





Utilização de anti-hipertensivos e antidiabéticos no Brasil: análise das diferenças socioeconômicas. Pesquisa Nacional de Saúde 2013

Use of antihypertensive and antidiabetic medications in Brazil: an analysis of socioeconomic differences. National Health Survey, 2013

Camila Nascimento Monteiro^{III} , Margareth Guimarães Lima^{III} ,
Celia Landman Szwarcwald^{IV} , Tássia Fraga Bastos^V , Marilisa Berti de Azevedo Barros^{III} 

RESUMO: *Objetivos:* Avaliar a magnitude de desigualdades socioeconômicas e demográficas da utilização de medicamentos para controle de hipertensão arterial e diabetes *mellitus* na população brasileira. *Método:* Foram analisados dados da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) conduzida no Brasil em 2013, com amostra representativa da população com idade de 18 anos ou mais. Foi estimada a utilização de medicamentos para hipertensão e diabetes segundo renda, escolaridade, raça, posse de plano de saúde e região de moradia. Também foram estimadas as razões de prevalência ajustadas por sexo e idade, por meio de regressão de Poisson. *Resultados:* Entre os hipertensos, 81,4% fazem uso de medicamentos para controle da doença, sendo a utilização maior entre as mulheres, os brancos e os que têm plano de saúde. No caso de diabetes *mellitus*, 80,2% fazem uso de medicamentos para controlar a doença e o uso foi mais elevado entre os pacientes idosos, com maior escolaridade, com plano de saúde e da Região Sudeste. As desigualdades segundo renda e plano de saúde foram de pequena magnitude mesmo nos estratos de sexo, idade e região geográfica analisados. *Conclusão:* Foi constatada utilização de medicamentos para controle da hipertensão e diabetes que pode ser considerada elevada, e as desigualdades socioeconômicas e regionais desse uso revelaram-se de magnitude não expressiva, em virtude da implementação de políticas farmacêuticas no Brasil, que visam promover maior e mais equânime acesso da população a medicamentos.

Palavras-chave: Diabetes mellitus. Hipertensão arterial. Uso de medicamentos. Equidade. Equidade em saúde. Inquéritos de saúde.

^IDepartamento de Medicina Preventiva, Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo – São Paulo (SP), Brasil.

^{II}Núcleo de Indicadores e Sistemas de Informação, Hospital Israelita Albert Einstein – São Paulo (SP), Brasil.

^{III}Departamento de Saúde Coletiva, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas – Campinas (SP), Brasil.

^{IV}Departamento de Informação em Saúde, Centro de Informação Científica e Tecnológica, Fundação Oswaldo Cruz – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.

^VFaculdade de Medicina São Leopoldo Mandic – Araras (SP), Brasil.

Autora correspondente: Camila Nascimento Monteiro. Núcleo de Indicadores e Sistemas de Informação, Hospital Israelita Albert Einstein. Avenida Brigadeiro Faria Lima, 1.188, CEP: 01451-912 São Paulo, SP, Brasil. E-mail: c.nascimentomonteiro@gmail.com

Conflito de interesses: nada a declarar – **Fonte de financiamento:** Secretaria de Vigilância em Saúde. Ministério da Saúde.

ABSTRACT: Objectives: To analyze the socioeconomic and demographic differences in medication use to control hypertension and diabetes mellitus in Brazil. **Method:** Data from the National Health Survey (*Pesquisa Nacional de Saúde – PNS*) performed in Brazil in 2013 with a representative sample of the population aged 18 years old or older were analyzed. The use of medications for hypertension and diabetes according to income, education, race, possession of a private health insurance plan and region of household were estimated. The prevalence ratios adjusted for sex and age were also estimated using Poisson regression. **Results:** 81.4% of the hypertensive population used medication to control the disease. The use was higher among females, white/ Caucasian individuals and those with a private health plan. In the case of diabetes mellitus, 80.2% of the population used medication to control the disease and the use was higher in elderly patients, patients with a higher level of education, patients with a private health plan, and patients in the Southeast region. Inequalities according to income and health plan were small even in the strata of sex, age and geographic region analyzed. **Conclusion:** We found a high use of medication to control hypertension and diabetes. Socioeconomic inequalities in use were not expressive, probably due to medication policies that promote greater and equitable access to medicines in Brazil.

Keywords: Diabetes mellitus. Arterial hypertension. Drug use. Equity. Health equity. Health surveys.

INTRODUÇÃO

A Organização Mundial da Saúde lançou em 2011 o desafio de redução em 25%, até 2025, da mortalidade por doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), que incluem o diabetes *mellitus* e a hipertensão arterial. Para atingir essa meta, o acesso e a utilização de medicamentos são componentes essenciais^{1,2}.

No Brasil, o diabetes *mellitus* e a hipertensão arterial são consideradas doenças prioritárias, porque representam a causa principal de morbimortalidade entre os seus adultos³, constituindo um dos problemas de saúde de maior magnitude na atualidade⁴.

O país possui um dos mais complexos serviços de assistência farmacêutica do mundo⁵. A Política Nacional de Assistência Farmacêutica (PNAF) é uma política pública voltada para a garantia do acesso integral, equânime e universal aos medicamentos no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). A Política Nacional de Medicamentos (PNM) e a PNAF ampliaram consideravelmente esse acesso para a população⁵. Entre as políticas e programas implementados com a mesma finalidade, destacam-se, a nível federal, a política de medicamentos genéricos e o Programa Farmácia Popular do Brasil (PFPPB), além de políticas estaduais e municipais que proporcionaram expansão notável do acesso aos medicamentos para controle do diabetes *mellitus* e da hipertensão arterial.

Dada a importância da área de medicamentos no sistema de saúde, faz-se necessário analisar a utilização desses produtos para o controle de doenças altamente prevalentes, como a hipertensão arterial e o diabetes *mellitus*, e, especificamente as desigualdades que persistem nessa utilização.

Pesquisas evidenciam que as desigualdades sociais se encontram presentes nas diversas dimensões da saúde^{6,7,8} e, particularmente, no uso de medicamentos⁸. Alguns estudos já

analisaram desigualdades de acesso aos medicamentos por hipertensos e diabéticos⁹⁻¹⁴, no entanto pouco se sabe, em abrangência nacional, como o grau das disparidades socioeconômicas se manifestam em subgrupos específicos de sexo, faixa etária e regiões geográficas.

Diante do exposto, o trabalho objetivou analisar a utilização de medicamentos para controle de hipertensão arterial e diabetes *mellitus* segundo características demográficas e socioeconômicas da população brasileira, com especial ênfase às desigualdades relativas à renda e à posse de plano de saúde.

MÉTODOS

O presente estudo, de caráter transversal, utilizou dados que integram a Pesquisa Nacional de Saúde (PNS), maior inquérito de saúde de base domiciliar do Brasil. A amostra da pesquisa foi de 60.202 entrevistados, em 1.600 municípios, e ela realizada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) em parceria com o Ministério da Saúde. A amostra da PNS foi planejada para ser representativa para o país, grandes regiões, unidades federativas, capitais e áreas urbanas e rurais.

A população entrevistada corresponde aos moradores de domicílios particulares do Brasil. A amostra da PNS constitui uma subamostra da amostra-mestra do Sistema Integrado de Pesquisas Domiciliares (SIPD) do IBGE, um conjunto de unidades de áreas que são selecionadas para atender a diversas pesquisas do SIPD. Essas unidades são consideradas unidades primárias de amostragem (UPA) no planejamento amostral de cada uma dessas pesquisas.

A amostragem da PNS foi estratificada em três estágios. O primeiro estágio refere-se à subamostra da UPA em cada estrato da amostra-mestra; o segundo diz respeito à seleção por amostragem aleatória simples de domicílios em cada UPA selecionada no primeiro estágio; e o terceiro estágio, à amostragem aleatória simples do adulto (pessoa com 18 anos de idade ou mais) entre todos os moradores adultos do domicílio.

O tamanho total da amostra foi de 79.875 domicílios, e, sob a suposição de uma taxa de não resposta de 20%, esperou-se amostra de 63.900 domicílios ou entrevistas individuais. Foram entrevistados 60.202 indivíduos. A taxa de não resposta foi de 8,1%. Foram consideradas perdas: domicílio fechado ou vazio; recusa dos moradores em atender ao entrevistador; e não conseguir entrevistar o informante após três ou mais tentativas, mesmo com agendamento das visitas.

A PNS foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa. A descrição detalhada da pesquisa encontra-se disponível em outras publicações^{15,16}.

No presente estudo, a variável dependente foi uso de medicamentos para controle da hipertensão e uso de medicamentos para controle do diabetes. O uso de anti-hipertensivos foi considerado para toda a população que apontou hipertensão arterial e respondeu sim à pergunta: “Nas duas últimas semanas, o(a) sr.(a.) tomou medicamento por causa da hipertensão?”. Os antidiabéticos foram considerados para toda a população que indicou diabetes *mellitus* e respondeu sim a pelo menos uma das perguntas: “Nas duas últimas semanas, por causa do diabetes, o(a) sr.(a.) tomou medicamentos?” e “Nas duas últimas semanas, por causa do diabetes, o(a) sr.(a.) usou insulina?”.

As variáveis independentes foram sexo, idade, renda (dividida em quartis, sendo o primeiro quartil os 25% mais pobres e o último os 25% mais ricos), escolaridade, posse de plano de saúde, raça/cor e região (Norte, Nordeste, Sudeste, Sul, Centro-Oeste). As variáveis renda, escolaridade e posse de plano de saúde foram usadas como *proxy* do *status* socioeconômico.

Foram realizados testes χ^2 de Pearson e desenvolvidas análises de regressão de Poisson, que permitiram estimar razões de prevalências e respectivos intervalos de confiança de 95% (IC95%), para analisar o uso de medicamentos segundo as variáveis demográficas e sociais selecionadas.

As análises foram realizadas com o *software* Stata[®], versão 15.0, considerando o peso dos indivíduos e os parâmetros amostrais (comando *svy*).

RESULTADOS

O uso de medicamentos para controle da hipertensão arterial foi feito por 81,4% (IC95% 80,1 – 82,7) dos hipertensos, sendo maior entre o sexo feminino, a população branca e com posse de plano de saúde. Esse uso mostrou-se crescente com a idade e menor na Região Norte, e não foram detectadas diferenças entre categorias de renda e de escolaridade (Tabela 1).

No caso de diabetes *mellitus*, o uso foi de 80,2% (IC95% 77,9 – 82,3) para os diabéticos, sendo maior entre a Região Sudeste, os idosos, os pacientes com maior escolaridade e com posse de plano de saúde, não sendo verificada diferença em relação à renda (Tabela 2).

Não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas do uso de medicamentos anti-hipertensivos e antidiabéticos entre estratos de quartis de renda segundo as diferentes categorias de sexo, faixa etária e região de moradia (Tabela 3).

O uso de anti-hipertensivos foi maior nos pacientes com plano de saúde em comparação aos sem plano apenas no segmento dos idosos (6% maior) e no de residentes da Região Nordeste (9% maior), sem apresentar diferenças significativas nas demais categorias analisadas (Tabela 4). No que diz respeito ao uso de antidiabéticos, ele foi próximo a 10% entre os indivíduos com plano em comparação aos sem plano em quase todas as categorias analisadas, sendo a diferença maior (44%) constatada no segmento etário de 30 a 59 anos (Tabela 4).

DISCUSSÃO

A utilização observada de medicamentos para hipertensão e diabetes na população brasileira pode ser considerada elevada (81,4 e 80,2%, respectivamente). A Pesquisa Nacional sobre Acesso, Utilização e Promoção do Uso Racional de Medicamentos também estimou alta utilização de medicamentos para hipertensão: 94,6% (IC95% 93,5 – 95,5) faziam uso dos medicamentos no momento da entrevista⁹.

Foram encontradas diferenças no uso de medicamentos segundo a região brasileira. O uso de antidiabéticos foi maior na Região Sudeste, e o de anti-hipertensivos foi menor na Região Norte. Resultados semelhantes foram estimados pela Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para

Tabela 1. Uso de medicamentos para controle de hipertensão arterial segundo características demográficas e socioeconômicas da população. Pesquisa Nacional de Saúde (PNS), 2013, Brasil.

Variáveis	n	%	IC95%	p	RP* (IC)
Faixa etária (anos)					
18–29	141	35,1	27,9 – 43,2	< 0,001	1
30–59	4.897	76,8	74,9 – 78,6		2,16 (1,74 – 2,70)
60 ou mais	4.979	90,9	89,8 – 91,5		2,56 (2,06 – 3,18)
Sexo					
Masculino	3.374	76,7	74,5 – 78,7	< 0,001	1
Feminino	6.643	84,6	83,2 – 85,9		1,09 (1,06 – 1,12)
Renda em quartis					
1º quartil	2.310	81,3	78,7 – 83,7	0,02	1
2º quartil	2.241	79,7	77,1 – 82,1		0,98 (0,94 – 1,03)
3º quartil	2.679	82	79,7 – 84,1		1,01 (0,97 – 1,04)
4º quartil	2.787	82,1	79,7 – 84,1		1,01 (0,97 – 1,05)
Escolaridade					
Analfabeto/primário incompleto	2.158	84,4	81,7 – 86,7	< 0,001	1
Primário completo/fundamental incompleto	3.730	83,7	81,7 – 85,5		1,04 (0,99 – 1,07)
Fundamental completo/médio incompleto	1.154	79,7	76,1 – 82,7		1,05(1,00 – 1,11)
Médio completo/superior incompleto	1.883	75,4	72,3 – 78,3		1,00(0,96 – 1,05)
Superior	1.092	81,6	77,5 – 81,2		1,05 (1,00 – 1,11)
Raça/cor					
Branca	4.435	84,5	82,8 – 85,9	< 0,001	1
Preta	1.032	79,6	75,4 – 83,3		0,95 (0,90 – 1,00)
Parda	4.417	78,2	76,1 – 80,2		0,95 (0,92 – 0,98)
Posse de plano de saúde					
Sim	3.011	85,0	82,8 – 87,0	0,0001	1
Não	7.006	79,7	78,2 – 81,2		0,94 (0,91 – 0,97)
Região					
Norte	1.359	71,4	67,5 – 74,9	< 0,001	1
Nordeste	2.961	78,5	75,9 – 80,8		1,09 (1,03 – 1,51)
Centro-Oeste	2.859	83,4	81,3 – 85,3		1,15 (1,09 – 1,21)
Sudeste	1.513	83,5	80,6 – 86,1		1,15 (1,09 – 1,22)
Sul	1.325	80,3	77,3 – 82,9		1,12 (1,06 – 1,19)

IC95%: intervalo de confiança de 95%; RP: razão de prevalência; *razões de prevalência ajustadas por idade e sexo.

Tabela 2. Uso de medicamentos para controle do diabetes *mellitus* segundo características sociodemográficas e socioeconômicas da população. Pesquisa Nacional de Saúde (PNS), 2013, Brasil.

Variáveis	n	%	IC95%	p	RP* (IC)
Faixa etária (anos)					
18–29	36	59,5	41,0 – 83,7	0,0021	1
30–59	1.244	78,0	74,5 – 81,1		1,31 (0,98 – 1,76)
60 ou mais	1.614	83,1	80,0 – 86,5		1,40 (1,05 – 1,87)
Sexo					
Masculino	1.004	81,2	77,4 – 84,4	0,5019	1
Feminino	1.890	79,6	76,5 – 82,3		0,96 (0,92 – 1,03)
Renda em quartis					
1º quartil	681	78,5	73,1 – 83,1	0,11	1
2º quartil	631	79,1	74,3 – 83,2		1,01 (0,92 – 1,09)
3º quartil	752	82,3	76,9 – 85,1		1,04 (0,96 – 1,13)
4º quartil	830	81,1	76,7 – 84,8		1,03 (0,95 – 1,12)
Escolaridade					
Analfabeto/primário incompleto	672	76,1	70,1 – 81,2	0,0073	1
Primário completo/fundamental incompleto	1.095	78,4	74,4 – 81,8		1,04(0,96 – 1,14)
Fundamental completo/médio incompleto	344	83,0	76,8 – 87,7		1,14(1,03 – 1,27)
Médio completo/superior incompleto	501	81,8	76,5 – 86,2		1,14(1,03 – 1,26)
Superior	282	90,8	86,2 – 94,0		1,23(1,13 – 1,35)
Raça/cor					
Branca	1.277	82,5	79,3 – 85,3	0,0588	1
Preta	323	79,8%	72,3 – 85,7		0,97 (0,89 – 1,07)
Parda	1.246	76,8%	72,9 – 80,3		0,94 (0,89 – 1,00)
Posse de plano de saúde					
Sim	930	86,4	82,5 – 89,6	0,0002	1
Não	1.964	77,2	74,2 – 79,9		0,89 (0,85 – 0,95)
Região					
Norte	386	74,1	66,4 – 80,5	0,001	1
Nordeste	837	76,0	71,5 – 80,1		1,01 (0,92 – 1,13)
Sudeste	898	84,6	80,8 – 87,7		1,13 (1,02 – 1,25)
Sul	394	76,5	69,8 – 82,0		1,03 (0,91 – 1,16)
Centro-Oeste	379	75,4	70,0 – 80,1		1,01 (0,90 – 1,13)

IC95%: intervalo de confiança de 95%; RP: razão de prevalência; *razões de prevalências ajustadas por idade e sexo.

Tabela 3. Razões de prevalência do uso de medicamentos para diabetes e hipertensão segundo renda. Pesquisa Nacional em Saúde (PNS), 2013, Brasil.

	Hipertensão		
	Segundo quartil*	Terceiro quartil*	Quarto quartil*
Sexo			
Masculino	0,95 (0,90 – 1,00)	1,02 (0,98 – 1,06)	0,99 (0,95 – 1,04)
Feminino	0,98 (0,94 – 1,02)	1,00 (0,97 – 1,04)	1,01 (0,97 – 1,05)
Faixa etária (anos)			
18–29	0,88 (0,51 – 1,52)	0,60 (0,33 – 1,10)	0,77 (0,46 – 1,28)
30–59	0,97 (0,91 – 1,04)	0,99 (0,93 – 1,05)	0,99 (0,93 – 1,05)
60 ou mais	1,00 (0,95 – 1,05)	1,04 (1,00 – 1,09)	1,05 (1,00 – 1,09)
Região			
Norte	0,88 (0,76 – 1,02)	0,89 (0,76 – 1,05)	1,11 (0,99 – 1,24)
Nordeste	0,98 (0,91 – 1,05)	0,94 (0,87 – 1,01)	0,94 (0,86 – 1,03)
Centro-Oeste	1,04 (0,95 – 1,15)	1,02 (0,93 – 1,13)	0,94 (0,85 – 1,06)
Sudeste	0,98 (0,91 – 1,06)	1,02 (0,96 – 1,10)	1,01 (0,93 – 1,08)
Sul	0,94 (0,83 – 1,05)	0,98 (0,89 – 1,08)	0,98 (0,89 – 1,07)
Total	0,98 (0,94 – 1,02)	1,01 (0,97 – 1,04)	1,00 (0,97 – 1,05)
Diabetes			
	Segundo quartil*	Terceiro quartil*	Quarto quartil*
Sexo			
Masculino	1,02 (0,89 – 1,17)	1,03 (0,90 – 1,19)	1,03 (0,90 – 1,18)
Feminino	0,99 (0,89 – 1,11)	1,03 (0,93 – 1,14)	1,03 (0,94 – 1,15)
Faixa etária (anos)			
18–29	0,87 (0,29 – 2,54)	0,92 (0,35 – 2,38)	1,80 (0,89 – 3,60)
30–59	0,97 (0,85 – 1,11)	1,05 (0,93 – 1,20)	1,03 (0,91 – 1,16)
60 ou mais	1,04 (0,94 – 1,16)	1,04 (0,93 – 1,15)	1,01 (0,91 – 1,13)
Região			
Norte	1,04 (0,79 – 1,37)	1,24 (0,99 – 1,37)	1,25 (0,98 – 1,60)
Nordeste	0,91 (0,80 – 1,04)	0,93 (0,80 – 1,09)	0,84 (0,69 – 1,01)
Centro-Oeste	0,97 (0,77 – 1,22)	1,05 (0,85 – 1,30)	1,06 (0,86 – 1,31)
Sudeste	1,05 (0,91 – 1,22)	1,08 (0,94 – 1,23)	1,08 (0,95 – 1,24)
Sul	1,01 (0,76 – 1,32)	0,98 (0,74 – 1,29)	0,93 (0,71 – 1,23)
Total	1,01 (0,92 – 1,09)	1,03 (0,95 – 1,12)	1,03 (0,95 – 1,12)

*Categoria de referência: 1º quartil (25% mais pobres).

Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (VIGITEL), em que o percentual de hipertensos que usam medicamentos nas capitais das regiões do país variou entre 71,0% (IC95% 67,8 – 73,9) na Região Norte e 85,3% (IC95% 82,8 – 87,5) na Região Sudeste. Entre os diabéticos, esse percentual variou entre 83,5% (IC95% 78,3 – 87,6) no Sudeste e 81,9% (IC95% 76,7 – 86,1) no Centro-Oeste¹⁷.

O SUS propiciou ampliação da cobertura dos serviços de saúde e vem promovendo aumento do acesso da população a medicamentos e a outros insumos de saúde. No mundo, 3,5 bilhões de pessoas estão excluídas do acesso aos medicamentos essenciais. No Brasil, em virtude das políticas públicas adotadas, como a PNAF, a PNM e a PFPB, esse cenário é diferente, com aumento da provisão dos fármacos desde a criação do SUS até os dias atuais. Assim como esta pesquisa, outros estudos têm também analisado a utilização de medicamentos como *proxy* da obtenção desses insumos e mostrado que o avanço das políticas na qualificação da assistência farmacêutica tem impactado positivamente no acesso a medicamentos por parte da população brasileira⁹⁻¹¹. Há muitos avanços na área da assistência farmacêutica no país, com a busca incessante da melhoria do acesso aos medicamentos para tratar as doenças mais prevalentes da população, que incluem hipertensão e diabetes, morbididades em que o controle na população representa um desafio ao sistema de saúde^{14,18}.

Tabela 4. Razões de prevalência do uso de medicamentos para controle de hipertensão e diabetes segundo posse de plano de saúde. Pesquisa Nacional em Saúde (PNS), 2013, Brasil.

Categoria	Razão de prevalência e Intervalo de Confiança* (IC) ajustadas por idade e sexo	
	Hipertensão	Diabetes
Sexo		
Masculino	1,05 (1,02 – 1,1)	1,08 (1,02 – 1,15)
Feminino	1,04 (1,01 – 1,06)	1,09 (1,02 – 1,15)
Faixa etária (anos)		
18–29	0,99 (0,78 – 1,1)	0,98 (0,88 – 1,15)
30–59	0,97 (0,87 – 1,07)	1,44 (1,25 – 1,66)
60 ou mais	1,06 (1,03 – 1,1)	1,12 (1,07 – 1,18)
Região		
Norte	1,06 (0,99 – 1,13)	1,11 (1,01 – 1,21)
Nordeste	1,09 (1,06 – 1,12)	1,07 (0,98 – 1,15)
Centro-Oeste	1,03 (0,99 – 1,07)	1,10 (1,01 – 1,18)
Sudeste	1,03 (1,00 – 1,06)	1,07 (1,02 – 1,12)
Sul	1,03 (1,00 – 1,07)	1,08 (0,98 – 1,18)
Total	1,05 (1,03 – 1,07)	1,08 (1,04 – 1,12)

*Categoria de referência: sem plano de saúde.

O aumento da cobertura da Estratégia Saúde da Família (ESF), um dos mais importantes contatos dos usuários com o serviço de saúde no Brasil¹⁹, tem relação com a alta utilização de medicamentos para hipertensão e diabetes e proporcionou a ampliação do acesso da população a esses serviços. O controle da hipertensão arterial sistêmica e do diabetes *mellitus* constitui-se como uma das metas da ESF, que estabeleceu a Unidade Básica de Saúde (UBS) como a principal via de acesso da população ao sistema público de saúde, com crescimento expressivo nos últimos anos. O fortalecimento da ESF é um dos avanços alcançados com a criação do SUS, que promoveu aumento do acesso a serviços de saúde, nos níveis primário, secundário e terciário^{4,19}.

A utilização de medicamentos foi maior nas faixas etárias mais elevadas. Os idosos, em geral, possuem mais comorbidades e recorrem mais aos serviços de saúde⁸, o que pode explicar essa maior utilização quando comparados aos jovens. De acordo com Ramos et al.²⁰, o uso de medicamentos aumenta com a idade, possivelmente resultando em um regime terapêutico complexo, potencializando efeitos medicamentosos adversos e aumentando os custos. Em pacientes crônicos, cujo tratamento tem importante suporte na farmacoterapia, esse efeito adverso é ainda mais complexo.

A prevalência do uso de medicamentos para controle de diabetes foi maior nos indivíduos que possuem nível superior de ensino, se comparados com os analfabetos ou que possuem o primário incompleto, e foi maior no Sudeste, região que apresenta altos índices de desenvolvimento econômico.

O uso de anti-hipertensivos foi menor na Região Norte, que apresenta menores índices de desenvolvimento, com microrregiões geográficas que podem ter maiores barreiras de acesso, se comparada ao Sudeste. As desigualdades regionais observadas neste estudo podem resultar de diferenças na cobertura e no acesso aos serviços de saúde, na qualidade de cuidado aos pacientes e na provisão de medicamentos e outros insumos.

Os indivíduos com plano de saúde tende a apresentar maior prevalência de utilização de medicamentos para hipertensão; essa desigualdade encontra-se presente na Região Nordeste, mas não nas outras regiões. Em relação ao consumo de medicamentos para diabetes, a desigualdade por plano é mais frequente e foi observada em ambos os sexos, nos indivíduos mais idosos, no Norte, no Centro-Oeste e no Sudeste do Brasil. A literatura relata subutilização de medicamentos por conta da dificuldade financeira de parcelas da população brasileira. Segundo Nunes et al.²¹, a igualdade no direito de acesso, um dos princípios do SUS, não assegura, por si só, o uso equânime dos meios de tratamento, o que inclui os medicamentos.

A população brasileira convive há décadas com uma das mais elevadas concentrações de renda do mundo²¹. Mudanças nas condições socioeconômicas dos brasileiros desde 2003, com o crescimento econômico e as políticas sociais como, por exemplo, o aumento do salário mínimo acima do índice de inflação e as políticas de transferências de renda, têm diminuído o quadro das desigualdades. Alston et al.²² argumentam que houve no Brasil um processo de inclusão social significativo que reduziu a pobreza e a desigualdade a níveis sem precedentes. Os autores chamam o processo de inclusão dissipativa e afirmam que isso resulta em maior crescimento econômico e bem-estar da população. Ressalta-se a importância do SUS no processo de construção do sistema nacional de saúde conforme os pressupostos de equidade, o que pode ser corroborado pelos resultados do presente estudo, ao evidenciar que não houve diferença na utilização de medicamentos para hipertensão e diabetes entre os

quartis de renda da população estudada e que as diferenças no uso de anti-diabéticos segundo escolaridade e posse de plano de saúde foram de pequena magnitude.

A magnitude das desigualdades na utilização de anti-hipertensivos e anti-diabéticos é minimizada em razão da implementação de políticas de qualificação da assistência farmacêutica, que impactam no acesso a medicamentos, e das políticas de distribuição de medicamentos implantadas no Brasil. Os programas de distribuição de anti-hipertensivos e anti-diabéticos atingem toda a população e todas as faixas de renda.

Programas como o PFPB, que disponibiliza anti-hipertensivos e anti-diabéticos mediante coparticipação do usuário, e a campanha Saúde não Tem Preço (SNTTP), que os disponibiliza gratuitamente, aumentaram o acesso da população de baixa renda a medicamentos. Costa et al.¹¹ e Costa et al.¹⁴ reforçam a importância do PFPB para a obtenção de tais medicamentos. Além disso, a Política de Medicamentos Genéricos promoveu a queda dos preços de medicamentos com a grande ampliação da oferta de medicamentos à população, com forte estímulo à produção e comercialização de genéricos, cuja circulação em 2011 foi de 550 milhões de unidades, sendo responsáveis nesse ano por 24% do mercado de medicamentos no país²³.

A implantação desses programas de distribuição de medicamentos e de políticas que visam maior e mais equânime acesso da população a tais produtos, como a Política de Medicamentos Genéricos e o PFPB^{12,13,24}, contribuem fortemente para explicar os resultados do estudo, em que foram encontradas desigualdades na utilização, porém não de grande magnitude como as desigualdades encontradas em outras áreas do serviço de saúde²⁵⁻²⁸.

Nesta pesquisa, inequidades de pequena extensão foram observadas segundo escolaridade e plano de saúde no consumo de medicamentos para controle do diabetes. Para hipertensão, o estudo não encontrou desigualdades segundo renda nem escolaridade, e foi estimada fraca associação com plano de saúde e entre as regiões brasileiras. Esses resultados destacam a importância das políticas de medicamentos no Brasil e alertam para o fato de que as estratégias devem ser mantidas e permanentemente avaliadas. Ao considerar os resultados da investigação, é necessário levar em conta o viés de informação para o uso de medicamentos — informações autorreferidas —, no entanto os entrevistadores foram treinados na tentativa de minimizar esse viés.

Entre as forças do estudo, estão a abrangência e a representatividade da amostra da população adulta brasileira. O estudo traz uma análise estratificada das desigualdades no uso de medicamentos para hipertensos e diabéticos segundo renda e plano de saúde e de acordo com segmentos populacionais de sexo, idade e região geográfica brasileira, permitindo um entendimento mais específico do efeito da inequidade socioeconômica nesse consumo. As estimativas feitas servirão de base para o monitoramento dessas desigualdades no país.

CONCLUSÃO

Os resultados do estudo reforçam a importância de iniciativas governamentais buscando melhorar o acesso a medicamentos. A manutenção de todo o esforço empregado no Brasil no combate às desigualdades sociais em saúde é necessária. O país tem um cenário privilegiado para o debate das

desigualdades sociais, principalmente em razão de seu compromisso com a equidade em saúde, afirmada na Constituição de 1988, que definiu os princípios e as diretrizes para a organização do SUS. O presente trabalho, ao evidenciar a pequena diferença na utilização de medicamentos anti-hipertensivos e antidiabéticos segundo renda, escolaridade e posse de plano de saúde, destaca a importância da manutenção e do aprimoramento de políticas de qualificação de assistências farmacêuticas que ampliem ainda mais o acesso a medicamentos e garantam a equidade na sua utilização.

AGRADECIMENTOS

Os autores agradecem ao Ministério da Saúde, o financiamento do projeto, sob convênio no. 817122/2015, e ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), a bolsa de produtividade de M. B. A. Barros.

REFERÊNCIAS

- Alleyne G, Binagwaho A, Haines A, Jahan S, Nugent R, Rojhani A, et al. Embedding non-communicable diseases in the post-2015 development agenda. *The Lancet* 2013; 381(9866): 566-74. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)61806-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(12)61806-6)
- Beaghole R, Bonita R, Horton R, Adams C, Alleyne G, Asaria P, et al. Priority actions for the non-communicable disease crisis. *The Lancet* 2011; 377(9775): 1438-47. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(11\)60393-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(11)60393-0)
- Schmidt MI, Duncan BB, Mendonça GAS, Menezes AM, Monteiro CA, Barreto SM, et al. Doenças Crônicas não Transmissíveis no Brasil: Carga e Desafios Atuais. *The Lancet* 2011; 1: 61-74. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(11\)60135-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(11)60135-9)
- Brasil. Ministério da Saúde. Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil, 2011-2022. Série B. Textos Básicos de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2011. p. 30-160.
- Oliveira MA, Bermudez JAZ, Osório-de-Castro CGS. O que é Política Nacional de Medicamentos? In: Oliveira MA, Bermudez JAZ, Osório-de-Castro CGS, editores. Assistência Farmacêutica e Acesso a Medicamentos. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2007. p. 63-84.
- Barros MBA. Social inequality in health: revisiting moments and trends in 50 years of publication of RSP. *Rev Saúde Pública* 2017; 51: 1-4. <http://dx.doi.org/10.1590/s1518-8787.2017051000156>
- Barros MBA, César CLG, Carandina L, Goldbaum M, editores. As dimensões da Saúde: Inquérito Populacional em Campinas. São Paulo: Hucitec; 2008. 229 p.
- Luz TCB, Loyola Filho AI, Lima-Costa MF. Estudo de base populacional da subutilização de medicamentos por motivos financeiros entre idosos na Região Metropolitana de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. *Cad Saúde Pública* 2009; 25(7): 1578-86. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2009000700016>
- 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 Saúde Pública* 2016; 50(Supl. 2): 8s. <http://dx.doi.org/10.1590/s1518-8787.2016050006154>
- Mengue SS, Tavares NUT, Costa KS, Malta DC, Silva Júnior JB. Fontes de obtenção de medicamentos para tratamento de hipertensão arterial no Brasil: análise da Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. *Rev Bras Epidemiol* 2015; 18(Supl. 2): 192-203. <http://dx.doi.org/10.1590/1980-5497201500060017>
- Costa KS, Tavares NUL, Mengue SS, Pereira MA, Malta DC, Silva Júnior JB. Obtenção de medicamentos para hipertensão e diabetes no Programa Farmácia Popular do Brasil: resultados da Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. *Epidemiol Serv Saúde* 2016; 25(1): 33-44. <http://dx.doi.org/10.5123/S1679-49742016000100004>
- Costa CMFN, Silveira MR, Acurcio FA, Guerra Junior AA, Guibu IA, Costa KS, et al. Utilização de medicamento pelos usuários da atenção primária do Sistema Único de Saúde. *Rev Saúde Pública* 2017; 51(Supl. 2): 18s. <https://doi.org/10.11606/S1518-8787.2017051007144>
- Tavares NUL, Luiza VL, Oliveira MA, 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. <https://doi.org/10.1590/S1518-8787.2016050006118>

14. Costa KS, Francisco PMBS, 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. *Cad Saúde Pública* 2016; 32(2): e00090014. <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00090014>
15. Damacena GN, Szwarcwald CL, Malta DC, Souza Júnior PRB, Vieira MLFP, Pereira CA, et al. O processo de desenvolvimento da Pesquisa Nacional de Saúde no Brasil, 2013. *Epidemiol Serv Health* 2015; 24 (2): 197-206. <http://dx.doi.org/10.5123/S1679-49742015000200002>
16. Souza-Júnior PRB de, Freitas MPS de, Antonaci G de A, Szwarcwald CL. Desenho da amostra da Pesquisa Nacional de Saúde 2013. *Epidemiol Serv Saúde* 2015; 24(2): 207-16. <http://dx.doi.org/10.5123/S1679-49742015000200003>
17. Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico. *Vigitel Brasil. Estimativas sobre frequência e distribuição sociodemográfica do uso e fontes de obtenção dos medicamentos para tratamento da hipertensão e diabetes nas capitais dos 26 estados brasileiros e no distrito federal, 2011 a 2013.* Brasília: Ministério da Saúde; 2015. p. 9-50.
18. Osorio-de-Castro CGS, Luiza VL, Castilho SR, Oliveira MA, Jaramill NM. *Assistência Farmacêutica: gestão e prática para profissionais da saúde.* Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2014.
19. Mendes EV. *As redes de atenção à saúde.* Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2011. 549 p.
20. Ramos LR, Tavares NUL, Bertoldi AD, Rocha Farias M, Oliveira MA, Luiza VL, et al. Polifarmácia e polimorbidade em idosos no Brasil: um desafio em saúde pública. *Rev Saúde Pública* 2016; 50(Supl. 2): 9s. <http://dx.doi.org/10.1590/S1518-8787.2016050006145>
21. Nunes A, Santos JRS, Barata RB, Vianna SM. *Medindo as desigualdades em saúde no Brasil: uma proposta de monitoramento.* Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada; 2001.
22. Alston L, Melo M, Mueller B, Pereira C. *Changing Social Contracts: Beliefs and dissipative inclusion in Brazil.* NBER working paper. In: National Bureau of Economic Research; 2012. p. 3-42.
23. Teixeira A. *A indústria farmacêutica no Brasil: um estudo do impacto socioeconômico dos medicamentos genéricos.* Araraquara. Monografia [Graduação em Ciências Econômicas] – Unesp; 2014. <https://repositorio.unesp.br/bitstream/handle/11449/124346/000830044.pdf;sequence=1>
24. Dias CRC, Romano-Lieber NS. *Processo da implantação da política de medicamentos genéricos no Brasil.* *Cad Saúde Pública* 2006; 22(8): 1661-9. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2006000800014>
25. Monteiro CN, Beenackers M, Goldbaum M, Barros MBA, Gianini RJ, Cesar CLG, et al. *Socioeconomic inequalities in dental health services in Sao Paulo, Brazil, 2003-2008.* *BMC Health Serv Res* 2016; 16: 683. <https://dx.doi.org/10.1186%2Fs12913-016-1928-y>
26. Diniz CSG, Batista LE, Kalckmann S, Schlitzh AOC, Queiroz MR, Carvalho PCA. *Desigualdades sociodemográficas e na assistência à maternidade entre puérperas no Sudeste do Brasil segundo cor da pele: dados do inquérito nacional Nascer no Brasil (2011-2012).* *Saúde Soc* 2016; 25(3): 561-72. <http://dx.doi.org/10.1590/s0104-129020162647>
27. Pilotto LM, Celeste RK. *Tendências no uso de serviços de saúde médicos e odontológicos e a relação com nível educacional e posse de plano privado de saúde no Brasil, 1998-2013.* *Cad Saúde Pública* 2018; 34(4): e00052017. <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00052017>
28. Travassos C, Oliveira EXG, Viacava F. *Desigualdades geográficas e sociais no acesso aos serviços de saúde no Brasil: 1998 e 2003.* *Ciênc Saúde Coletiva* 2006; 11(4): 975-86. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232006000400019>

Recebido em: 19/12/2018

Versão final apresentada em: 01/03/2019

Aprovado em: 09/04/2019

Contribuições dos autores: Monteiro C. N., Lima M. G. e Barros M. B. A. participaram da concepção e do delineamento do estudo, da análise e da interpretação dos dados e da redação do manuscrito. Bastos T. F. e Szwarcwald C. L. participaram da concepção e do delineamento do estudo e da redação do manuscrito. Todos os autores revisaram e aprovaram a versão final do manuscrito e são responsáveis por todos os aspectos do trabalho, garantindo sua precisão e integridade.

