

Prevalência de uso e fontes de obtenção de medicamentos anti-hipertensivos no Brasil: análise do inquérito telefônico VIGITEL

Prevalence of use and sources of antihypertensive medicine in Brazil: an analysis of the VIGITEL telephone survey

Veronica Batista Gomes Leitão¹ , Vivian Castro Lemos¹ ,
Priscila Maria Stolses Bergamo Francisco¹ , Karen Sarmiento Costa¹ 

RESUMO: *Objetivo:* A prevalência de hipertensão arterial no Brasil e no mundo vem aumentando nas últimas décadas, sendo o uso de medicamentos uma das estratégias utilizadas no controle da doença. O objetivo deste estudo foi estimar a prevalência de uso e identificar as fontes de obtenção de anti-hipertensivos no Brasil, segundo variáveis sociodemográficas, comparando três períodos: 2011, 2014 e 2017. *Métodos:* Foram utilizados dados de indivíduos com idade ≥ 20 anos que referiram diagnóstico médico de hipertensão arterial, entrevistados pelo Vigitel nos anos de 2011, 2014 e 2017. Foi estimada a distribuição de frequências e as prevalências de uso de medicamentos, segundo variáveis sociodemográficas, de acordo com as fontes de obtenção, com intervalos de confiança de 95%. As diferenças entre as proporções foram verificadas pelo teste χ^2 de Pearson (Rao-Scott), com nível de significância de 5%. *Resultados:* A prevalência de uso manteve-se estável (80%). Quanto às fontes de obtenção observou-se variação no período, indicando diminuição na obtenção por meio das Unidades de Saúde do SUS (44,2% em 2011; 30,5% em 2017). Esse decréscimo esteve acompanhado do aumento na obtenção pela Farmácia Popular (16,1% em 2011; 29,9% em 2017). A prevalência de obtenção por meio de farmácias privadas/drogarias mostrou estabilidade no período. *Conclusões:* A prevalência de uso de medicamentos se manteve alta e houve modificação no padrão de utilização segundo fontes de obtenção, evidenciando migração entre Unidades de Saúde do SUS para a Farmácia Popular, sugerindo redução da disponibilidade dos medicamentos pelas farmácias públicas de forma universal e gratuita.

Palavras-chave: Uso de Medicamentos. Acesso aos Serviços de Saúde. Hipertensão. Sistema de Vigilância de Fator de Risco Comportamental.

¹Departamento de Saúde Coletiva, Universidade Estadual de Campinas – Campinas (SP), Brasil.

Autor correspondente: Veronica Batista Gomes Leitão. Rua Arlindo Agostinho de Lira, 1, Chácara Gargantilha, CEP: 13098-837, Campinas (SP), Brasil. E-mail: vebgomes@gmail.com

Conflito de interesses: nada a declarar – **Fonte de financiamento:** nenhuma.

ABSTRACT: *Objective:* The prevalence of hypertension in Brazil and worldwide has been increasing in recent decades, and drug therapy is one of the strategies used to control this condition. The objective of this study was to estimate the prevalence of use and identify the sources for obtaining antihypertensive drugs in Brazil, according to sociodemographic variables, comparing three periods: 2011, 2014 and 2017. *Methods:* Data from individuals aged ≥ 20 years who reported a medical diagnosis of hypertension, interviewed by Vigitel in 2011, 2014 and 2017 were used. Frequency and prevalence of drug use in addition to the sources for obtaining medication were estimated by sociodemographic variables, with 95% confidence intervals. The differences between proportions were verified by Pearson's chi-square test (Rao-Scott), with a significance level of 5%. *Results:* The prevalence of antihypertensive drug use remained stable (80%). Regarding the sources for obtaining these medicines, there was variation in the period, indicating a decrease in usage through the Brazilian Unified Health System (SUS) (44.2% in 2011; 30.5% in 2017). This decrease was accompanied with increase in PFPB (16.1% in 2011; 29.9% in 2017). The prevalence of other sources for obtaining medicine (private pharmacies/drugstores) showed stability in the period. *Conclusions:* The prevalence of medication use remained high and there was a change in the pattern of use according to sources, demonstrating migration between SUS pharmacies to the PFPB, and suggesting a reduction in the availability of medicines from public pharmacies universally, and for free.

Keywords: Drug Utilization. Health Services Accessibility. Hypertension. Behavioral Risk Factor Surveillance System.

INTRODUÇÃO

As doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) foram responsáveis por 71% do total de 57 milhões de mortes ocorridas no mundo em 2016^{1,2}. Dados de 2014 apontam que aproximadamente 75% das mortes por DCNT ocorrem em países de baixa e média renda, sendo 40% consideradas mortes prematuras (antes dos 70 anos)³. A hipertensão arterial é o principal fator de risco para doenças cardiovasculares e com impacto importante na mortalidade por DCNT⁴. No Brasil, em 2016, mais de 975 mil mortes foram atribuídas às DCNT, o que representa 74% do total de mortes nesse ano, 28% decorrentes de doenças cardiovasculares⁵.

A prevalência global de hipertensão arterial em adultos (≥ 18 anos) foi de cerca de 22% em 2014, variando de 30% no continente africano a 18% nas Américas³. Segundo dados da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) de 2013, a prevalência de hipertensão referida pela população brasileira adulta foi de 21,4%⁶, resultados semelhantes aos obtidos pelo inquérito Vigitel que apontou prevalências de 22,7% em 2011, atingindo 24,3% em 2017, considerando as 27 cidades objetos de estudo⁷⁻⁹ e indicando, portanto, que aproximadamente um em cada quatro adultos no Brasil é hipertenso.

O objetivo primordial do tratamento da hipertensão arterial é a redução da morbidade e da mortalidade cardiovasculares, logo, os tratamentos propostos devem não apenas reduzir a pressão arterial, mas também os eventos cardiovasculares fatais e não fatais e, se possível, a taxa de mortalidade¹⁰. O manejo adequado da hipertensão é vital para amenizar as possíveis incapacidades e perda de qualidade de vida, além do aumento de custos dos sistemas de saúde, com importante impacto socioeconômico^{4,11,12}. Para tanto, a abordagem terapêutica

inclui medidas não medicamentosas e o uso de fármacos anti-hipertensivos, a fim de reduzir a pressão arterial, proteger órgãos-alvo e prevenir desfechos cardiovasculares e renais^{5,11}.

Com base na definição de saúde como direito constitucional, a garantia universal à assistência terapêutica integral, incluindo o acesso gratuito aos medicamentos, é um dever do Estado Brasileiro^{13,14}. Com o avanço das políticas relacionadas à assistência farmacêutica a partir de 1998, assegurar à população a disponibilização do medicamento passou integrar as agendas de prioridades em saúde¹⁵⁻¹⁷, entre elas, promover e ampliar o acesso gratuito pelo SUS, o que motivou a criação do Programa Farmácia Popular do Brasil (PFPB), contemplando inicialmente apenas a modalidade rede própria e depois em convênio com farmácias privadas, inaugurando o sistema de copagamento no país em 2006, por meio da modalidade “Aqui Tem Farmácia Popular” (ATFP). O PFPB, instituído pelo Decreto nº 5.090/2004, foi criado pela necessidade de promover a universalidade do acesso aos medicamentos, diminuindo a repercussão desses gastos no orçamento familiar¹⁸⁻²². Desde 2011 fornece medicamentos anti-hipertensivos gratuitamente em ambas modalidades. As fontes para obtenção dos medicamentos anti-hipertensivos no Brasil podem ser subdivididas em farmácias privadas e/ou drogarias, mediante pagamento integral com financiamento do próprio bolso; farmácias públicas, prioritariamente aquelas das unidades básicas, cujo financiamento é tripartite (Federal, Estadual e Municipal) e por meio do PFPB.

Prover tratamento medicamentoso adequado para as DCNT, entre elas a hipertensão, a fim de reduzir a mortalidade precoce por essas doenças, é um dos objetivos para o desenvolvimento sustentável definidos pela Organização Mundial da Saúde (OMS) a serem alcançados até 2030². O relato do uso de anti-hipertensivos entre os hipertensos nas capitais brasileiras em 2013 foi de 81,4%⁶, indicando que uma grande parcela de indivíduos com essa condição vem acessando às diversas modalidades existentes no país para a obtenção desses medicamentos. Em 2011, o Ministério da Saúde elaborou o Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das DCNT (2011–2022), que prevê, entre outras medidas, a ampliação do acesso aos medicamentos gratuitos para hipertensão e diabetes²³. Para verificar a efetivação dessas ações, faz-se necessário monitoramento de indicadores, tais como o uso de medicamentos e suas diferentes fontes de obtenção, a fim de identificar a gratuidade no acesso a tais medicamentos.

Considerando que o Vigitel compõe o sistema de vigilância de fatores de risco de DCNT do Ministério da Saúde e incorporou em 2011 questões relativas à utilização de medicamentos, sendo 2017 o último ano no qual o fornecimento de anti-hipertensivos ocorreu de maneira gratuita nos estabelecimentos da rede própria no PFPB, o objetivo do presente estudo foi estimar a prevalência de uso e identificar as fontes de obtenção de anti-hipertensivos no Brasil, segundo variáveis sociodemográficas, comparando três períodos: 2011, 2014 e 2017.

MÉTODOS

Estudo transversal de base populacional que utilizou dados do Vigitel relativos aos anos de 2011, 2014 e 2017. Esse inquérito telefônico é realizado anualmente, desde 2006, para

monitoramento da frequência e a distribuição de fatores de risco e proteção para DCNT em adultos (idade ≥ 18 anos) residentes em todas as capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal, em domicílios servidos por ao menos uma linha telefônica fixa⁷⁻⁹.

Nos anos considerados, o sistema Vigitel estabeleceu um tamanho amostral mínimo de aproximadamente 2 mil indivíduos em 2011 e 2017, e de 1.500 indivíduos em 2014, em cada cidade, para estimar com coeficiente de confiança de 95% e erro máximo de três pontos percentuais a frequência de qualquer fator de risco na população adulta (≥ 18 anos). Particularmente no ano de 2017, amostras de cerca de 1.500 indivíduos foram aceitas nas localidades com cobertura de telefonia fixa abaixo de 40% dos domicílios, e número absoluto de domicílios com telefone inferior a 50 mil. Assim, esperavam-se erros máximos de cerca de quatro pontos percentuais para estimativas específicas segundo sexo, assumindo proporções semelhantes de homens e mulheres na amostra^{7-9,24}.

O inquérito para os referidos anos foi realizado por meio de amostragem probabilística em três estágios: o primeiro consistiu no sorteio sistemático de cinco mil linhas telefônicas em cada cidade, divididas em réplicas ou subamostras de 200 linhas cada, reproduzindo a mesma proporção de linhas por região da cidade ou prefixo telefônico (estratificação por código de endereçamento postal (CEP), com base no cadastro eletrônico de linhas residenciais fixas das empresas telefônicas que cobrem as cidades estudadas); a segunda etapa, realizada concomitantemente às entrevistas, incluiu a identificação de linhas efetivamente residenciais e ativas, as quais foram consideradas elegíveis para o sistema; a terceira etapa foi o sorteio de um morador adulto, entre todos os adultos (≥ 18 anos) residentes no domicílio, para responder a entrevista⁷⁻⁹.

No presente estudo foram considerados os indivíduos de 20 anos ou mais, que referiram diagnóstico médico de hipertensão arterial em 2011 ($n = 15.027$), 2014 ($n = 12.905$) e 2017 ($n = 18.614$).

O uso de medicamentos para tratamento de pressão arterial foi obtido pela seguinte questão: “Atualmente, o(a) sr.(a) está tomando algum medicamento para controlar a pressão alta?”; entre os que referiram uso de anti-hipertensivos questionou-se sobre a fonte de obtenção: “Onde o(a) sr.(a) consegue a medicação para controlar a pressão alta?”, categorizada em: Unidade de Saúde do SUS (US), PFPB e Outra Fonte - Farmácia Privada/Drogarias (OF).

As variáveis sociodemográficas consideradas foram: região de residência (Centro-Oeste, Nordeste, Norte, Sudeste, Sul); sexo (masculino, feminino); idade (20–39 anos, 40–59 anos, 60 anos ou mais); estado civil (sem cônjuge, com cônjuge); raça/cor (branca, preta/parda/outras); escolaridade (de 0 a 4 anos de estudo, de 5 a 8 anos de estudo, de 9 a 11 anos de estudo, 12 anos ou mais de estudo) e posse de plano privado de saúde (sim, não).

As estimativas foram ponderadas para a população de cada cidade, atribuindo pesos finais a cada indivíduo de forma a igualar a composição sociodemográfica estimada para a população de adultos com telefone da amostra do Vigitel, à composição sociodemográfica que se estima para a população adulta total da mesma cidade. O peso pós-estratificação foi calculado pelo método *rake*^{7-9,25} e as análises foram feitas no *software* Stata 14.0, considerando o delineamento amostral da pesquisa.

Foram estimadas as prevalências de uso de medicamento entre os adultos que referiram diagnóstico médico de hipertensão arterial, segundo variáveis sociodemográficas. Para os que referiram uso de medicamentos foram verificadas as distribuições de acordo com as fontes de obtenção. As comparações entre as proporções foram realizadas utilizando o teste χ^2 de Pearson (Rao-Scott), com nível de significância de 5%.

Os indivíduos foram informados sobre os objetivos da pesquisa no momento do contato telefônico e o consentimento livre e esclarecido foi substituído pelo consentimento verbal. O Vigitel foi aprovado pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa em Seres Humanos (processos nº 13.081/2008 e 355.590/2013). O projeto no qual foi desenvolvido o presente estudo obteve dispensa do Comitê de Ética em Pesquisa da Unicamp (Ofício CEP/PRP/Nº 149/2019).

RESULTADOS

A prevalência de uso de medicamentos para tratamento de hipertensão foi elevada nos três anos observados (79,6, 79 e 80%, respectivamente) (Tabela 1). Quanto às fontes de obtenção, observaram-se mudanças no período, verificadas pela diminuição na obtenção

Tabela 1. Distribuição da população adulta (≥ 20 anos) e prevalência de uso de medicamentos para tratamento de hipertensão arterial, segundo variáveis sociodemográficas. VIGITEL, Brasil, 2011, 2014 e 2017.

	2011			2014			2017		
	%	Prev	IC95%	%	Prev	IC95%	%	Prev	IC95%
	n = 15.027			n = 12.905			n = 18.614		
Características sociodemográficas									
Região geográfica	p < 0,001			p = 0,006			p = 0,062		
Norte	6,7	63,8	60,7 – 66,8	7,4	74,6	71,0 – 77,9	7,9	73,7	70,2 – 77,0
Sul	8,2	75,9	72,9 – 78,6	8,3	78,9	75,4 – 82,0	8,1	82,1	78,1 – 82,9
Sudeste	51,3	78,2	75,5 – 80,8	49,1	81,5	78,4 – 84,2	49,3	80,0	76,7 – 83,0
Nordeste	23,3	73,5	71,6 – 75,3	24,2	76,6	74,3 – 78,7	24,5	80,9	79,0 – 82,4
Centro-Oeste	10,5	73,5	70,1 – 76,0	11,0	77,1	73,5 – 80,2	10,2	81,7	76,7 – 85,7
Sexo	p < 0,001			p < 0,001			p < 0,001		
Masculino	36,3	67,5	64,9 – 70,1	38,3	72,5	69,6 – 75,2	38,2	74,4	71,4 – 77,1
Feminino	63,7	80,5	78,9 – 82,1	61,7	83,7	81,9 – 85,4	61,8	83,9	81,8 – 85,8

Continua...

Tabela 1. Continuação.

	2011			2014			2017		
	%	Prev	IC95%	%	Prev	IC95%	%	Prev	IC95%
	n = 15.027			n = 12.905			n = 18.614		
Características sociodemográficas									
Faixa etária (anos)	p < 0,001			p < 0,001			p < 0,001		
20–39	9,6	38,6	34,6 – 42,8	10,2	46,8	41,8 – 51,9	9,6	44,6	39,1 – 50,2
40–59	44,7	76,0	73,9 – 78,0	44,4	79,2	76,8 – 81,4	41,6	80,7	78,2 – 83,0
60 ou mais	45,7	92,9	91,4 – 94,3	45,4	93,2	91,6 – 94,6	48,8	94,1	93 – 95,1
Estado civil	p = 0,012			p = 0,616			p < 0,001		
Sem cônjuge	39,0	73,0	70,5 – 75,4	38,2	78,5	75,8 – 81,0	39,1	76,4	73,4 – 79,2
Com cônjuge	61,0	76,8	75,0 – 78,5	61,8	79,3	77,2 – 81,2	60,9	82,6	80,6 – 84,4
Cor da pele /raça	p = 0,001			p < 0,001			p < 0,001		
Branca	46,1	78,0	75,7 – 80,1	46,4	82,1	79,6 – 84,3	43,6	84,6	82,4 – 86,4
Preta/Parda/ Outras	53,9	73,0	71,0 – 74,9	53,6	76,1	73,6 – 78,4	56,4	77,2	74,9 – 79,6
Escolaridade (anos de estudo)	p < 0,001			p < 0,001			p < 0,001		
0 a 4	36,5	86,1	84,0 – 88,0	32,6	87,5	84,8 – 89,8	29,3	87,7	84,1 – 90,3
5 a 8	25,2	72,3	68,3 – 75,5	25,7	77,9	74,3 – 81,0	24,3	81,4	77,6 – 84,7
9 a 11	23,9	65,9	63,2 – 68,6	27,7	72,3	69,2 – 75,2	29,2	75,1	72,0 – 78,1
12 ou mais	14,4	74,4	70,1 – 77,6	14,0	77,9	73,9 – 81,5	17,2	75,2	71,1 – 78,9
Plano de saúde	p < 0,001			p = 0,007			p < 0,001		
Não possui	52,8	79,6	77,7 – 81,4	57,1	81,5	79,2 – 83,6	54,7	76,6	74,9 – 79,3
Possui	47,2	71,7	69,6 – 73,7	42,9	77,2	74,9 – 79,3	45,3	84,6	82,5 – 86,4
Total	100,0	79,6	78,9 – 80,2	100,0	79,0	77,4 – 80,6	100,0	80,0	78,3 – 81,6

Prev: prevalência de uso de anti-hipertensivos; IC95%: intervalo de confiança de 95%; US: Unidade de Saúde do Sistema Único de Saúde (SUS); OF: outras fontes (farmácias particulares/privadas); PFPB: Programa Farmácia Popular do Brasil.

por meio da US (44,2%, em 2011, para 30,5%, em 2017) e pelo aumento da aquisição pelo PFPB (16,1% em 2011 para 29,9%, em 2017); a obtenção por outras fontes apresentou estabilidade no período (Figura 1).

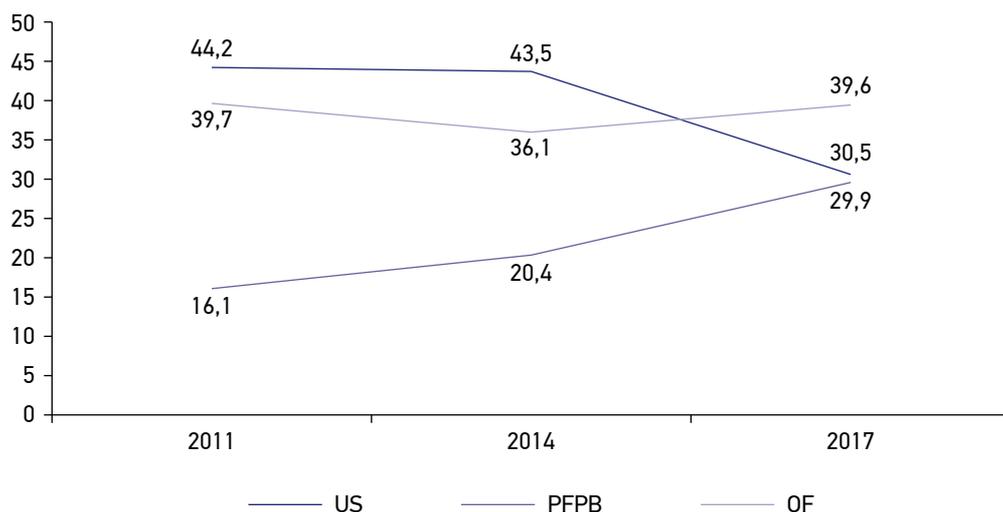
Observou-se aumento na prevalência de uso na Região Norte de 2011 (63,8%) a 2014 (74,6%); no Nordeste, de 76,6 % em 2014, para 80,9% no ano de 2017, e na Região Centro-Oeste (73,5% em 2011 para 81,7% em 2017). É importante ressaltar que ao avaliar

as diferenças entre as regiões, em 2011, a prevalência de uso na Região Norte era inferior a todas as demais regiões e, em 2014, era menor apenas em relação à Região Sudeste, igualando-se às demais em 2017, sem diferenças estatisticamente significativas entre elas ($p > 0,05$) (Tabela 1).

Em relação ao sexo, houve aumento de uso de medicamentos pela população masculina, entre 2011 (67,5%) e 2017 (74,4%), mantendo-se estável nas mulheres. O aumento do uso também ocorreu com a idade, destacando-se a faixa etária de 40 a 59 anos (76 e 80,7% em 2011 e 2017, respectivamente). Quanto à cor da pele/raça, observou-se aumento na prevalência de uso em ambos os subgrupos, sendo maior o percentual de uso de medicamentos entre os brancos ($p < 0,05$) (Tabela 1).

Os indivíduos com menor escolaridade apresentaram prevalência de uso superior aos demais, em torno de 80% nos três anos observados. De 2011 (72,3%) a 2017 (81,4%) houve aumento no uso de anti-hipertensivos pelos indivíduos com 5 a 8 anos de estudo e, nos mais escolarizados, a prevalência esteve em 65,9% em 2011, atingindo 72,3% em 2014. Entre os que declararam possuir plano privado de saúde a prevalência de uso ascendeu entre 2011 e 2017 (71,7 para 84,6%) (Tabela 1).

A prevalência de obtenção de medicamentos nas US diminuiu em todas as regiões no período observado, sendo que nas regiões Norte e Sul a queda foi observada de 2014 para 2017; nas regiões Nordeste e Centro-Oeste verificou-se redução em 2014, acentuando-se em 2017. A Região Sudeste apresentou aumento na obtenção por essa fonte em 2014, quando comparado a 2011, seguido de queda acentuada em 2017. A maior diferença foi



US: unidade de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS); OF: outras fontes (farmácias particulares/privadas); PFPB: Programa Farmácia Popular do Brasil.

Figura 1. Fontes de obtenção de medicamentos para tratamento de hipertensão arterial em adultos (≥ 20 anos). VIGITEL, Brasil, 2011, 2014 e 2017.

observada na Região Centro-Oeste, (42,5% em 2011 e 17,3% em 2017). Em contrapartida, houve aumento na obtenção pelo PFPB no período em todas as regiões, sendo mais evidente na Região Sul. A prevalência de obtenção por outras fontes se manteve estável no período, com exceção da Região Sul, que apresentou diminuição em 2014, resultado que se manteve em 2017 (Tabela 2).

Tabela 2. Distribuição percentual das fontes de obtenção de medicamentos para tratamento de hipertensão arterial em adultos (≥ 20 anos), segundo variáveis sociodemográficas. VIGITEL, Brasil, 2011, 2014 e 2017.

	(%) 2011			(%) 2014			(%) 2017		
	US	PFPB	OF	US	PFPB	OF	US	PFPB	OF
	n = 11.955			n = 10.909			n = 16.561		
Características sociodemográficas									
Região geográfica	p < 0,001			p < 0,001			p < 0,001		
Norte	37,6	17,2	45,2	33,0	23,7	43,2	26,7	33,7	42,6
Sul	45,4	12,3	42,3	40,9	24,3	34,7	29,6	35,6	34,8
Sudeste	47,3	17,9	34,8	52,2	18,5	29,3	36,6	27,5	35,9
Nordeste	39,6	15,0	45,4	34,1	21,6	44,2	26,1	30,8	43,0
Centro-Oeste	42,5	12,2	45,3	34,0	21,0	45,0	17,3	32,0	50,7
Sexo	p = 0,109			p = 0,124			p = 0,009		
Masculino	41,7	16,4	41,9	42,2	19,2	38,6	28,2	28,9	42,9
Feminino	45,6	16,0	38,4	44,3	21,1	34,6	31,9	30,6	37,5
Faixa etária (anos)	p = 0,560			p = 0,959			p = 0,114		
20-39	46,0	16,5	37,5	44,0	21,3	34,7	23,3	33,2	43,5
40-59	45,5	16,0	38,5	43,0	20,2	36,9	30,1	30,2	39,7
60 ou mais	42,6	16,1	41,3	43,9	20,4	35,7	32,2	29,1	38,7
Estado civil	p = 0,591			p = 0,602			p = 154		
Sem Cônjuge	44,6	16,7	38,7	44,9	19,9	35,2	32,3	29,8	37,9
Com Cônjuge	44,1	15,7	40,2	43,0	20,8	36,3	29,4	29,8	40,7
Cor da pele/raça	p < 0,001			p < 0,001			p < 0,001		
Branca	38,2	18,3	43,6	38,4	19,7	41,9	27,7	28,5	43,8
Preta/Parda/Outras	49,3	14,1	36,6	47,3	20,9	31,8	32,7	31,1	36,1

Continua...

Tabela 2. Continuação.

	(%) 2011			(%) 2014			(%) 2017		
	US	PFPB	OF	US	PFPB	OF	US	PFPB	OF
	n = 11.955			n = 10.909			n = 16.561		
Características sociodemográficas									
Escolaridade (anos de estudo)	p < 0,001			p < 0,001			p < 0,001		
0 a 4 anos	58,3	13,5	28,2	54,0	18,5	27,6	41,3	29,8	28,4
5 a 8 anos	50,1	15,7	34,2	51,3	19,5	29,1	38,4	30,4	31,1
9 a 11 anos	34,8	18,9	46,3	38,5	23,7	37,8	25,7	31,4	42,9
12 ou mais	13,6	18,9	67,5	14,6	20,0	65,4	9,2	26,8	64,0
Plano de saúde	p < 0,001			p < 0,001			p < 0,001		
Não possui	65,3	9,9	24,8	60,5	17,2	22,3	44,4	28,4	27,1
Possui	20,5	23,1	56,4	20,5	24,7	54,8	13,7	31,9	54,4
Total	44,2	16,1	39,7	43,5	20,4	36,1	30,5	29,9	39,6

US: unidade de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS); OF: outras fontes (farmácias particulares/privadas); PFPB: Programa Farmácia Popular do Brasil.

Observou-se um comportamento semelhante nas demais variáveis estudadas em todos os estratos, com diminuição das prevalências de obtenção via US e aumento de obtenção via PFPB, sem alteração para outras fontes, exceto entre os mais escolarizados. Destaca-se que essas mudanças foram observadas no intervalo de 2014 e 2017. No período de 2011 e 2014 a única variação estatisticamente significativa ocorreu para os indivíduos que não possuíam plano privado de saúde, podendo indicar uma migração entre as fontes de obtenção de medicamentos, das US para as Farmácias Populares no período (Tabela 2).

DISCUSSÃO

Os resultados deste estudo apontaram elevada prevalência de uso de medicamentos para o tratamento de hipertensão arterial nos três anos considerados, no entanto menores que os resultados encontrados na PNAUM realizada em 2014²⁶. De acordo com dados da PNS de 2013, a prevalência de hipertensão arterial e de uso de anti-hipertensivos na população adulta brasileira foi de 21,4 e de 81,4%, respectivamente. Frequências mais reduzidas de tratamento medicamentoso ou a não utilização entre portadores de hipertensão e diabetes, podem estar relacionadas às barreiras no acesso e na adesão ao tratamento, além da possibilidade de alguns segmentos de pacientes estarem reduzindo a utilização de medicamentos e adotando outras formas de controle das doenças, como mudanças de hábitos e de estilos de vida²⁷.

No que se refere ao uso de anti-hipertensivos nas diversas regiões do país, observando-se os anos de 2014 e 2017, destaca-se o aumento da prevalência nas regiões Norte e Nordeste, refletindo possíveis melhorias nas desigualdades regionais. Essas duas macrorregiões, em especial, são menos desenvolvidas social e economicamente, no entanto esses achados podem sugerir avanços na organização das redes que integram o SUS, favorecendo acesso aos serviços em Unidades Básicas de Saúde (UBS), medicamentos e diagnósticos²⁸⁻³¹.

O percentual de uso de medicamentos foi menor entre os homens, achados que corroboram com outros inquéritos nacionais^{6,26}, porém com aumento em 2017 quando comparado a 2011. As mulheres tendem a percorrer toda a rede de saúde com mais assiduidade, além de suas percepções mais acuradas de sintomas e com relação à sua própria saúde³². As prevalências de uso de medicamentos aumentaram com o avançar da idade, resultados semelhantes aos observados em estudos anteriores^{6,26,33}, uma vez que a indicação medicamentosa nos mais jovens é menos frequente, além de sua menor adesão ao tratamento do que aqueles com mais idade²⁶.

Quanto à cor da pele/raça, o uso de anti-hipertensivos foi maior entre os brancos no período estudado. Mesmo havendo aumento na prevalência de uso nas duas categorias, ao comparar 2011 e 2017, as diferenças se mantêm, o que pode indicar melhores condições de acesso da população branca em relação aos pretos/pardos/outros. Entre estes últimos, foi observado maior acesso nas farmácias de UBS, resultados condizentes com estudos anteriores que mostram o atendimento, nas US, de grupos com inserção socioeconômica historicamente menos favorecida no país, sugerindo promoção da equidade²⁷.

A prevalência de uso de anti-hipertensivos aumentou ao longo dos anos entre os usuários que referiram possuir plano privado de saúde, ao passo que o uso por aqueles que não possuíam se manteve estável. Em 2011, o uso era maior entre os que não possuíam plano, situação que se inverteu em 2017. Os indivíduos que aderem à saúde suplementar, em geral, tendem a ser mais escolarizados e de maior renda, o que pode contribuir para que tenham um comportamento de cuidado com o tratamento mais rigoroso³⁴.

Considerando as fontes de obtenção de medicamentos, a migração da obtenção pelas US para o PFPB é evidente. O primeiro ano observado (2011) coincide com o início da gratuidade dos medicamentos anti-hipertensivos por meio da campanha “Saúde não tem preço”. Até então, o PFPB ainda se apresentava como a fonte menos prevalente entre as três avaliadas, com percentuais muito inferiores às demais. Em 2014 já apresentava crescimento, porém ainda se mantinha significativamente abaixo das demais fontes.

Segundo dados da PNAUM, em 2014, 16% dos hipertensos em uso de medicamentos os obtiveram por meio do PFPB²⁶ e os dados do Vigitel para o mesmo ano, apresentados no presente estudo, mostram-se um pouco acima, o que pode ser explicado pelo fato do inquérito telefônico ser realizado apenas nas capitais, onde a presença de unidades de farmácias conveniadas à modalidade “Aqui tem Farmácia Popular”, tende a ser maior quando comparada aos outros municípios. Em 2017, o percentual de obtenção via PFPB se iguala à obtenção via US e reforça a importância do programa como uma das principais vias de acesso aos medicamentos para tratamento de hipertensão no Brasil.

Apesar dessa ampla cobertura, as discussões e reflexões no que tange à desarticulação com a rede pública de saúde e serviços farmacêuticos, além do volume financeiro investido no programa frente às incoerências com seu elenco restritivo de medicamentos sem alinhamento às diretrizes e protocolos atuais, são frequentes¹⁹. Especificamente a modalidade ATFP recebeu inúmeras críticas em função do aumento expressivo de valores gastos pelo Ministério da Saúde, em contraste com o volume de recursos repassado aos municípios para aquisição dos medicamentos do Componente Básico da Assistência Farmacêutica (CBAF). Em 2006, a razão entre o volume de recursos investidos no ATFP frente ao CBAF era de 0,06, passando para 2,28 em 2014. No mesmo período, os gastos no ATFP evoluíram em média, 88% frente apenas 2% nos repasses do CBAF³⁵.

Diferenças regionais foram observadas, com destaque para as regiões Norte e Nordeste, que apresentaram menores prevalências de obtenção nas US em 2011, em relação às demais regiões, sendo que essas prevalências foram ainda menores em 2017. A maior queda, no entanto, foi na Centro-Oeste. Porém, ao analisar a fonte PFPB, em 2017, as diferenças regionais já não eram tão explícitas, o que pode justificar-se pela grande propagação de estabelecimentos atrelados à modalidade “Aqui tem Farmácia Popular” que pensado inicialmente como uma complementação ao acesso, passou por expressiva expansão, contabilizando mais de 30 mil estabelecimentos conveniados em 2014³⁵.

Vale destacar que aproximadamente 40% dos adultos residentes nas capitais brasileiras e Distrito Federal nos três anos considerados, relataram obtenção de seus medicamentos via outras fontes (farmácias particulares/privadas). Isso nos revela que mais de um terço dos adultos brasileiros não obtém seus medicamentos gratuitamente, apesar do aumento nos investimentos do governo federal para a ampliação ao acesso aos medicamentos para tratamento de doenças crônicas, como a hipertensão, no período²³. No Brasil, entre 2002 e 2006 os gastos públicos com medicamentos aumentaram 115%, ao passo que o produto interno bruto (PIB) cresceu 14,4% e o orçamento do Ministério da Saúde 9,6%³⁵; ainda assim, em 2017, último período observado, a obtenção via outras fontes foi a mais prevalente.

A diminuição do acesso via US pode sugerir uma baixa provisão de medicamentos no âmbito da atenção básica. Embora os anti-hipertensivos possam ser gratuitamente adquiridos via PFPB, este programa garante acesso gratuito apenas aos medicamentos para hipertensão, diabetes e asma, ao passo que o componente básico da RENAME possui atualmente 371 itens e tem o objetivo de cobrir as necessidades de medicamentos prioritárias da população brasileira³⁶, segundo diretrizes e protocolos clínicos bem definidos.

Entre as limitações do presente estudo deve-se considerar a restrição da amostra aos indivíduos residentes nas capitais de estados brasileiros e no Distrito Federal que possuem telefone fixo, limitando sua representatividade, o que, no entanto, é minimizado pelo uso de fatores de ponderação dos dados por meio da pós-estratificação. Além disso, a cobertura de telefonia fixa no país vem sendo monitorada constantemente pela equipe gestora do Vigitel³⁷. Também o uso da morbidade autorreferida em detrimento aos critérios clínicos para diagnóstico de doença, pode subestimar a prevalência da doença. Dessa forma, os dados apresentados dizem respeito apenas aos casos já diagnosticados por médico, sendo

o autorrelato uma medida acurada para avaliar a prevalência de diagnóstico conhecido da doença³⁸. Ainda, possível viés de informação pode decorrer quanto a indicação de tratamento medicamentoso para hipertensão e a correta identificação da fonte de obtenção de medicamentos.

A prevalência de uso de medicamentos anti-hipertensivos se manteve estável e as fontes de obtenção passaram por uma inversão ao longo do período analisado, migrando majoritariamente das US para unidades do PFPB, não sendo observadas alterações estatisticamente significativas na prevalência de obtenção por outras fontes. Essa mudança evidencia a capilaridade e a facilidade geográfica de acesso via PFPB, reafirmando-o como uma das principais fontes de obtenção de medicamentos para tratamento de hipertensão no Brasil. No entanto, a diminuição do acesso por meio das US pode sinalizar um enfraquecimento do fornecimento de medicamento na atenção básica, o que poderá ser confirmado por meio do monitoramento dessas informações para os anos subsequentes.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Vigitel Brasil 2018: 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 br. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças não Transmissíveis; 2019. 132 p.
2. World Health Organization. World Health Statistics - Monitoring Health for the SGD's, Sustainable Development Goals. Genebra: World Health Organization; 2018. 100 p.
3. World Health Organization. Global status report on noncommunicable diseases 2014. Genebra: WHO Library Cataloguing-in-Publication Data; 2014. 302 p.
4. Malta DC, Gonçalves RPF, Machado IE, Freitas MMF, Azeredo C, Szwarcwald CL. Prevalência da hipertensão arterial segundo diferentes critérios diagnósticos, Pesquisa Nacional de Saúde. *Rev Bras Epidemiol* 2018; 21(Supl. 1): e180021. <http://dx.doi.org/10.1590/1980-549720180021.supl.1>
5. World Health Organization. Noncommunicable diseases country profiles 2018 [Internet]. Genebra: World Health Organization; 2018 [acessado em 6 dez. 2019]. Disponível em: https://www.who.int/nmh/countries/2018/bra_en.pdf?ua=1
6. Tavares NUL, Costa KS, Mengue SS, Vieira MLFP, Malta DC, Silva Jr. JB. Uso de medicamentos para tratamento de doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: resultados da Pesquisa Nacional de Saúde, 2013 Use of medication for treatment of noncommunicable chronic diseases in Brazil: results from the National Health Survey, 20. *Epidemiol Serv Saúde* 2015; 24(2): 315-23. <http://dx.doi.org/10.5123/S1679-49742015000200014>
7. Brasil. Vigitel Brasil 2017: 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. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde; 2018. 130 p.
8. Brasil. Vigitel Brasil 2011: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa; 2012. 134 p.
9. Brasil. Vigitel Brasil 2014: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde; 2015. 154 p.
10. Sociedade Brasileira de Cardiologia, Sociedade Brasileira de Hipertensão, Sociedade Brasileira de Nefrologia. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. *Arq Bras Cardiol* 2010; 95(1 Supl. 1): 51 p.

11. Malachias MV, Souza WK, Plavnik FL, Rodrigues CI, Brandão AA, Neves MF, et al. 7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial. *Arq Bras Cardiol* [Internet] 2016 [acessado em 21 set. 2019]. 103 p. Disponível em: http://publicacoes.cardiol.br/2014/diretrizes/2016/05_HIPERTENSAO_ARTERIAL.pdf
12. Stopa SR, Cesar CLG, Segri NJ, Alves MCGP, Barros MB de A, Goldbaum M. Prevalência da hipertensão arterial, do diabetes mellitus e da adesão às medidas comportamentais no Município de São Paulo, Brasil, 2003-2015. *Cad Saúde Pública* 2018; 34(10): e00198717. <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00198717>
13. Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília: Secretaria de Documentação; 1988. 533 p.
14. Brasil. Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990. Brasília; 1990.
15. Oliveira LCF, Assis MMA, Barboni AR. Assistência Farmacêutica no Sistema Único de Saúde: da Política Nacional de Medicamentos à Atenção Básica à Saúde. *Ciênc Saude Colet* 2010; 15(Supl. 3): 3561-7. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232010000900031>
16. Brasil. Política Nacional de Medicamentos. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, Departamento de Atenção Básica; 2001. 40 p.
17. Brasil. Resolução nº 338, de 6 de maio 2004. Política Nacional de Assistência Farmacêutica. Brasil: Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde; 2004. p. 2.
18. Tavares NUL, Luiza VL, Oliveira M, Costa KS, Mengue SS, Arrais PSD, et al. Acesso gratuito a medicamentos para tratamento de doenças crônicas no Brasil. *Rev Saúde Pública* 2016; 50(Supl. 2): 7s. <http://dx.doi.org/10.1590/S1518-8787.2016050006118>
19. Alencar T de OS, Araújo PS, Costa EA, Barros RD, Lima YOR, Paim JS. Programa Farmácia Popular do Brasil: uma análise política de sua origem, seus desdobramentos e inflexões. *Saúde Debate* 2018; 42(N. Esp. 2): 159-72. <http://dx.doi.org/10.1590/0103-11042018s211>
20. Brasil. Decreto nº 5.090, de 20 de maio de 2004 [Internet]. 2004 [acessado em 7 dez. 2019]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2004/Decreto/D5090.htm
21. Mattos L, Silva R, Chaves G, Luiza VL. Assistência farmacêutica na atenção básica e Programa Farmácia Popular: a visão de gestores de esferas subnacionais do Sistema Único de Saúde. *Saúde Soc* 2019; 28(1): 287-98. <http://dx.doi.org/10.1590/s0104-12902019170442>
22. Cavalcanti de Almeida AT, Batista de Sá E, Vieira FS, Benevides RP de S e. Impacto do Programa Farmácia Popular do Brasil sobre a saúde de pacientes crônicos. *Rev Saúde Pública* 2019; 53. <http://dx.doi.org/10.11606/s1518-8787.2019053000733>
23. Brasil. Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Análise de Situação de Saúde; 2011. 160 p.
24. World Health Organization. Global status report on noncommunicable diseases 2010 [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2011 [acessado em 21 set. 2019]. Disponível em: http://www.who.int/about/licensing/copyright_form/en/index.html
25. Brasil. Ponderação pelo método rake [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2014 [acessado em 21 set. 2019]. 2 p. Disponível em: <https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2014/setembro/29/Nota----pondera---o-Rake.pdf>
26. Serrate Mengue S, Dâmaso Bertoldi A, Roberto Ramos L, Rocha Farias M, Auxiliadora Oliveira M, Urruth Leão Tavares N, et al. Acesso e uso de medicamentos para hipertensão arterial no Brasil. *Rev Saúde Pública* 2016; 50(Supl. 2): 8s. <http://dx.doi.org/10.1590/S1518-8787.2016050006154>
27. Costa KS, Francisco PMSB, Malta DC, Barros MBA. Fontes de obtenção de medicamentos para hipertensão e diabetes no Brasil: resultados de inquérito telefônico nas capitais brasileiras e no Distrito Federal, 2011 Sources. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2016 [acessado em 17 dez. 2019]; 32(2). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00090014>
28. Costa KS, Zaccolo AV, Leão Tavares N, Arrais PSD, Lucia Luiza V, Oliveira MA, Mengue SS. Avaliação dos usuários sobre as farmácias públicas no Brasil. *Ciênc Saude Colet* [Internet] 2018 [acessado em 21 set. 2019]. Disponível em: <http://www.cienciasaudecoletiva.com.br/artigos/avaliacao-dos-usuarios-sobre-as-farmacias-publicas-no-brasil/17073?id=17073&id=17073&id=17073>
29. Bertoldi AD, Pizzol T da SD, Ramos LR, Mengue SS, Luiza VL, Tavares NUL, et al. Sociodemographic profile of medicines users in Brazil: results from the 2014 PNAUM survey Andréa. *Rev Saúde Pública* 2016; 50(Supl. 2). <http://dx.doi.org/10.1590/s1518-8787.2016050006119>
30. Andrade MV, Noronha KVM de S, Menezes R de M, Souza MN, Reis C de B, Martins DR, et al. Desigualdade socioeconômica no acesso aos serviços de saúde no Brasil: um estudo comparativo entre as regiões brasileiras em 1998 e 2008. *Econ Apl* 2013; 17(4): 622-45. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-80502013000400005>
31. Monteiro CN, Lima MG, Szwarcwald CL, Bastos TF, Barros MBA. Use of antihypertensive and antidiabetic medications in Brazil: an analysis of socioeconomic differences. *National Health Survey, 2013. Rev Bras Epidemiol* 2019; 22(Supl. 2): e190014. <https://doi.org/10.1590/1980-549720190014.supl.2>

32. Matta SR, Bertoldi AD, Emmerick ICM, Fontanella AT, Costa KS, Luiza VL. Fontes de obtenção de medicamentos por pacientes diagnosticados com doenças crônicas, usuários do Sistema Único de Saúde. *Cad Saúde Pública* 2018; 34(3). <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00073817>
33. Ferreira RA, Barreto SM, Giatti L. Hipertensão arterial referida e utilização de medicamentos de uso contínuo no Brasil: um estudo de base populacional. *Cad Saúde Pública* 2014; 30(4): 815-26. <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00160512>
34. Paulucci TD, Velasquez-Melendez G, Bernal RIT, Lana FF, Malta DC. Análise do cuidado dispensado a portadores de hipertensão arterial em Belo Horizonte, segundo inquérito telefônico. *Rev Bras Epidemiol* 2014; (Supl. PeNSE): 227-40. <http://doi.org/10.1590/1809-4503201400050018>
35. Silva RM da, Caetano R. Gastos com pagamentos no Programa Aqui Tem Farmácia Popular: evolução entre 2006-2014. *Physis Rev Saúde Coletiva* [Internet]. 2018 [acessado em 15 dez. 2019]; 28(1). Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312018000100402&lng=pt&tlng=pt
36. Brasil. Relação Nacional de Medicamentos Essenciais 2020 [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2020 [acessado em 16 dez. 2019]. 217 p. Disponível em: <http://portalms.saude.gov.br/assistencia-farmaceutica/medicamentos-rename>
37. Malta DC, Bernal RIT, Nunes ML, Oliveira MM de, Iser BPM, Andrade SSC de A, et al. Prevalência de fatores de risco e proteção para doenças crônicas não transmissíveis em adultos: estudo transversal, Brasil 2012. *Epidemiol Serv Saúde* 2014; 23(4): 609-22. <http://dx.doi.org/10.5123/S1679-49742014000400003>
38. Malta DC, Iser BPM, Andrade SSC de A, Moura L de, Oliveira TP, Bernal RIT. Tendência da prevalência do diabetes melito autorreferido em adultos nas capitais brasileiras, 2006 a 2012. *Epidemiol Serv Saúde* 2014; 23(4): 753-60. <http://dx.doi.org/10.5123/S1679-49742014000400017>

Recebido em: 13/10/2019

Revisado em: 12/01/2020

Aprovado em: 18/01/2020

Contribuição dos autores: Veronica Batista Gomes Leitão liderou a conceituação, curadoria e análise dos dados, investigação, metodologia, redação e edição do manuscrito. Vivian Castro Lemos colaborou na conceituação, curadoria e análise dos dados, investigação, metodologia, redação e edição do manuscrito. Priscila Maria Stolses Bergamo Francisco colaborou na conceituação, metodologia, supervisão das análises, edição e revisão do manuscrito. Karen Sarmiento Costa colaborou na conceituação, metodologia, supervisão das análises, edição e revisão do manuscrito.

