semana)?		99 =	NS/NR		
134	146 Máquina de lavar roupa (não considerar o <b>Este domicílio:</b> )					
135	147 Mídias cassete?		1 <input type="checkbox"/>	Sim =>	<b>Passar para 148</b>	
136	148 Mídias CD?		2 <input type="checkbox"/>	Não		
137	149 Freezer (aparelho independente ou parte da geladeira)		9 <input type="checkbox"/>	NS/NR =>	<b>Passar para 148</b>	
138	150 Geladeira		1 <input type="checkbox"/>	Sim =>	<b>Passar para 148</b>	
139	151 Micoondas		2 <input type="checkbox"/>	Não		
140	152 Motocicleta		9 <input type="checkbox"/>	NS/NR =>	<b>Passar para 148</b>	
141	153 Secadora de roupa		1 <input type="checkbox"/>	Sim		
			2 <input type="checkbox"/>	Não		
			9 <input type="checkbox"/>	NS/NR		
148	154 Qual é a letra correspondente a renda mensal total dos moradores do seu domicílio? <b>Para concluir, gostaria de fazer uma última pergunta:</b> *entregar tabela de renda ao entrevistado*		1 <input type="checkbox"/>	A		
			2 <input type="checkbox"/>	B		
			3 <input type="checkbox"/>	C		
161	155 Em geral, como o(a) Sr(a) avalia sua saúde?		1 <input type="checkbox"/>	Muito boa		
			2 <input type="checkbox"/>	Bom		
			3 <input type="checkbox"/>	Regular		
			4 <input type="checkbox"/>	Ruim		
			5 <input type="checkbox"/>	Muito ruim		
			6 <input type="checkbox"/>	A		
			7 <input type="checkbox"/>	B		
			8 <input type="checkbox"/>	C		
			9 <input type="checkbox"/>	D		
			10 <input type="checkbox"/>	E		
			11 <input type="checkbox"/>	F		
			12 <input type="checkbox"/>	G		
			13 <input type="checkbox"/>	H		
			99 <input type="checkbox"/>	NS/NR		
149	156 O domicílio possui água encanada?		1 <input type="checkbox"/>	Sim		