

Reginara Alves Ferreira

**HIPERTENSÃO ARTERIAL REFERIDA E UTILIZAÇÃO DE
MEDICAMENTOS DE USO CONTÍNUO: UM ESTUDO DE BASE
POPULACIONAL**

**Universidade Federal de Minas Gerais
Programas de Pós-Graduação em Saúde Pública
Belo Horizonte - MG
2012**

Reginara Alves Ferreira

HIPERTENSÃO ARTERIAL REFERIDA E UTILIZAÇÃO DE MEDICAMENTOS
DE USO CONTÍNUO: UM ESTUDO DE BASE POPULACIONAL

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde Pública (Área de concentração em Epidemiologia).

Orientadora: Luana Giatti Gonçalves
Co-Orientadora: Sandhi Maria Barreto

Belo Horizonte
2012

F383h Ferreira, Reginara Alves.
Hipertensão arterial referida e utilização de medicamentos de uso contínuo [manuscrito]: um estudo de base populacional. / Reginara Alves Ferreira. -- Belo Horizonte: 2012.

64f.: il.

Orientadora: Luana Giatti Gonçalves.

Co-Orientadora: Sandhi Maria Barreto.

Área de concentração: Saúde Pública.

Dissertação (mestrado): Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Medicina.

1. Hipertensão. 2. Medicamentos de Uso Contínuo. 3. Anti-Hipertensivos/uso terapêutico. 4. Cooperação do Paciente. 5. Epidemiologia Descritiva. 6. Dissertações Acadêmicas. I. Gonçalves, Luana Giatti. II. Barreto, Sandhi Maria. III. Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Medicina. IV. Título.

NLM: WG 340

Ficha catalográfica elaborada pela Biblioteca J. Baeta Vianna – Campus Saúde UFMG

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

Reitor

Prof. Clélio Campolina Diniz

Vice-Reitora

Prof^a. Rocksane de Carvalho Norton

Pró-Reitor de Pós-Graduação

Prof. Ricardo Santiago Gomez

Pró-Reitor de Pesquisa

Prof. Renato de Lima Santos

FACULDADE DE MEDICINA

Diretor

Prof. Francisco José Penna

Chefe do Departamento de Medicina Preventiva e Social

Prof. Antônio Leite Alves Radicchi

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA

Coordenadora

Prof^a. Ada Ávila Assunção

Sub-Coordenadora

Prof^a. Sandhi Maria Barreto

Colegiado

Prof^a. Ada Ávila Assunção

Prof^a. Eli Iola Gurgel Andrade

Prof. Fernando Augusto Proietti

Prof^a. Mariângela Leal Cherchiglia

Prof. Mark Drew Crosland Guimarães

Prof^a. Sandhi Maria Barreto

Maryane Oliveira Campos (Representante Discente Titular – Doutorado)

Tiago Lopes Coelho (Representante Discente Suplente – Mestrado)

ATA DE DEFESA DA DISSERTAÇÃO



FACULDADE DE MEDICINA
CENTRO DE PÓS-GRADUAÇÃO

Av. Prof. Alfredo Balena 190 / sala 533
Belo Horizonte - MG - CEP 30.130-100
Fone: (031) 3409.9641 FAX: (31) 3409.9640



UFMG

ATA DA DEFESA DE DISSERTAÇÃO DE MESTRADO de **REGINARA ALVES FERREIRA** número de registro 2011656103. As quatorze horas do dia **sete de dezembro de dois mil e doze**, reuniu-se na Faculdade de Medicina da UFMG a Comissão Examinadora de dissertação indicada pelo Colegiado do Programa para julgar, em exame final, o trabalho intitulado: "**HIPERTENSÃO ARTERIAL REFERIDA E UTILIZAÇÃO DE MEDICAMENTOS DE USO CONTÍNUO: UM ESTUDO DE BASE POPULACIONAL**", requisito final para a obtenção do Grau de Mestre em Saúde Pública - Área de Concentração em Epidemiologia. Abrindo a sessão, a Presidente da Comissão, Profa. Luana Giatti Gonçalves, após dar a conhecer aos presentes o teor das normas regulamentares do trabalho final, passou a palavra à candidata para apresentação de seu trabalho. Seguiu-se a arguição pelos examinadores com a respectiva defesa da candidata. Logo após, a Comissão se reuniu sem a presença da candidata e do público para julgamento e expedição do resultado final. Foram atribuídas as seguintes indicações:

Profa. Luana Giatti Gonçalves/orientadora	Instit: UFOP	Indicação: <u>APROVADA</u>
Profa. Sandhi Maria Barreto/coorientadora	Instit: UFMG	Indicação: <u>APROVADA</u>
Profa. Josélia Oliveira Araújo Firmo	Instit: FIOCRUZ	Indicação: <u>APROVADA</u>
Prof. Francisco de Assis Acurcio	Instit: UFMG	Indicação: <u>APROVADA</u>

Pelas indicações a candidata foi considerada APROVADA

O resultado final foi comunicado publicamente à candidata pela Presidente da Comissão. Nada mais havendo a tratar, a Presidente encerrou a sessão e lavrou a presente ATA, que será assinada por todos os membros participantes da Comissão Examinadora. Belo Horizonte, 07 de dezembro de 2012.

Profa. Luana Giatti Gonçalves	<u>Luana Giatti Gonçalves</u>
Profa. Sandhi Maria Barreto	<u>Sandhi Maria Barreto</u>
Profa. Josélia Oliveira Araújo Firmo	<u>Josélia Oliveira Araújo Firmo</u>
Prof. Francisco de Assis Acurcio	<u>Francisco de Assis Acurcio</u>
Profa. Ada Ávila Assunção/coordenadora	<u>Ada Ávila Assunção</u>

Obs.: Este documento não terá validade sem a assinatura e carimbo do Coordenador.

Profa. Ada Ávila Assunção
Coord. do PG em Saúde Pública
Faculdade de Medicina / UFMG

DECLARAÇÃO DE DEFESA



FACULDADE DE MEDICINA
CENTRO DE PÓS-GRADUAÇÃO

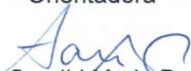
Av. Prof. Alfredo Balena 190 / sala 533
Belo Horizonte - MG - CEP 30.130-100
Fone: (031) 3409.9641 FAX: (31) 3409.9640



DECLARAÇÃO

A Comissão Examinadora abaixo assinada, composta pelos Professores Doutores: Luana Giatti Gonçalves, Sandhi Maria Barreto, Josélia Oliveira Araújo Firmo, Francisco de Assis Acurcio, aprovou a defesa da dissertação intitulada **"HIPERTENSÃO ARTERIAL REFERIDA E UTILIZAÇÃO DE MEDICAMENTOS DE USO CONTÍNUO: UM ESTUDO DE BASE POPULACIONAL"** apresentada pela aluna **Reginara Alves Ferreira** para obtenção do título de Mestre em Saúde Pública, pelo Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública - Área de Concentração em Epidemiologia, da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais, realizada em 07 de dezembro de 2012


Profa. Luana Giatti Gonçalves
Orientadora


Profa Sandhi Maria Barreto
Coorientadora


Profa. Josélia Oliveira Firmo


Prof. Francisco de Assis Acurcio

Aos meus pais, Josina e Antonio, por toda dedicação à família.

AGRADECIMENTOS

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus, fonte de vida e “porto seguro” nos momentos difíceis.

À professora Luana Giatti, por toda a paciência, amizade, apoio e compreensão. Obrigada por me orientar com tamanha presteza e competência durante estes dois anos. Agradeço também pela generosidade ao transmitir seus conhecimentos e por estar sempre me incentivando e estimulando meu aprendizado.

À professora Sandhi Maria Barreto, por ter me acolhido, pela confiança depositada e pelas orientações que tanto contribuíram para a elaboração deste trabalho.

Aos colegas do Programa de pós graduação, em especial à Lidiane do Valle Camelo e Maryane Oliveira Campos, pela ajuda e disponibilidade em diversos momentos. Agradeço pelos conselhos nos momentos de angústia e ansiedade.

À Valéria Solar e Jussara Magalhães, funcionárias da secretaria do curso de Pós Graduação da Faculdade de Medicina da UFMG, por toda ajuda durante o curso.

À Secretaria de Saúde da Prefeitura Municipal de Brumadinho e às minhas coordenadoras Lucinéia de Oliveira Souza e Janaína de Moura Freire, pela generosidade e compreensão. Agradeço em especial à Lucinéia, por tantos anos de amizade e companheirismo e por ter me incentivado a retomar os estudos.

Às minhas amigas Inez Aparecida da Cruz, Raquel Aparecida Luiz e Raquel Gerbassi Almeida por estarem sempre presentes e à Maria Efigênia dos Santos, grande incentivadora.

Ao Emerson por toda a paciência, carinho, pelos conselhos e palavras de incentivo que foram essenciais desde o início deste trabalho.

Aos meus pais, Antonio e Josina, por todo apoio na vida diária e por terem, desde bem cedo, me ensinado a importância dos estudos. E aos meus irmãos Regiane e Reginaldo pela troca de experiências. Essa presença tem sido fundamental em todos os momentos da minha vida.

RESUMO DA DISSERTAÇÃO

RESUMO

HIPERTENSÃO ARTERIAL REFERIDA E UTILIZAÇÃO DE MEDICAMENTOS DE USO CONTÍNUO: UM ESTUDO DE BASE POPULACIONAL

INTRODUÇÃO: O tratamento adequado da hipertensão arterial sistêmica (HAS) é fundamental para a redução da morbidade e mortalidade por doenças cardiovasculares. Porém, sabe-se que, apesar dos indivíduos com hipertensão necessitarem de uso contínuo de anti-hipertensivos, muitos não realizam tratamento medicamentoso. No Brasil, ainda não há nenhum estudo de base populacional de âmbito nacional que tenha investigado a prevalência da não utilização de medicamentos de uso contínuo entre indivíduos com relato de diagnóstico de hipertensão e fatores associados. Esta informação é importante para direcionar intervenções que superem as dificuldades que existem para o tratamento, principalmente entre os grupos mais vulneráveis.

OBJETIVO: Estimar a prevalência e os fatores associados a não utilização de medicamentos de uso contínuo entre indivíduos que relataram diagnóstico de hipertensão arterial na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios 2008 (PNAD 2008).

MÉTODOS: Foi calculada a prevalência da não utilização de medicamentos de uso contínuo entre os 47.268 indivíduos de 30 a 79 anos que declararam ter hipertensão na PNAD 2008. Razão de Prevalência e seu Intervalo de Confiança de 95% foi obtida por regressão de Poisson para avaliar as associações independentes com características sociodemográficas (sexo, idade, escolaridade, região de residência, macrorregião de residência, trabalho na semana de referência, cor/raça referida e renda domiciliar *per capita*), comportamentos relacionados à saúde (tabagismo atual e prática regular de atividade física) e características de saúde (presença de outras doenças crônicas, número de consultas médicas nos últimos 12 meses, relato de internações hospitalares nos últimos 12 meses e o cadastro nas Unidades de Saúde da Família).

RESULTADOS: A porcentagem de indivíduos com hipertensão que não faz uso de medicamentos de uso contínuo foi de 17%. As características positivamente associadas à não utilização de medicamentos de uso contínuo na análise multivariável foram: sexo masculino, ser fumante, ser morador das regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste do país. A não utilização desses medicamentos diminuiu com a idade, com o aumento da renda domiciliar *per capita*, do número de doenças crônicas e de consultas médicas nos últimos 12 meses. A proporção de não uso foi ligeiramente menor entre as pessoas com maior nível de escolaridade (11 anos e mais de estudo), entre os que realizavam atividades físicas e os que não estavam trabalhando nem desempregados.

CONCLUSÃO: Mesmo com a garantia de direito universal ao sistema de saúde e com as melhorias observadas após a implantação do SUS ainda existe uma parcela considerável das pessoas com HAS que não faz uso de medicamentos de uso contínuo. Verificamos desigualdades regionais, sociais e de gênero na utilização de medicamentos de uso contínuo. Os resultados apontam desafios a serem superados e remetem a necessidade do contínuo investimento na atenção primária, melhoria no acesso e qualidade da atenção à saúde com vistas a superação das desigualdades em saúde.

DESCRITORES: Hipertensão, medicamentos de uso contínuo, PNAD 2008.

ABSTRACT

ABSTRACT

SELF-REPORTED HYPERTENSION AND NON-UTILIZATION OF CONTINUOUS-USE MEDICATION A POPULATION-BASED STUDY

INTRODUCTION: Appropriate hypertension treatment is the key to reducing morbidity and mortality related to cardiovascular diseases. However, it is well known that, although individuals with hypertension require antihypertensive drug treatment, a large number does not carry it on. In Brazil, there are no national population-based studies that have investigated the prevalence of the non-utilization of continuous-use medication among individuals who self-reported hypertension. This information is important to target interventions in order to overcome the difficulties of the treatment, especially among the most vulnerable groups. **OBJECTIVE:** To estimate the prevalence and factors associated with the non-utilization of continuous-use medication among individuals who reported a diagnosis of hypertension in the National Household Sample Survey in 2008 (PNAD 2008). **METHODS:** We calculated the prevalence of non-utilization of continuous-use medication among 47,268 individuals from 30 to 79 years of age who self-reported having hypertension in the PNAD 2008. The Prevalence ratios with confidence intervals of 95% were obtained by Poisson regression, in order to evaluate the independent association of the sociodemographic characteristics (gender, age, education, residence region, work during the reference week, color / race and *per capita* household income), health related behaviors (current smoking and regular physical activity) and health characteristics (presence of other chronic diseases, number of physician visits in the 12 past months, hospitalizations reports in the last 12 months and the enrollment in the Family Health Units). **RESULTS:** The prevalence of hypertensive individuals who do not use continuous-use medication was of 17%. After adjusting, characteristics positively associated with the non-utilization were: males, smokers, living in the North, Northeast and Midwest regions of Brazil and those who were outside the labor force. The non-utilization of continuous-use medication decreased with age, household income, the number of comorbidities and the number of physician visits in the past 12 months. The proportion of non-use was slightly lower among people with higher educational levels (11 and more years of education), those who were outside the labor force and those who did not perform physical activities. **CONCLUSION:** Although medications for hypertension treatment are available for free in the Brazilian Health System, there are still a considerable proportion of self-reported hypertensive individuals who do not use medication continuously. The control of hypertension is essential in order to face the main non-transmissible chronic diseases. These results reveal that is necessary to invest in primary care, improve access to health services and take action against the regional, social and gender inequalities observed.

KEY WORDS: Hypertension, non-utilization of continuous-use medications, PNAD 2008.

SUMÁRIO

1 APRESENTAÇÃO	19
2 CONSIDERAÇÕES INICIAIS	21
2.1 HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA: DEFINIÇÃO E PREVALÊNCIA	21
2.2 HIPERTENSÃO ARTERIAL REFERIDA	23
2.3 TRATAMENTO DA HAS	24
2.3.1 FATORES ASSOCIADOS AO TRATAMENTO DA HAS	26
2.3.1.1 FATORES SOCIODEMOGRÁFICOS	26
2.3.1.2 COMPORTAMENTOS RELACIONADOS À SAÚDE	28
2.3.1.3 CONDIÇÕES DE SAÚDE E UTILIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE	28
2.3.1.4 OUTROS FATORES RELEVANTES	29
2.4 JUSTIFICATIVA	29
3 OBJETIVOS	33
3.1 OBJETIVO GERAL	33
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	33
4 ARTIGO	35
INTRODUÇÃO	38
MÉTODOS	39
RESULTADOS	42
DISCUSSÃO	43
AGRADECIMENTOS	49
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	49
FIGURAS E TABELAS	53
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	58
APÊNDICE 1: TABELA COM ANÁLISE MULTIVARIÁVEL DOS 3 BLOCOS DE VARIÁVEIS EXPLICATIVAS E SUAS ASSOCIAÇÕES À NÃO UTILIZAÇÃO DE MEDICAMENTOS ENTRE OS INDIVÍDUOS COM IDADE ENTRE 39 E 79 ANOS QUE DECLARARAM TER HAS NA PNAD 2008.	61
ANEXO 1: CÓPIA DA ATA DE QUALIFICAÇÃO	64

APRESENTAÇÃO

1 APRESENTAÇÃO

Esta dissertação insere-se na linha de pesquisa *Epidemiologia das Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Ocupacionais* do Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Universidade Federal de Minas Gerais (PPGSP-UFMG), preenchendo um requisito parcial para a obtenção do título de mestre em Saúde Pública, área de concentração em Epidemiologia. Trata-se de um estudo de base populacional com o uso de dados do Suplemento de Saúde da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios realizada pela Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) no ano de 2008¹.

Nesta dissertação foi estimada a prevalência de não utilização de medicamentos de uso contínuo entre pessoas que declararam ter pressão alta na PNAD 2008 e os fatores que estão associados à esta não utilização.

O volume está apresentado na forma de artigo científico, cuja estrutura e formatação estão de acordo com o regulamento do PPGSP-UFMG². O artigo foi submetido ao periódico *Cadernos de Saúde Pública*.

Este volume contém:

1. *Considerações iniciais*: breve revisão de literatura (fundamentação teórica) sobre a hipertensão arterial sistêmica, sua prevalência, validade da hipertensão arterial referida, fatores associados ao tratamento da hipertensão e a justificativa da dissertação.
2. *Objetivos*: apresentação dos objetivos da dissertação, respondidos no artigo científico.
3. *Artigo original*: apresenta-se no formato aprovado para publicação e contém introdução, métodos, resultados, discussão, agradecimentos, referências bibliográficas, figura e tabelas.
4. *Considerações finais*: apontam os resultados mais relevantes do estudo, as possíveis contribuições para o sistema de saúde brasileiro e as perspectivas futuras.
5. *Apêndice e Anexo*: Tabela não apresentada no artigo e ata de qualificação.

¹ Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), 2008. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. Rio de Janeiro: IBGE.

² Programa de Pós-graduação em Saúde Pública Universidade Federal de Minas Gerais. Regulamento do Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública - 2010. Belo Horizonte, 2010.

CONSIDERAÇÕES INICIAIS

2 CONSIDERAÇÕES INICIAIS

2.1 HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA: DEFINIÇÃO E PREVALÊNCIA

As doenças não transmissíveis foram a principal causa de morte no mundo ano de 2008, sendo as doenças cardiovasculares responsáveis por quase 50% destas mortes³. Em 2005, as doenças cardiovasculares responderam por 10% das incapacidades em todo o mundo⁴. No Brasil, estas doenças também estão entre as principais causas de morte, sendo responsáveis por aproximadamente 33% dos óbitos com causas conhecidas e grande parcela das internações hospitalares no SUS^{3,5,6}. A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é o principal fator de risco para a ocorrência destas enfermidades, contribuindo com aproximadamente 62% dos casos de doenças cerebrovasculares e 49% das doenças isquêmicas do coração⁷.

A HAS foi definida pelo *Joint National Committee on Prevention Evaluation and Treatment of High Blood Pressure* como uma média de pressão sistólica maior ou igual a 140mmHg e uma média de pressão diastólica maior ou igual a 90mmHg ou uso contínuo de medicamentos anti-hipertensivos⁸.

Constituiu a principal causa de óbito prevenível no mundo no ano de 2004, inclusive nos países em desenvolvimento⁹. Sua ocorrência varia com a idade, sexo e composição racial, sendo mais frequente entre os homens em diversos países, em indivíduos de raça negra e aumenta com a idade^{10,11,12,13}. Sofre também influência de características associadas ao estilo de vida, como ingestão de bebidas alcóolicas e obesidade^{10,11,12,14} e do histórico familiar^{10,14}.

³World Health Organization. Global report. Non-communicable diseases country profiles 2011. Disponível em: http://www.who.int/nmh/publications/ncd_profiles2011/en/index.html.

⁴World Health Organization. World Health Statistics 2006. Geneva, Switzerland: WHO; 2006. Disponível em: <http://www.who.int/whosis/whostat2006.pdf>.

⁵Lima-Costa MF, Peixoto SV, Firmo JO. Validade da hipertensão arterial auto-referida e seus determinantes (projeto Bambuí). Revista de Saúde Pública 2004; 38(5): 637-42.

⁶Passos VM, Assis TD, Barreto SM. Hipertensão arterial no Brasil: estimativa de prevalência a partir de estudos de base populacional. Epidemiologia e Serviços de Saúde 2006; 15(1):35 – 45.

⁷World Health Organization. The World Health Report 2002: Reducing risks, promoting health life. Geneva: WHO 2002.

⁸Chobanian AV, Bakris GL, Black HR, Cushman WC, Green LA, Izzo JL et al. The seventh report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure: the JNC 7 report. JAMA 2003; 289: 2560–72.

⁹World Health Organization. Global Health Risks: Mortality and burden of disease attributable to selected major risks. Switzerland: WHO; 2009.

¹⁰Dzudie A, Kengne AP, Muna WF, Ba H, Menanga A, Kouam CK et al. Prevalence awareness, treatment and control of hypertension in a self-selected sub-Saharan African urban population: a cross-sectional study. BMJ Open 2012. Doi:10.1136/bmjopen-2012-001217.

Em vários países da Europa Ocidental, a prevalência da hipertensão arterial chega a ser superior a 40% na população adulta e idosa, chegando a 47% na população acima de 20 anos na Sérvia no ano de 2006¹⁵ enquanto no Canadá, Estados Unidos e América Latina afeta aproximadamente um terço da população³. Em países africanos, afetou 33% dos indivíduos maiores de 25 anos em Moçambique no ano de 2005¹² e 47,5% das pessoas acima de 15 anos em Camarões no ano de 2011¹⁰.

No Brasil, no ano de 2006, de acordo com dados do VIGITEL, os valores de prevalências variaram de 15% em Palmas (TO) a 25% em Recife (PE)¹⁶. Inquérito realizado em 15 capitais brasileiras em 2002 e 2003 mostrou que prevalência por grupos etários correspondeu a 7,4% a 15,7% entre as pessoas com idade de 25 a 39 anos, 26,0% a 36,4% entre as pessoas com idade de 40 a 59 anos e a 39,0% a 59% entre aqueles com idade maior ou igual a 60 anos¹⁷. Além de aumentar com a idade, a prevalência da hipertensão está associada à presença de morbidades como dislipidemias, diabetes e eventos cardiovasculares. No ano de 2010 a prevalência dessa enfermidade na população brasileira foi de 23%, sendo maior entre as mulheres do que entre os homens e apresentando associação inversa com a escolaridade, principalmente para o sexo feminino¹⁸. Porém, o valor médio de pressão sistólica estimado para a população brasileira no ano de 2008 foi maior entre os homens (133mmHg contra 124mmHg para as mulheres)³. Dentre as doze morbidades referidas investigadas na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD 2008), a HAS foi a de maior prevalência¹⁹.

¹¹Jaddou HY, Batieha AM, Khader YS, Kanaan AH, El-khateeb MS, Ajlouni KM. Hypertension prevalence, awareness, treatment and control, and associated factors: result from a National survey, Jordan. Intern J of Hypertens 2011.

¹²Damasceno A, Azevedo A, Silva-Matos C, Prista A, Diogo B, Lunet N. Hypertension, prevalence, awareness, treatment and control in Mozambique. Hypertension 2009; 54: 77-83.

¹³Kearney PM, Whelton M, Reynolds K, Whelton PK, He J. Worldwide prevalence of hypertension: a systematic review. Journal of Hypertension 2004; 22: 11-19.

¹⁴Mendéz-Chacón E, Santamaria-Ulloa C, Rosero-Bixby L. Factors associated with hypertension prevalence, unawareness and treatment among Costa Rica elderly. BMC Public Health 2008; 8:275.

¹⁵Vera G, Natasa D, Svetlana K, Sonja S, Jasmina G, Sonja T. Epidemiology of hypertension in Serbia: Results of a National Survey. J Epidemiol 2012; 22(3):261-66.

¹⁶Ferreira SR, Moura EC, Malta DC, Sarno F. Frequency of arterial hypertension and associated factors, 2006. Rev Saúde Pública 2009;43(Supl. 2):98-106.

¹⁷Instituto Nacional de Câncer. Coordenação de Prevenção e Vigilância. Inquérito domiciliar sobre comportamentos de risco e morbidade referida de doenças e agravos não transmissíveis: Brasil, 15 capitais e Distrito Federal, 2002-2003. INCA, 2004. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/inquerito/docs/completa.pdf>.

¹⁸Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Vigitel Brasil 2010: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico (VIGITEL, 2010). Brasília, 2011.

¹⁹Barros MB, Francisco PM, Zanchetta LM, César CL. Tendências das desigualdades sociais e demográficas na prevalência de doenças crônicas no Brasil, PNAD: 2003-2008. Ciên Saúde Coletiva. 2011.16(9):3755-68.

2.2 HIPERTENSÃO ARTERIAL REFERIDA

A maneira mais correta de se determinar a prevalência da hipertensão em uma população é através da aferição da pressão arterial dos indivíduos e de informações sobre o uso de medicamentos anti-hipertensivos. Porém, em inquéritos de base populacional, esta aferição nem sempre é viável, podendo apresentar dificuldades logísticas e se tornar um processo oneroso. Por isso, muitas vezes é utilizado um indicador mais simples, que é a hipertensão autorreferida. Este indicador foi utilizado em inquéritos de grande relevância como National Health and Nutrition Examination Survey (NHANES) nos Estados Unidos. No Brasil, além do VIGITEL e do Inquérito Domiciliar sobre Comportamentos de Risco e Morbidade Referida de Agravos e Doenças não Transmissíveis, o suplemento de saúde da PNAD nos anos de 1998, 2003 e 2008 também investiga hipertensão arterial referida. Para se obter a informação sobre a hipertensão arterial referida, a pergunta feita nestes inquéritos foi “*Algum médico ou profissional da saúde disse que ... tem hipertensão (pressão alta)?*”^{1,18}.

A hipertensão arterial autorreferida tem se mostrado um bom indicador para estimar a prevalência de HAS. Nos Estados Unidos, utilizando dados do inquérito NHANES III, verificou-se uma sensibilidade de 71%, especificidade de 90%, e a validade foi maior entre as mulheres, entre os indivíduos que visitaram o médico mais frequentemente e entre pessoas com sobrepeso²⁰.

Estudo de validação da hipertensão arterial autorreferida foi realizado com uma amostra representativa da população de 18 anos e mais da cidade de Bambuí, Minas Gerais, no ano de 1996, encontrando valores de sensibilidade de 72,1% (IC95% 69,3-75,0) e especificidade de 86,4% (IC95% 89,3-92,9). Neste estudo houve maior validade da hipertensão autorreferida entre as mulheres, entre os indivíduos com idade superior a 40 anos, entre as pessoas com sobrepeso e entre aqueles que visitaram o médico mais recentemente⁵. Em outro inquérito de base populacional realizado na zona urbana de Pelotas, Rio Grande do Sul, entre outubro de 2007 e janeiro de 2008, com indivíduos maiores de 20 anos de idade os valores de sensibilidade e especificidade foram respectivamente 84,4% e 87,5%²¹.

²⁰ Vargas CM, Burt VL, Gillum RF, Pamuk ER. Validity of self-reported hypertension in the National Health and Nutrition Examination Survey III, 1988-1991. *Prev Med.* 1997; 26:678-85.

²¹ Chrestani MD, Santos IS, Matiasевич AM. Hipertensão arterial sistêmica auto-referida: validação diagnóstica em estudo de base populacional. *Cad Saúde Pública* 2009; 25(11):2395-2406.

2.3 TRATAMENTO DA HAS

O tratamento da hipertensão consiste em medidas não medicamentosas, como manutenção de índices de massa corporal (IMC) adequados, prática regular de atividade física, adoção de dieta saudável, rica em frutas e verduras, restrição dos alimentos manufaturados e do consumo de sódio, cessação do tabagismo e controle do estresse²². Essas medidas podem ser usadas isoladamente para a obtenção do controle da pressão arterial por até seis meses quando o indivíduo apresenta baixo risco cardiovascular²³. Contudo, na maioria dos casos é essencial o uso contínuo de medicamentos, sendo muitas vezes necessário o uso mais de um tipo de fármaco⁸.

Por necessitar de uso contínuo de medicamentos, o tratamento da hipertensão pode se tornar uma tarefa difícil para os indivíduos. Nas décadas de 70 e 80, estudos afirmavam que apenas metade dos pacientes hipertensos tinham diagnóstico. Destes, metade começava a se tratar e entre os que tratavam somente metade controlava os níveis pressóricos. Estes achados deram origem à chamada regra dos meios. Ao longo dos anos, as porcentagens de conhecimento, tratamento e controle têm aumentado, sobretudo nos países industrializados, mas em diversas regiões do mundo as mudanças ainda têm sido discretas²⁴.

Em geral, o nível de conhecimento e tratamento varia bastante entre os países e regiões do mundo. O quadro 1, elaborado com base na revisão sistemática realizada por Kearney e cols. (2004), apresenta as proporções de tratamento em indivíduos de diferentes países entre os anos de 1986 e 2001. É interessante observar que a proporção de homens que realizavam tratamento era inferior a de mulheres em todos os países.

Dados mais recentes apontam que as porcentagens indivíduos com hipertensão arterial que realizam tratamento têm aumentado nas últimas décadas. De acordo com dados do NHANES, a proporção de indivíduos com hipertensão não tratados nos Estados Unidos reduziu cerca de 15% entre os anos de 2001 e 2010²⁵. Na Jordânia esta porcentagem reduziu cerca de 10%

²² Centers of Disease Control and Prevention. Vital Signs: Prevalence, treatment and control of hypertension. United States, 1999-2002 and 2005- 2008. MMWR 2011. 60: 103-08.

²³ 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): 1-51.

²⁴ Marques-Vidal LP e Toumilehto J. Hypertension awareness, treatment and control in the community: is the rule of halves still valid? J Hum Hypertens 1997. 11:213-20.

²⁵ Gu Q, Burt VL, Dillon CF, Yoon S. Trends in antihypertensive medication use and pressure control among United States adults with hypertension: the National Health and Nutrition Survey, 2001 to 2010. Circulation 2012; 126(17):2105-14.

entre os anos de 1994-1998 e 2009. Entre as mulheres inglesas, esta redução esteve em torno de 10% e entre os homens não foi significativa entre os anos de 2003 e 2006²⁶. Na China, no ano de 2002, em todo o país, a proporção de tratamento atingiu 80% dos indivíduos cientes de sua condição²⁷. Em Camarões no ano de 2011 e na Sérvia no ano de 2006, essa proporção foi de 60%^{10,15}.

Quadro 1 – Porcentagem de indivíduos em tratamento da hipertensão em diversos países.

País	Ano do estudo	Faixa etária	% tratamento (homens)	% tratamento (mulheres)	% tratamento (total)
Estados Unidos	1999-2000	18 – 80+	54,3	62,0	58,4
Canadá	1986-1992	18 - 74	32,0	49,0	39,0
México	1992-1993	20 - 69	6,5	14,6	10,7
Espanha	1990	35 - 64	27,5	35,0	32,0
Inglaterra	1998	16 - 75	25,7	38,0	31,8
Alemanha	1994 – 1995	25 - 74	29,0	43,4	35,1
Venezuela	1996	20+	13,1	26,0	22,9
Egito	1991	25 - 95	-	-	23,9
China	2000 - 2001	35 - 74	23,4	33,8	22,8
África do Sul	1998	15 - 65	21,0	36,0	-

Fonte: Kearney e cols, 2004

A proporção de indivíduos com hipertensão arterial sem tratamento nos estudos feitos no Brasil é variável. A proporção de idosos que realizavam tratamento entre as que tinham HAS e conheciam sua condição chegou a 82% na cidade de Bambuí, Minas Gerais no ano de 1997²⁸. No Rio Grande do Sul, em uma amostra da população de 20 anos e mais, quase 50% dos indivíduos com HAS ignoravam essa condição, e entre os que sabiam, 10,4% não utilizavam nenhum tratamento medicamentoso²⁹. Entre os idosos moradores de Belo

²⁶ Falaschetti E, Chaudhury M, Mindell J, Poutler N. Continued improvement in hypertension management in England: results from the health survey for England 2006. *Hypertension* 2009; 53(3):480-6.

²⁷ Wu Y, Huxley R, Li L, Anna V, Xie G, Yao C et al. Prevalence, awareness, treatment and control of hypertension in China: Data from China National Nutrition and Health Survey 2002. *Circulation* 2008; 118:2679-86.

²⁸ Firmo JO, Barreto SM, Lima-Costa MF. Projeto Bambuí: fatores associados ao tratamento de hipertensão arterial entre idosos na comunidade. *Cad Saúde Pública* 2003; 19(3): 817-27.

²⁹ Gus I, Harzheim E, Zaslavsky C, Medina C, Gus M. Prevalence, awareness and control of systemic arterial hypertension in the state of Rio Grande do Sul. *Arq Bras de Cardiol* 2004; 84(5): 429-33.

Horizonte que declararam ter hipertensão no ano de 2003, a utilização de anti-hipertensivos foi de 88,7% e um terço destes utilizava associação de dois princípios ativos³⁰.

2.3.1 FATORES ASSOCIADOS AO TRATAMENTO DA HAS

A utilização de medicamentos anti-hipertensivos parece estar relacionada com características sociodemográficas, com comportamentos relacionados à saúde, com as condições de saúde e utilização de serviços de saúde, entre outras.

2.3.1.1 FATORES SOCIODEMOGRÁFICOS

Os fatores sociodemográficos que influenciam a utilização de medicamentos anti-hipertensivos descritos na literatura são: idade, sexo, escolaridade, renda, região de residência, raça ou etnia e status em relação ao trabalho^{11,12,14,22,26,27,31,32,33,34}.

Em geral, observa-se uma maior frequência de tratamento da HAS entre as mulheres do que entre os homens. Esta relação foi fortemente observada em estudo feito em Moçambique, onde a porcentagem de mulheres tratadas era o dobro da porcentagem de homens¹². Estudos realizados em Portugal³¹, Estados Unidos^{22,33}, Canadá³² e China²⁶ também apontaram uma relação entre sexo masculino e ausência do uso de anti-hipertensivo.

Diversos estudos apontam para uma relação direta entre idade e uso de medicamentos anti-hipertensivos, ou seja, quanto maior a idade, maior a proporção de tratamento medicamentoso^{11,22,30,31,33}. Já na Costa Rica foi observada relação direta com a idade somente entre os homens¹⁴.

A escolaridade parece influenciar positivamente o tratamento da HAS, assim como influencia outros cuidados de saúde. Na Costa Rica, indivíduos que apresentavam maior escolaridade tendiam a realizar tratamento para HAS com maior frequência. Pequenos diferenciais de escolaridade parecem ser importantes em especial entre idosos¹⁴.

³⁰ Gontijo MF, Ribeiro AQ, Klein CH, Rozenfeld S, Acúrcio FA. Uso de anti-hipertensivos por idosos: inquérito de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. *Cad Saúde Pública* 2012; 28(7):1337-46.

³¹ Lee HS, Park YM, Kwon HS, Lee JH, Park YJ, Lim SY et al. Prevalence, awareness, treatment, and control of hypertension among people over 40 years old in a rural area of South Korea: The Chungju Metabolic Disease Cohort (CMC) Study. *Clin Exp hypertens* 2010; 32(3):166-78.

³² Pereira M, Azevedo A, Barros H. Determinants of awareness, treatment and control of hypertension in Portuguese population. *Rev Port Cardiol* 2010; 29(12): 1779-92.

³³ Campbell, NR, So L, Amankwah E, Quan H, Maxwell C. Characteristics of hypertensive Canadians not receiving drugs therapy. *Can J Cardiol* 2008; 24(6): 485-90.

³⁴ Victor RG, Leonard D, Hess P, Bhat DG, Jones J, Vaeth PA et al. Factors associated with hypertension awareness, treatment and control in Dallas Country, Texas. *Arch Intern Med* 2008; 168 (12): 1285-93.

Em geral, aqueles que residem nas áreas urbanas realizam tratamento mais frequentemente do que os que vivem nas áreas rurais²⁶, podendo haver diferenciais segundo o sexo como foi observado num estudo realizado na Costa Rica em que apenas os homens que viviam nas áreas urbanas tratavam mais do que os das regiões rurais¹⁴. É possível que o maior acesso aos serviços de saúde justifique o maior percentual de tratamento entre os que vivem em áreas urbanas. O Brasil apresenta diferenças significativas no acesso aos serviços de saúde entre as cinco macrorregiões (Norte, Nordeste, Centro-Oeste, Sudeste e Sul)³⁵. Quanto ao tratamento da HAS, não foi encontrado nenhum estudo que avalie estas diferenças.

Raça ou etnia também pode influenciar o tratamento da HAS, sobretudo nos Estados Unidos. Os americanos de origem mexicana ou mexicanos residentes nos Estados Unidos apresentaram uma menor porcentagem de tratamento quando comparado às demais etnias^{22,36}. O fato de uma grande parcela destes indivíduos não possuir planos ou seguros de saúde, dificultando o acesso aos serviços, seria uma explicação para esta relação³⁵. Deve-se considerar ainda que raça/etnia atua como um marcador de condição socioeconômica em alguns países. No entanto, em estudo realizado no Texas, não foi observada diferença significativa nas porcentagens de tratamento em relação à raça³³. Os autores que acreditavam que encontrariam menores proporções de tratamento entre os afroamericanos devido às diversas barreiras descritas na literatura relacionadas ao conhecimento, tratamento e controle da hipertensão nestas populações³⁷.

A influência da situação de trabalho dos indivíduos sobre o tratamento da HAS é menos estudada. Não foi encontrado nenhum estudo de base populacional em que a relação entre o uso de anti-hipertensivos e esta situação se demonstrasse estatisticamente significativa, mas estudo realizado na Indonésia entre usuários de clínicas particulares observou maior proporção de indivíduos tratados entre os que não tinham emprego formal, provavelmente por terem mais tempo para cuidarem de sua saúde e providenciarem os medicamentos dos quais necessitam³⁸.

³⁵ Travassos C, Oliveira EX, 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.

³⁶ Bersamin A, Stafford RS, Winkleby MA. Predictors of hypertension, awareness, treatment and control among Mexican American women and men. *J Gen Intern Med*. 2009; 24(Suppl 3):521-7.

³⁷ Douglas JG, Ferdinand KC, Bakris GL, Sowers JR. Barriers to blood pressure control in African Americans: overcoming obstacles is challenging, but target goals can be attained. *Postgrad Med* 2002;112(4):51-62.

³⁸ Setiati S, Sutrisna B. Prevalence of hypertension without anti-hypertensive medications and its association with social demographic characteristics among 40 years and above adult population in Indonesia. *Indones J Intern Med* 2005; 37(1): 20-25.

2.3.1.2 COMPORTAMENTOS RELACIONADOS À SAÚDE

Tabagismo e a prática de atividade física são comportamentos que influenciam de maneiras distintas a saúde dos indivíduos e podem influenciar também o tratamento medicamentoso de morbidades quando presentes. A adoção de comportamentos saudáveis, como a interrupção do tabagismo e a prática de atividade física, é considerada medida fundamental para a promoção da saúde, prevenção de doenças, sobretudo as crônicas não transmissíveis, além de fazerem parte da abordagem terapêutica não medicamentosa das mesmas²².

A prática de atividade física mostrou-se positivamente associada ao tratamento da HAS em canadenses com idade superior a 60 anos³². Por outro lado, verificou-se menor frequência na prática de atividades físicas entre as mulheres portuguesas que utilizavam medicamentos anti-hipertensivos. De acordo com os autores, esta redução pode estar relacionada às condições mais severas da HAS com presença de outras doenças cardiovasculares que dificultariam esta prática³¹.

2.3.1.3 CONDIÇÕES DE SAÚDE E UTILIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE

Em geral, os indivíduos que apresentam alguma doença crônica além da HAS tem maior tendência de realizar tratamento para a hipertensão. Isto foi observado em relação ao diabetes mellitus^{14,33}, à disfunção renal entre indivíduos do sexo masculino³¹, à outras doenças cardiovasculares¹⁴ inclusive ao diagnóstico prévio de angina ou infarto agudo do miocárdio²⁷. Entre os indivíduos com histórico familiar de hipertensão arterial também foi observada uma maior porcentagem de tratamento^{14,33}.

Os estudos indicam que a utilização de medicamentos anti-hipertensivos tem relação direta com a utilização de serviços de saúde. Nos Estados Unidos, as mais baixas porcentagens de tratamento da HAS foram observadas entre as pessoas que utilizaram os serviços de saúde menos de duas vezes por ano (33,8%)²². A porcentagem de tratamento entre as idosas aumentou com o número de visitas de agentes comunitários de saúde em estudo realizado na Costa Rica¹⁴. Entre os idosos residentes em Bambuí, o maior tempo decorrido entre a última aferição de pressão arterial foi associado a não utilização de anti-hipertensivos²⁷. Outra característica associada ao uso de anti-hipertensivos nos Estados Unidos é o direito a planos ou seguros de saúde. Entre as pessoas que não possuem planos de saúde, a proporção que faz uso desses medicamentos é inferior a 50%, já entre os que têm planos, é superior a 70%^{22,35}.

Nesse caso, os planos de saúde viabilizam, sobretudo, o acesso aos serviços de saúde. No Brasil, sabe-se que a saúde suplementar ainda é relevante. Estudo realizado a partir de dados da PNAD 2008 mostrou que a chance de ter consultado o médico nos últimos 12 meses é maior entre as pessoas que têm direito a plano de saúde³⁹.

2.3.1.4 OUTROS FATORES RELEVANTES

Além dos fatores já descritos que serão abordados neste trabalho, a literatura aponta outras questões relevantes tanto para o início da terapia medicamentosa dos indivíduos com hipertensão arterial, quanto para a continuidade do tratamento (adesão). Dentre esses fatores pode-se citar a não aceitação da doença^{40,41}, a necessidade de uso de dois ou mais medicamentos para o tratamento da HAS (polifarmácia)³⁹, a ocorrência de efeitos adversos⁴² e o esquecimento das doses do medicamento⁴³. Estudo qualitativo verificou que muitas vezes os usuários tem mais medo dos efeitos adversos ocasionados pelos anti-hipertensivos do que das consequências da HAS não tratada, por isso preferem apenas abordagem não medicamentosa, como mudanças no estilo de vida⁴⁴. Uma medida que pode facilitar a adesão à terapia e promover a redução da pressão arterial é o acompanhamento farmacoterapêutico. De acordo com revisão sistemática, indivíduos que receberam cuidados farmacêuticos, tais como educação, aconselhamento sobre o uso de medicamentos, identificação e resolução de problemas relacionados aos medicamentos obtiveram melhor controle da pressão arterial do que entre quem recebeu apenas outros cuidados⁴⁵.

2.4 JUSTIFICATIVA

O tratamento da hipertensão arterial é influenciado por fatores sociodemográficos, principalmente sexo e idade, de fatores relacionados às condições de saúde dos indivíduos,

³⁹Moreira JP, Moraes JR, Luiz RR. Utilização de consulta médica e hipertensão arterial sistêmica nas áreas urbanas e rurais do Brasil, segundo dados da PNAD 2008. *Ciênc Saúde Coletiva* 2011; 16(9): 3781-93.

⁴⁰Firmo JO, Peixoto SV, Loyola Filho AI, Uchôa E, Lima-Costa MF. Birth cohort differences in hypertension control in a Brazilian population of older elderly: the Bambuí Cohort Study of aging (1997 and 2008). *Cad Saúde Pública* 2011; 27 Sup 3:S427-34.

⁴¹Firmo JO, Lima-Costa MF, Uchôa E. Projeto Bambuí: maneiras de pensar e agir de idosos hipertensos. *Cad Saúde Pública* 2004; 20(4):1029-40.

⁴²Munger MA, Tassell BW, LaFleur J. Medication Nonadherence: An Unrecognized Cardiovascular Risk Factor. *Med Gen Med* 2007; 9(3):58.

⁴³Paniz VM, Fassa AG, Facchini LA, Piccini RX, Tomasi E, Thumé E et al. Acesso gratuito a medicamentos para hipertensão e diabetes em idosos: uma realidade a ser construída. *Cad Saúde Pública* 2010; 26(6):1163-74.

⁴⁴Howes F, Hansen E, Williams D, Nelson M. Barriers to diagnosing and managing hypertension. A qualitative study in Australian general practice. *Aust Fam Physician* 2010; 39(7).

⁴⁵Santschi V, Chiolerio A, Burnand B, Colosimo AL, Paradis G. Impact of pharmacist care in the management of cardiovascular disease risk factors. *Arch Intern Med* 2011; 171(16):1441-1453.

como presença de morbidades associadas, além dos comportamentos relacionados à saúde e do acesso e uso dos serviços de saúde^{11,12,14,22,26,27,30,31,32,33} entre outros.

Além do risco de doenças cardiovasculares e cerebrovasculares e da alta prevalência da HAS em nosso país, como já foi discutido, que por si só, justificariam a importância do seu tratamento, o fato da prevalência aumentar com a idade merece atenção especial devido ao rápido envelhecimento populacional ocorrido nas últimas décadas. No período de 1997 a 2007, este crescimento foi de 21,6% para a população em geral e de 47,8% para o contingente de 60 anos ou mais⁴⁶.

Tendo em vista essa alta prevalência, a gravidade da HAS e o fato de seu tratamento medicamentoso já se encontrar disponível gratuitamente nos postos do SUS ou a baixo custo na rede privada no ano 2008, é de se esperar que praticamente todos os indivíduos com diagnóstico de hipertensão façam uso de medicamentos anti-hipertensivos. Porém, sabe-se que não é isso que ocorre. Existe uma parcela da população brasileira que reconhece ter hipertensão arterial e não utiliza nenhum tipo de medicamento. Entretanto, não se sabe qual é este percentual e as características dos indivíduos com diagnóstico conhecido de hipertensão que não fazem uso de medicamentos. Tal informação é importante para orientar intervenções que superem as barreiras que ainda existam para o tratamento, tanto individuais quanto coletivas.

Infelizmente, não dispomos de uma base de dados representativa da população brasileira com informações acuradas sobre diagnóstico e tratamento da hipertensão arterial em adultos. A PNAD é uma fonte importante de informações para a saúde, com dados sobre morbidade referida e uso de medicamentos contínuos. Entretanto, ela não coleta informação sobre o tipo ou a finalidade dos medicamentos utilizados.

Dada a importância de conhecer os fatores associados ao não uso de medicamentos entre pessoas com hipertensão no país, e tendo em vista as limitações da informação disponível, este projeto propõe estimar a prevalência e fatores associados a não utilização de medicamentos de uso contínuo entre indivíduos que relataram diagnóstico médico de hipertensão na PNAD 2008. Tem como pressuposto que os indivíduos que relatam

⁴⁶ Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Síntese de indicadores sociais 2008 – uma análise das condições de vida da população brasileira. Estudos e pesquisas: informação demográfica e socioeconômica. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; 2008.

diagnóstico de hipertensão arterial deveriam fazer uso de medicamentos de uso contínuo, conforme orientam os protocolos de tratamento dessa condição⁸. Aqueles que não utilizam tais medicamentos seriam, portanto, considerados indivíduos que não tratam a HAS, já que informaram diagnóstico por profissional de saúde. É claro que aqueles que informam utilizar medicamentos de uso contínuo não necessariamente os utilizam para tratar hipertensão.

OBJETIVOS

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

Estimar a prevalência de pessoas com hipertensão que não utilizam medicamento de uso contínuo e investigar fatores associados à não utilização de medicamento entre os indivíduos que referiram diagnóstico de hipertensão na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios realizada no ano de 2008.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

3.2.1 Estimar a proporção de indivíduos com hipertensão arterial referida sem a utilização de medicamento de uso contínuo no ano de 2008.

3.2.2 Descrever a proporção de indivíduos com hipertensão arterial referida sem a utilização de medicamentos de uso contínuo segundo características sociodemográficas, comportamentos relacionados à saúde e características relacionadas à saúde no ano de 2008.

3.2.3 Investigar a associação entre a ausência de utilização de medicamentos de uso contínuo e as características sociodemográficas, comportamentos relacionados à saúde, e características relacionadas à saúde no ano de 2008.

ARTIGO ORIGINAL

4 ARTIGO**HIPERTENSÃO ARTERIAL REFERIDA E UTILIZAÇÃO DE MEDICAMENTOS
DE USO CONTÍNUO: UM ESTUDO DE BASE POPULACIONAL**

Reginara Alves Ferreira¹
Sandhi Maria Barreto²
Luana Giatti¹

1- Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública, Faculdade de Medicina da
Universidade Federal de Minas Gerais.

2 - Grupo de Pesquisa em Epidemiologia de Doenças Crônicas e Ocupacionais
(GERMINAL). Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública, Faculdade de Medicina da
Universidade Federal de Minas Gerais.

RESUMO

Este estudo visa estimar a prevalência e fatores associados à não utilização de medicamentos de uso contínuo entre indivíduos de 30 a 79 anos que referiram hipertensão arterial na PNAD-2008. Razão de Prevalência com IC95% foi obtida por regressão de Poisson. A proporção de indivíduos que não utilizava medicamentos de uso contínuo foi de 17%. As características positivamente associadas a não utilização foram: sexo masculino, ser morador das regiões Norte, Nordeste, Centro Oeste e ser fumante. A não utilização desses medicamentos diminuiu com a idade, a renda domiciliar *per capita*, o número de doenças crônicas e de consulta médica nos últimos 12 meses, foi menor entre os que tinham 11 anos e mais de estudo (OR:0,92 IC95%: 0,86-0,98), os que não trabalhavam nem estavam desempregados e os que realizavam atividade física. O controle de HAS é fundamental para o enfrentamento das principais doenças crônicas não transmissíveis. Faz-se necessário investimento na atenção primária, melhoria no acesso aos serviços de saúde e o enfrentamento das desigualdades regionais, sociais e de gênero.

.

DESCRITORES: Hipertensão, medicamentos de uso contínuo, tratamento, inquérito populacional.

ABSTRACT

SELF-REPORTED HYPERTENSION AND NON-MEDICINE UTILIZATION: A POPULATION-BASED STUDY

This study investigated the prevalence and factors associated with non-medicine utilization among individuals from 30 to 79 years old who self-reported hypertension in the Brazilian National Household Sample Survey (PNAD) in 2008. The sample included individuals of 30 to 79 years of age. Prevalence ratios with confidence intervals of 95% were obtained by Poisson regression. The prevalence of non-medicine utilization was 17%. After adjusting, the prevalence of non-medicine utilization was statistically higher in males, smokers and residents of the North, Northeast and Midwest of Brazil, and was lower in individuals with higher education levels, those who were outside labor market and those who performed physical activities. Non-medicine utilization decreased with age, household income, the number of comorbidities and the number of physician visits in the past 12 months. The control of hypertension is essential to face the main chronic diseases. It makes necessary to invest in primary care, improve access to health services and cope the regional, social and gender inequalities.

KEY WORDS: Hypertension, non-medicine utilization, treatment, national survey.

INTRODUÇÃO

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é o principal fator de risco para as doenças cerebrovasculares, doenças isquêmicas do coração¹ e para a carga global de doenças em homens e mulheres de todas as idades². É a principal causa de óbito prevenível no mundo, responsável por 13% das mortes¹. Em 2000, a prevalência mundial foi estimada em torno de 26%, devendo passar para 29% em 2025, considerando apenas o aumento populacional e a composição etária. Esse percentual equivale a aproximadamente 1,56 bilhões de pessoas afetadas³. Na América Latina, a HAS afeta mais de um terço da população¹. No Brasil, em 2008, cerca de 21% das pessoas com 20 anos e mais relataram diagnóstico de HAS⁴ e em 2011 esse percentual chegou a quase 23% entre indivíduos com 18 anos⁵.

O tratamento adequado da HAS é fundamental para a redução da morbidade e mortalidade por doenças cardiovasculares e consiste em mudanças no estilo de vida e uso contínuo de um ou mais tipos de medicamentos anti-hipertensivos⁶. Nos países desenvolvidos a proporção de indivíduos com hipertensão que realizam tratamento medicamentoso vem sofrendo alterações ao longo dos anos: no Canadá aumentou de 35% em 1992 para quase 80% em 2009⁷ e nos Estados Unidos de 60% entre 1992 e 2002 para cerca de 70% entre 2005 e 2008⁸. Entre 1986 e 2001, a proporção de indivíduos com hipertensão arterial que utilizavam medicamentos nos países em desenvolvimento variou de 10 a 50%⁹.

No Brasil, estudos com a população adulta mostraram que a proporção de pessoas com diagnóstico que não utilizava anti-hipertensivos variou de 10% no Rio Grande do Sul, no ano 2000¹⁰, a 53% em Tubarão, Santa Catarina no ano de 2003¹¹. Entre idosos residentes em Bambuí, Minas Gerais, em 1997, esse percentual chegou a 18% daqueles com diagnóstico conhecido da doença¹².

Estudos indicam que a não utilização de medicamentos anti-hipertensivos parece estar relacionada com características sociodemográficas, principalmente com o sexo masculino e as idades mais jovens, com os comportamentos relacionados à saúde, como tabagismo e sedentarismo, com as condições de saúde dos indivíduos e com utilização dos serviços de saúde^{8,12,13,14}. Porém, não identificamos estudo de base populacional representativo da população brasileira que tenha investigado as características dos indivíduos com diagnóstico referido de hipertensão arterial que não fazem uso de medicamentos para controle da doença.

A Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios realizada no ano de 2008 (PNAD 2008) contém informações sobre hipertensão arterial referida e uso contínuo de medicamentos. Entretanto, não há informação específica sobre o tipo ou finalidade do medicamento utilizado¹⁵. A hipertensão arterial referida é um indicador simples, que pode ser usado quando a determinação da prevalência da hipertensão através da aferição da pressão arterial e do uso de medicamentos anti-hipertensivos não é viável. Tem sido utilizada em inquéritos como o National Health and Nutrition Examination Survey (NHANES) nos Estados Unidos e o VIGITEL no Brasil^{5,15}. Estudos de validação da hipertensão referida realizados em população idosa e adulta no país mostram valores de sensibilidade de 72,1% a 84,4% e especificidade de 86,4% a 87,5%, respectivamente^{16,17}.

O presente estudo tem como pressuposto que os indivíduos que relatam diagnóstico médico de hipertensão arterial deveriam utilizar medicamentos de uso contínuo, conforme orientam os protocolos de tratamento dessa condição⁶. Neste sentido, a não utilização de medicamentos de uso contínuo é um marcador de não adesão ao tratamento medicamentoso da hipertensão.

Os objetivos desse estudo foram estimar a prevalência e os fatores associados a não utilização de medicamentos de uso contínuo entre indivíduos que relataram diagnóstico de hipertensão na PNAD 2008. Tem como principal hipótese que a não utilização de medicamentos de uso contínuo é mais frequente entre pessoas que relataram hipertensão arterial do sexo masculino, mais jovens, menos escolarizados, fumantes, que não realizam atividade física, que utilizam os serviços de saúde com menor frequência e que não apresentam outras morbidades referidas. Investigará ainda se o cadastramento na unidade de Saúde da Família está associado a uma frequência maior de uso de medicamento contínuo.

MÉTODOS

População do estudo

A população do estudo é composta por indivíduos de 30 a 79 anos que participaram da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) realizada no ano de 2008 pela Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) e que referiram ter hipertensão ao responderem “sim” à pergunta “*algum médico ou profissional da saúde disse*

que ... tem hipertensão (pressão alta) ?”(Figura 1). Indivíduos com idade inferior a 30 anos foram excluídos devido à menor prevalência de HAS (inferior à 4%) nesta faixa etária)¹⁸ e pela maior probabilidade de ausência de diagnóstico. Já aqueles com 80 anos e mais foram excluídos pela maior frequência de comorbidades que levam ao uso de medicamento.

A PNAD obtém anualmente informações sobre diversos aspectos da população brasileira, incluindo características socioeconômicas, trabalho, migração, dentre outros. Em 2008, foram obtidas informações sobre condições de saúde, que incluíram morbidade referida, utilização de serviços de saúde e alguns comportamentos relacionados à saúde. A pesquisa tem múltiplos propósitos e adota um plano amostral estratificado e conglomerado com probabilidades desiguais de seleção em um, dois ou três estágios de seleção, dependendo do estrato. Obtém-se uma amostra probabilística de domicílios representativa da população brasileira onde todos os moradores são investigados por meio de entrevista. Informantes secundários, pessoas com 14 anos ou mais que se encontravam no domicílio no momento da entrevista, forneceram informações sobre os moradores ausentes¹⁵. Para informações mais detalhadas verificar em Silva e cols¹⁹ e IBGE¹⁵. Em 2008, foram entrevistadas 391.868, sendo 183.452 adultos com idade de 30 a 79 anos e 47.268 (26,2%) referiram ter hipertensão. Estes constituem a população deste estudo.

Variáveis

A variável resposta deste estudo foi a utilização de medicamentos de uso contínuo (sim ou não) obtida por meio da pergunta “ ---- *utiliza medicamentos de uso contínuo?*”.

Três conjuntos de variáveis explicativas foram incluídas:

- 1.Características sociodemográficas: sexo (masculino e feminino), idade em faixas etárias (30-39, 40-49, 50-59, 60-69,70-79), escolaridade em anos completos de estudo (0-3, 4-7, 8-10, 11 e mais) região de residência (urbano ou rural), macrorregião de residência (Sudeste, Sul, Centro-Oeste, Nordeste e Norte), trabalho na semana de referência - 21 a 27 de setembro de 2008 (trabalha, desempregado e não trabalha nem está desempregado), renda domiciliar *per capita* em reais, agrupada em quintis. Considerando o pequeno percentual de indivíduos que relataram cor/raça amarela (0,6%) e indígena 0,4%), optamos por agrupar as categorias da seguinte forma: branco/amarelo, preto e pardo/indígena.

2. Comportamentos relacionados à saúde: tabagismo atual, considerando-se “fumante” o indivíduo que fumou pelo menos 100 cigarros durante toda a vida e fuma atualmente, “ex-fumante” o indivíduo que fumou pelo menos 100 cigarros durante toda a vida, mas não fuma atualmente e “não fumante” aquele que fumou menos de 100 cigarros durante toda a vida ou nunca fumou; prática de atividade física regular (não, sim) considerando-se entre os que não praticam, aqueles indivíduos que não realizavam qualquer atividade física ou realizavam alguma atividade até duas vezes por semana, independente da frequência e da intensidade.

3. Saúde: presença de doenças crônicas que corresponde ao relato de outras morbidades (diabetes, doença do coração, doença renal crônica, depressão) categorizada em: “somente hipertensão”, “hipertensão mais uma doença crônica”, “hipertensão mais duas doenças crônicas”; número de consultas médicas nos últimos 12 meses (nenhuma, 1, 2 a 3, 4 e mais), relato de internações hospitalares nos últimos 12 meses (sim, não), e o cadastro nas Unidades de Saúde da Família – USF (sim, não). Plano de saúde foi considerada uma variável intermediária na associação entre uso de medicamento contínuo e utilização de serviços de saúde, por isso não será incluída nesta análise.

Análise

Inicialmente foi realizada análise descritiva das características sociodemográficas dos participantes do estudo e estimadas as prevalências de não utilização de medicamento de uso contínuo segundo as variáveis explicativas. A associação entre a não utilização de medicamento de uso contínuo e as variáveis explicativas foi medida por meio do teste do qui-quadrado de Pearson, com nível de significância de 0,05.

A seguir, foi realizada análise univariada por meio da razão de prevalência e seu intervalo com 95% de confiança com uso da regressão de Poisson. A razão de prevalência foi utilizada devido a prevalência do evento de interesse. Todos os fatores associados à não utilização de medicamento de uso contínuo, com nível de significância de 0,20 na análise univariada, foram incluídos na análise multivariada por blocos de variáveis permanecendo no modelo final as variáveis com o valor de $p < 0,05$. A análise dos dados foi realizada utilizando-se procedimentos para a análise de inquéritos populacionais do programa *Stata* 10 (Stata Corporation, Texas, Estados Unidos) que incorporam os pesos distintos das observações

corrigindo diferentes probabilidades de seleção e produzem estimativas mais corretas do erro padrão, uma vez que este é influenciado pela conglomeração das unidades derivadas do delineamento amostral de múltiplos estágios da PNAD¹⁹.

RESULTADOS

Características gerais da população

Entre os indivíduos com idade de 30 a 79 anos, que referiram ter hipertensão na PNAD 2008, a média da idade foi de 55,7 anos (IC95% 55,6-55,8). Aproximadamente 60% dos indivíduos era do sexo feminino, 50% relatou cor/raça branca/amarela, 65% estudou no máximo sete anos, 86% residia em centros urbanos e cerca de 48% não trabalhavam e nem estavam desempregados. Em torno de 16% eram fumantes, mais de 85% não praticava atividade física e 4% apresentava três ou mais doenças crônicas. Quase 50% dos indivíduos consultaram o médico mais de quatro vezes nos últimos 12 meses e 13% esteve internado neste período. Metade da população estava registrada em Unidades de Saúde da Família (Tabela1).

Prevalência e fatores associados ao não uso de medicamentos

A proporção de indivíduos que relataram não fazer uso medicamento de uso contínuo foi de 17%. A Tabela 1 apresenta as porcentagens de não utilização de medicamentos de uso contínuo de acordo com as características sociodemográficas, comportamentos relacionados à saúde, condições de saúde e uso dos serviços de saúde para a população total do estudo. Apenas a variável registro na USF não foi estatisticamente associada à não utilização de medicamentos.

À análise univariada, a frequência de indivíduos que não utilizavam medicamentos de uso contínuo diminuiu com a idade, foi maior entre os homens, os que relataram de oito a 10 anos de estudo, os que referiram cor da pele/raça preta e os pardos/indígenas, os que viviam nas regiões rurais e nas macrorregiões Centro-Oeste, Nordeste e Norte do país. Entre os desempregados, a frequência dos que não utilizavam medicamentos foi 20% superior do que entre os que trabalhavam, já entre os não trabalhavam nem estavam desempregados essa frequência foi cerca de 57% menor. Quanto menor a renda, maior a frequência de indivíduos não faziam uso de medicamentos de uso contínuo (Tabela 1).

A não utilização de medicamentos de uso contínuo foi mais frequente entre os fumantes e menor entre os ex-fumantes quando comparados aos não fumantes. Também foi mais frequente entre os indivíduos que não realizavam atividade física quando comparados àqueles que praticavam (Tabela 1).

Em relação as condições de saúde, a não utilização de medicamentos de uso contínuo diminuiu mediante o aumento do número de doenças crônicas e do número de consultas médicas nos últimos 12 meses e foi menor entre os indivíduos que relataram internação nos últimos 12 meses (Tabela 1).

À análise multivariada realizada por blocos de variáveis explicativas, a não utilização de medicamentos manteve-se estatisticamente associada ao sexo masculino, diminuiu com o aumento da idade, da renda domiciliar *per capita*, foi menor entre os indivíduos que tinham 11 anos e mais de estudo, entre os que não trabalhavam e não estavam desempregados e maior entre os que residiam nas macrorregiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste. Os comportamentos relacionados à saúde estudados permaneceram estatisticamente associados a não utilização de medicamentos, assim como a presença de doenças crônicas e de consultas médicas realizadas nos últimos 12 meses (dados não apresentados).

Na análise multivariada final, que incluiu todas as variáveis estatisticamente significantes em cada um dos grupos analisados (Tabela 2), a não utilização de medicamentos de uso contínuo manteve-se significativamente maior entre os homens, os que residiam nas macrorregiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste e entre os fumantes. A prevalência de não uso de medicamentos diminuiu com o aumento da idade, da renda domiciliar *per capita*, com o número de doenças crônicas e de consultas médicas realizadas nos últimos 12 meses e, foi menor entre os que tinham 11 anos ou mais de estudo, os que não trabalhavam nem estavam desempregados e os que realizavam atividade física.

DISCUSSÃO

Os resultados do presente estudo apontaram que cerca de 17% dos indivíduos que referiram diagnóstico de hipertensão arterial não utilizavam medicamentos de uso contínuo. A prevalência de não uso de medicamentos foi maior entre os homens, nas pessoas residentes nas regiões Centro-Oeste, Norte e Nordeste e entre os fumantes. Com o aumento da idade

observou-se redução significativa do não uso, assim como entre os indivíduos mais escolarizados e de acordo com a elevação da renda domiciliar per capita. Ainda, menores prevalências foram verificadas entre os que não trabalhavam nem estavam desempregados à época da pesquisa, nos ex-fumantes e nos que referiram prática de atividade física. Na presença de comorbidades a prevalência de não uso de medicamentos foi significativamente menor e observou-se redução da prevalência com o aumento do número de consultas médicas realizadas no ano prévio.

Quase um quinto dos adultos com hipertensão arterial referida estudados relataram não fazer uso contínuo de algum medicamento. É bem possível que essa prevalência esteja subestimada, pois os indivíduos que informaram utilizar medicamentos de uso contínuo podem fazê-lo por algum motivo de saúde não abordado neste estudo. Entre os indivíduos que declararam ter apenas HAS, este percentual foi de 20%. Ainda assim, o valor pode estar subestimado, pois a dificuldade de entendimento sobre o que vem a ser utilizar medicamento de uso contínuo pode levar a informações incorretas.

O percentual de não utilização de medicamentos encontrado neste estudo foi próximo ao observado no Canadá onde cerca de 20% dos indivíduos que tiveram diagnóstico de hipertensão não utilizavam anti-hipertensivos⁷ e inferior ao observado nos Estados Unidos (em torno de 30%)⁸ e em outros países em desenvolvimento¹. A prevalência aqui identificada foi similar aos valores identificados entre os idosos residentes em Bambuí, Minas Gerais, em 1997 (18% de quem conhecia sua condição)¹². Entretanto, foi maior do que a registrada entre os idosos aposentados moradores em Belo Horizonte (11%) no ano de 2003²⁰ e em adultos residentes no Rio Grande do Sul em 2000 (10%)¹⁰. Ao se comparar as porcentagens de não uso de medicamentos entre esses estudos, deve-se considerar as diferenças relativas às faixas etárias, aos períodos em que foram realizados, às características regionais e locais que envolvem tanto a organização dos serviços de saúde como aspectos culturais, às metodologias utilizadas para aferir a não utilização de medicamentos, além das transformações ocorridas na estrutura do sistema de saúde brasileiro nas últimas décadas. Em particular, vale ressaltar que a prevalência estimada nesse estudo, por basear-se em indicador que subestima a não adesão ao tratamento medicamentoso da hipertensão, indica que a real prevalência de não adesão no país deve ser superior àquelas previstas com base nos estudos citados. Possivelmente, isto se explica pela inclusão no presente estudo de regiões do país com piores indicadores de saúde geral como o Norte e o Nordeste^{21,22}.

Diversos estudos mostram que a utilização de medicamentos anti-hipertensivos é menor entre os indivíduos do sexo masculino^{8,12,14,23,24}. Em nosso estudo, a menor porcentagem de não utilização de medicamentos entre as mulheres pode ser, em parte, atribuída à utilização de contraceptivos orais. Infelizmente não há informação na PNAD que permita descartar essa possibilidade, porém essa hipótese influenciaria apenas as mulheres mais jovens e parece não ser muito relevante, visto que o uso contínuo de medicamento foi maior entre as mulheres mais velhas. A utilização de serviços de saúde no Brasil, inclusive serviços farmacêuticos, é superior entre as mulheres^{25,26}, que tendem utilizar mais medicamentos do que os homens, independentemente do uso de anticoncepcionais²⁷. Essa diferença pode ser explicada por aspectos culturais, biológicos e reprodutivos que levam as mulheres a se preocuparem mais com a própria saúde^{28,29}, pelo papel de cuidador atribuído às mesmas principalmente em relação à saúde de filhos e familiares¹³ e por apresentarem maior conhecimento geral sobre saúde do que os homens^{14,23}. Além disso, é importante apontar que a percepção de efeitos colaterais causados pelos medicamentos anti-hipertensivos, como disfunção sexual causada por algumas classes medicamentosas^{30,31} pode ter maior impacto negativo na adesão de homens, acentuando as desigualdades de gênero no uso desses medicamentos.

A associação entre idade mais jovem e não utilização de medicamento, especificamente anti-hipertensivos também foi observada em estudos realizados em outros países^{8,14,32} e no Brasil¹². A presença e o número de doenças crônicas cresce com o avanço da idade³³ resultando em maior procura pelos serviços de saúde³⁴ e aumenta a necessidade de adesão ao tratamento da HAS. Embora as associações observadas sejam independentes, verificamos que a presença de comorbidade esteve associada ao maior uso de anti-hipertensivo como relatado em outros estudos^{12,14}.

Em relação às características socioeconômicas estudadas, verificamos que a renda domiciliar per capita influenciou o uso de medicamentos de forma mais importante do que a escolaridade. Já foi descrito que menores níveis de escolaridade estão associados à menor utilização de medicamentos anti-hipertensivos¹⁴. No presente trabalho, somente escolaridade acima de 11 anos de estudo apresentou associação inversa com a não utilização de medicamentos, e ainda assim de pequena intensidade. A escolaridade influencia positivamente a saúde pelo maior acesso à informação, por meio da adoção de comportamentos saudáveis e do uso dos serviços de saúde^{25,34} e pode facilitar a compreensão

da necessidade da utilização do medicamento e da maneira correta de fazê-lo. Mas a renda parece influenciar mais fortemente o acesso aos serviços do que a escolaridade²² e também o tratamento da HAS^{12,23}. Além disso, ressalta-se que o custo do medicamento é importante para a adesão ao tratamento da HAS³¹. Entre os idosos com hipertensão em Belo Horizonte a falta de recurso financeiro foi a principal causa de não uso dos medicamentos necessário²⁰.

A implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) e as ações que vêm sendo adotadas como o crescimento da atenção básica e o acesso gratuito aos medicamentos³⁵ possivelmente impactaram positivamente na utilização de medicamento anti-hipertensivo. No entanto, é preciso ressaltar que persistem limitações na disponibilização de medicamentos. De acordo com os dados da PNAD 2008, houve prescrição de medicamentos em 72% dos atendimentos realizados no SUS nos 15 dias anteriores à entrevista. Destes apenas 45% das pessoas obtiveram gratuitamente todos os medicamentos³⁶. É possível que a influência da renda domiciliar na utilização de medicamentos tenha diminuído nos últimos anos devido à ampliação da lista de medicamentos disponibilizados gratuitamente pelo programa “Aqui tem farmácia popular” realizada no ano de 2011³⁷. Outros aspectos como o desconhecimento do direito ao medicamento e a falta de adequação da prescrição médica às condições financeiras e necessidades dos indivíduos também podem dificultar a utilização de medicamentos de uso contínuo.

O fato do não uso de medicamentos ser menos frequente entre aqueles que não trabalhavam nem procuravam por trabalho pode em parte ser explicado por efeitos dos próprios anti-hipertensivos. O uso de medicamentos diuréticos, por exemplo pode dificultar a rotina de trabalho. Além disso, pessoas que trabalham, principalmente os inseridos no trabalho sem proteção social, ou que estão à procura de emprego usam menos os serviços de saúde do que as que não estão trabalhando^{22,38}. A proporção de indivíduos que não consultou o médico nos últimos 12 meses em nosso estudo foi menor entre os trabalhadores e desempregados (dados não mostrados) o que, provavelmente influencia a obtenção e utilização de medicamentos de uso contínuo. Em geral, o horário de funcionamento dos serviços de atenção primária é incompatível com o horário habitual de trabalho podendo influenciar o uso dos serviços de saúde²⁹. É possível que esses fatores associados a piores condições de saúde expliquem a maior utilização de serviços entre os que não trabalhavam e não estavam desempregados e o maior uso de medicamentos. Já os indivíduos que estão desempregados podem se encontrar

desmotivados para o cuidado com a saúde levando ao menor uso dos serviços³⁸ e também de medicamentos.

Ao contrário de estudos realizados na China²⁴ e Costa Rica¹⁴, não observamos diferença na utilização de medicamentos de uso contínuo entre as regiões rurais e urbanas e sim entre as cinco macrorregiões do país. O acesso aos serviços de saúde no Brasil sofre grande influência do local onde as pessoas residem. A chance dos indivíduos que residem nas macrorregiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste que buscam atendimento não conseguir obtê-lo é maior do que os que moram nas regiões Sul e Sudeste^{21,22}. Da mesma forma, o acesso aos medicamentos pode ser mais restrito nessas regiões do país, tanto devido à indisponibilidade do medicamento quanto ao menor acesso à prescrição.

A associação inversa entre o número de consultas médicas e a não utilização de medicamentos de uso contínuo sugere a importância dos serviços e equipe de saúde na adesão ao tratamento. Esta associação foi observada em estudos sobre o uso de anti-hipertensivos^{8,12}, bem como para a utilização de medicamentos de uso contínuo²⁸. O uso dos serviços de saúde além de ampliar o acesso aos medicamentos, promove, por meio da interação com os profissionais de saúde, maior conhecimento da doença e aceitação do tratamento, seja medicamentoso ou não. O conhecimento do indivíduo sobre a doença e o tratamento pode facilitar o início e a adesão ao tratamento de doenças crônicas contribuindo para a utilização contínua de medicamentos³¹.

Apesar da importância do vínculo com a equipe de saúde para a atenção às doenças crônicas como HAS, a ausência de cadastramento na Estratégia de Saúde da Família não influenciou o uso de medicamento contínuo entre os indivíduos que referiram diagnóstico de hipertensão no presente estudo. Vale observar, entretanto, que o cadastramento por si só não garante o efetivo acompanhamento dos indivíduos o que pode justificar os resultados observados.

A cessação do tabagismo e realização de atividade física, além de outras medidas como alimentação saudável, dieta hipossódica e manutenção do peso corporal são cuidados importantes e recomendados para o tratamento da hipertensão arterial⁸. A associação direta entre menor uso de medicamentos e comportamentos de risco para a saúde sugere que os indivíduos que não fazem uso dos medicamentos tendem a ser menos aderentes também ao tratamento não medicamentoso. Menor utilização de anti-hipertensivos entre fumantes e entre

idosos que não praticam atividade física regular foi relatada, por exemplo, por Campbell e cols. (2008) em estudo realizado no Canadá no ano de 2005²³.

Outros fatores não abordados neste trabalho são relevantes para compreender a não utilização de medicamentos de uso contínuo entre os indivíduos com hipertensão. Dentre eles podemos citar: o fato da hipertensão arterial ser uma doença assintomática que pode induzir o indivíduo a não acreditar na doença e a não utilizar os medicamentos³⁹, o esquecimento das doses principalmente entre os idosos⁴⁰, a necessidade de utilização de mais de um medicamento para obter o controle da HAS (polifarmácia) e a ocorrência de efeitos adversos como tosse seca, edema periférico e disfunção sexual, como já citado, que podem levar o indivíduo a descontinuar o uso do medicamento³¹.

A falta de especificidade da pergunta sobre uso de medicamento contínuo é uma importante limitação deste estudo. O ajuste para a presença de outras doenças crônicas que também exigem uso contínuo de medicamentos corrige, em parte, esta limitação. Ao realizar análise com os indivíduos que relataram apenas HAS, não verificamos mudança na direção das associações apresentadas neste estudo, apenas a escolaridade deixou de apresentar associação estatisticamente significativa (dados não apresentados). A utilização de respondente secundário consiste em um dos grandes desafios metodológicos para a análise da PNAD. Neste estudo 29% das respostas foram obtidas do por meio do informante secundário, mas a análise realizada apenas com aqueles que responderam ao inquérito não apresentou diferença na direção das associações observadas. Jardim e cols., 2010, encontraram uma boa concordância entre a hipertensão arterial autorreferida e referida por informante secundário, indicando boa confiabilidade⁴¹. É possível que algumas pessoas que declararam não utilizar medicamentos de uso contínuo estejam obtendo o controle da pressão arterial apenas com o tratamento não farmacológico conforme orientação das Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. Há de se ressaltar que essa conduta é limitada a um curto período de tempo e para alguns indivíduos⁴².

Mesmo com a garantia de direito universal ao sistema de saúde e com as melhorias observadas após a implantação do SUS^{43,44}, verificamos desigualdades regionais, sociais e de gênero na utilização de medicamentos de uso contínuo. O controle de HAS e outras ações próprias da atenção primária são fundamentais para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis. Nossos resultados apontam alguns desafios a serem superados e que remetem

a necessidade do contínuo investimento na atenção primária, nas ações de promoção da saúde e busca da superação das iniquidades em saúde. Medidas governamentais para o acesso aos medicamentos como a implantação do programa farmácia popular do Brasil podem ser benéficas, desde que o usuário não perca seu vínculo com os profissionais de saúde e seja orientado e responsabilizado pelos cuidados necessários ao controle da HAS.

AGRADECIMENTOS

L. Giatti foi bolsista do Programa de Apoio a Projetos Institucionais com a Participação de Recém-Doutores, da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (PRODOC-CAPES) durante a realização deste manuscrito. S. M. Barreto é bolsista de produtividade em pesquisa do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq; processo nº. 300159/99-4).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. World Health Organization. Global report. Non-communicable diseases country profile 2011. http://www.who.int/nmh/publications/ncd_profiles2011/en/index.html. (acessado em 24/set/2012).
2. Lim SS, Vos T, Flaxman AD, Danaei G, Shibuya K, Adair-Rohani H et al. A comparative risk assessment of burden of disease and injury attributable to 67 risk factors and risk factor clusters in 21 regions, 1990–2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet* 2012; 380: 2224-60.
3. Kearney PM, Whelton M, Reynolds K, Muntner P, Whelton PK, He J. Global burden of hypertension: analysis of worldwide data. *The Lancet* 2005; 365(9455):217-23.
4. Moreira JP, Moraes JR, Raggio LR. Prevalence of self-reported systematic arterial hypertension in urban and rural environments in Brazil: a population-based study. *Cad Saúde Pública* 2013; 29(1):62-72.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Vigitel Brasil 2011: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Brasília, Ministério da Saúde: 2012.
6. Chobanian AV, Bakris GL, Black HR, Cushman WC, Green LA, Izzo JL, et al. The seventh report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure: the JNC 7 report. *JAMA* 2003; 289: 2560–72.

7. McAlister FA, Wilkins K, Joffres M, Leenen FH, Fodor G, Gee M, et al. Changes in the rates of awareness, treatment and control of hypertension in Canada over the past two decades. *CMAJ* 2011; 183(9): 1007-101.
8. Centers of Disease Control and Prevention. Vital Signs: Prevalence, treatment and control of hypertension. United States, 1999-2002 and 2005- 2008. *MMWR* 2011; 60(4): 103-8.
9. Kearney PM, Whelton M, Reynolds K, Whelton PK, He J. Worldwide prevalence of hypertension: a systematic review. *Journal of Hypertension* 2004; 22: 11-19.
10. Gus I, Harzheim E, Zaslavsky C, Medina C, Gus M. Prevalence, awareness and control of systemic arterial hypertension in the state of Rio Grande do Sul. *Arq Bras de Cardiol* 2004; 83(5): 429-33.
11. Pereira MR, Coutinho MS, Freitas PF, D'Orsi E, Bernardi A, Hass R. Prevalência, conhecimento, tratamento e controle da hipertensão arterial sistêmica na população adulta urbana de Tubarão, Santa Catarina, Brasil, em 2003. *Cad Saúde Pública* 2007; 23(10): 2363-74.
12. Firmo JO, Barreto SM, Lima-Costa MF. Projeto Bambuí: fatores associados ao tratamento de hipertensão arterial entre idosos na comunidade. *Cad Saúde Pública* 2003; 19(3): 817-27.
13. Damasceno A, Azevedo A, Silva-Matos C, Prista A, Diogo B, Lunet N. Hypertension, prevalence, awareness, treatment and control in Mozambique. *Hypertension* 2009; 54: 77-83.
14. Méndez-Chacón E, Santamaria-Ulloa C, Rosero-Bixby L. Factors associated with hypertension prevalence, unawareness and treatment among Costa Rica elderly. *BMC Public Health* 2008; 8:275.
15. Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios 2008: notas metodológicas pesquisa básica, pesquisa especial de tabagismo e pesquisas suplementares de saúde e acesso à internet e posse de telefone móvel celular para uso pessoal. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; 2009.
16. Lima-Costa MF, Peixoto SV, Firmo JO. Validade da hipertensão arterial auto-referida e seus determinantes (projeto Bambuí). *Rev Saúde Pública* 2004; 38(5): 637-42.
17. Chrestani MA, Santos IS, Matiasевич AM. Hipertensão arterial sistêmica auto-referida: validação diagnóstica em estudo de base populacional. *Cad Saúde Pública* 2009; 25(11): 2395-2406.
18. Barros MB, Francisco PM, Zanchetta LM, César CL . Tendências das desigualdades sociais e demográficas na prevalência de doenças crônicas no Brasil, PNAD: 2003-2008. *Ciênc Saúde Coletiva* 2011;16(9):3755-68.
19. Silva PL, Pessoa DG, Lila MF. Análise estatística de dados da PNAD: incorporando a estrutura do plano amostral. *Ciênc Saúde Coletiva* 2002; 7(4):659-70.

20. Gontijo MF, Ribeiro AQ, Klein CH, Rozenfeld S, Acúrcio FA. Uso de anti-hipertensivos e antidiabéticos por idosos: inquérito de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. *Cad Saúde Pública* 2012; 28(7):1337-46.
21. Osório RG, Servo LM, Piola SF. Necessidade de saúde insatisfeita no Brasil: uma investigação sobre a não procura de atendimento. *Ciênc Saúde Coletiva* 2011; 16(9): 3741-53.
22. . Travassos C, Oliveira EX, 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.
23. Campbell, NRC, So L, Amankwah E, Quan H, Maxwell C. Characteristics of hypertensive Canadians not receiving drugs therapy. *Can J Cardiol.* 2008; 24(6): 485-490.
24. Wu Y, Huxley R, Li L, Anna V, Xie G, Yao C, et al. Prevalence, awareness, treatment and control of hypertension in China: Data from China National Nutrition and Health Survey 2002; *Circulation* 2008; 118:2679-86.
25. Szwarcwald CL, Souza-Júnior PR, Damacena GN. Socioeconomic inequalities in the use of outpatient services in Brazil according to health care need: evidence from the World Health Survey. *BMC Health Services Research* 2010; 10:217.
26. Travassos C, Viacava F, Pinheiro R, Brito A. Utilização dos serviços de saúde no Brasil: gênero, características familiares e condição social. *Rev Panam Salud Publica* 2002; 11(5-6): 365-73.
27. Bertoldi AD, Barros AJ, Hallal PC, Lima RC. Utilização de medicamentos em adultos: prevalência e determinantes individuais. *Cad Saúde Pública* 2004; 38(2):228-38.
28. Moreira JP, Moraes JR, Luiz RR. Utilização de consulta médica e hipertensão arterial sistêmica nas áreas urbanas e rurais do Brasil, segundo dados da PNAD 2008. *Ciênc Saúde Coletiva* 2011; 16(9): 3781-93.
29. Pinheiro RS, Viacava R, Travassos C, Brito AS. Gênero, morbidade, acesso e utilização de serviços de saúde no Brasil. *Ciênc Saúde Coletiva* 2002; 7(4): 687-707.
30. Nations M, Firmo JO, Lima-Costa MF, Uchôa E. A resistência contra o “controle” da pressão arterial na população idosa de Bambuí, Minas Gerais, Brasil: um inquérito etno-epidemiológico. *Cad Saúde Pública* 2011; 27 sup 3:S378-S389.
31. Munger MA, Tassell BW, LaFleur J. Medication Nonadherence: An Unrecognized Cardiovascular Risk Factor. *Med Gen Med.* 2007; 9(3):58.
32. Lee HS, Park YM, Kwon HS, Lee JH, Park YJ, Lim SY et al. Prevalence, awareness, treatment, and control of hypertension among people over 40 years old in a rural area of South Korea: The Chungju Metabolic Disease Cohort (CMC) Study. *Clin Exp Hypertens* 2010; 32(3):166-78.
33. Barreto SM, Figueiredo RC. Doença crônica, auto-avaliação em saúde e comportamento de risco: diferença de gênero. *Rev Saúde Pública* 2009; 43(supl.2): 38-

34. Galobardes B, Shaw M, Lawlor DA, Lynch JW, Smith GD. Indicators of socioeconomic position (part 1). *J Epidemiol Community Health* 2006; 60:7-12.
35. Schmidt MI, Duncan BB, Azevedo e Silva G, Menezes AM, Monteiro CA, Barreto SM, et al. Chronic non-communicable diseases in Brazil: burden and current challenges. *Lancet* 2011; publicado online em 9 de maio. DOI:10.1016/S0140-6736(11)60135-9.
36. Viacava, F. Acesso e uso de serviços de saúde pelos brasileiros. *Radis* 2010; 96:12-19.
37. BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria nº- 184, de 3 de fevereiro de 2011. Dispõe sobre o Programa Farmácia Popular do Brasil. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.
38. Giatti L, Barreto SM. Situação no mercado de trabalho e utilização dos serviços de saúde no Brasil. *Ciênc Saúde Coletiva* 2011; 16(9):3817-27.
39. Firmo JO, Peixoto SV, Loyola Filho AI, Uchôa E, Lima-Costa MF. Diferenças de coorte por nascimento no controle da hipertensão entre idosos mais velhos (Estudo de Coorte de Idosos de Bambuí 1997 e 2008). *Cad Saúde Pública* 2011; 27 Sup.3:S427-434.
40. Paniz VM, Fassa AG, Facchini LA, Piccini RX, Tomasi E, et al. Acesso gratuito a medicamentos para hipertensão e diabetes em idosos: uma realidade a ser construída. *Cad Saúde Pública* 2010; 26(6):1163-74.
41. Jardim R, Barreto SM, Giatti L. Confiabilidade das informações obtidas de informante secundário em inquéritos de saúde. *Cad Saúde Pública* 2010; 26(8):1537-48.
42. 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): 1-51
43. Macinko J, Lima-Costa MF. Horizontal equity in health care utilization in Brazil, 1998-2008. *Int J Equity Health* 2012; 11(33). doi:10.1186/1475-9276-11-33
44. Paim J, Travassos C, Almeida C, Bahia L, Macinko J. O sistema de saúde brasileiro: história avanços e desafios. *Lancet* 2011; publicado online em 9 de maio. DOI:10.1016/S0140-6736(11)60054-8.

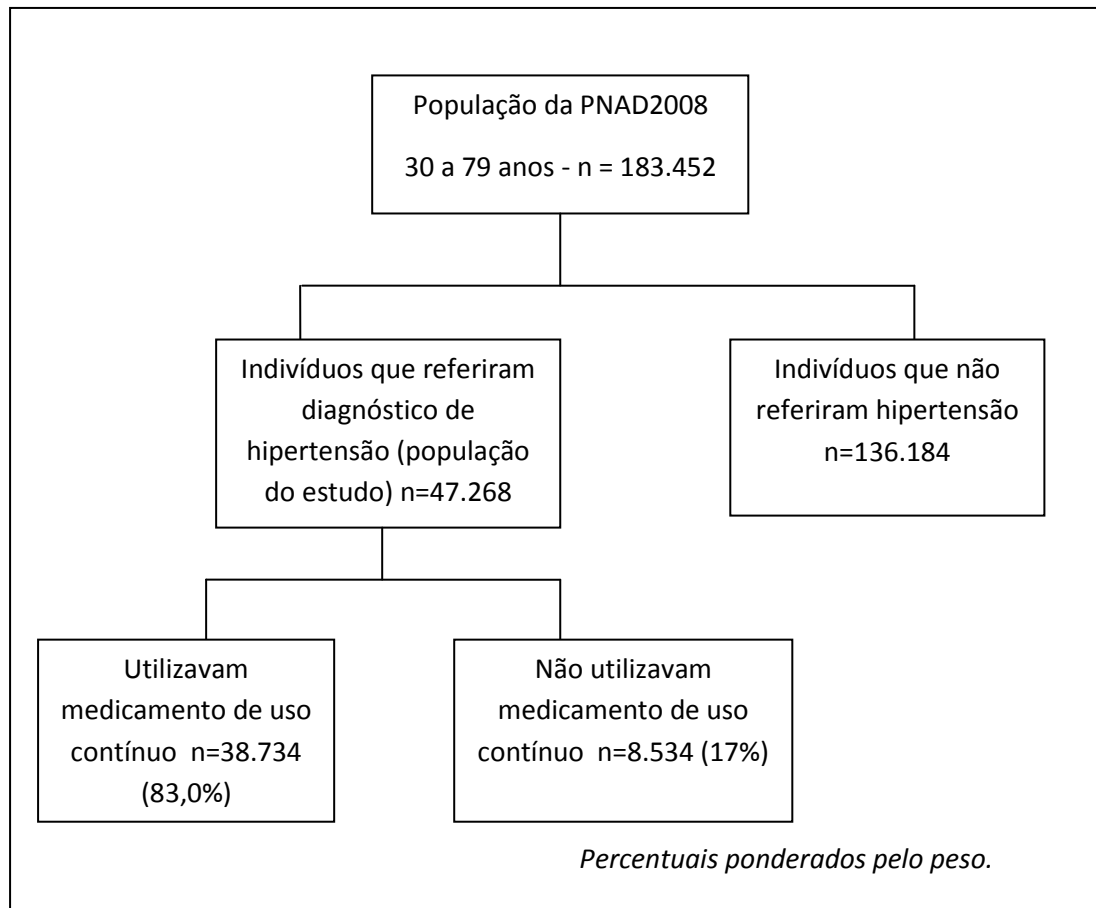
FIGURAS E TABELAS**Figura 1** - População do estudo.

Tabela 1- Prevalência e fatores associados à ausência do uso de medicamento contínuo, segundo características sociodemográficas, comportamentos relacionados à saúde e situação de saúde entre indivíduos de 30 a 79 anos que referiram HAS. PNAD/Brasil, 2008.

Variável	População N (%)	Não utilização de medicamento de uso contínuo (%)	Valor de p	RP (IC95%)
Características sociodemográficas				
Sexo				
Masculino	18.649 (39,7)	22,5		1,00
Feminino	28.619 (60,3)	13,4	<0,0001	0,59(0,57-0,62)
Idade (em anos)				
30-39	5.153 (10,6)	42,3		1,00
40-49	9.974 (20,7)	24,7		0,58(0,55-0,61)
50-59	13.285 (28,1)	14,5		0,34(0,32-0,36)
60-69	11.570 (24,9)	9,1		0,22(0,20-0,23)
70-79	7.286 (15,8)	6,8	<0,0001	0,16(0,14-0,18)
Cor/raça				
Branca/amarela	22.504 (51,2)	14,0		1,00
Preta	4.638 (9,3)	18,8		1,34(1,25-1,44)
Parda/indígena	20.101 (39,5)	20,4		1,45(1,39-1,52)
Sem informação	25		<0,0001	
Escolaridade (em anos de estudo)				
Nenhuma ou até 3 anos	17.548 (37,4)	16,2		1,00
4 a 7 anos	12.937 (28,3)	16,8		1,04(0,99-1,10)
8 a 10 anos	5.658 (11,7)	20,2		1,25(1,17-1,34)
11 anos e mais	11.007 (22,7)	16,9	<0,0001	1,04(0,99-1,11)
Sem informação	118			
Trabalho na semana de referência				
Trabalhou	24.180 (50,8)	23,2		1,00
Desempregado	995 (2,0)	27,9		1,21(1,08-1,40)
Não trabalhou nem estava desempregado	22.093 (47,2)	9,9	<0,0001	0,43(0,41-0,45)
Renda domiciliar per capita (em quintis)				
1º (menor quintil)	9.457 (19,4)	26,5		1,00
2º	8.869 (18,9)	19,8		0,75(0,70-0,79)
3º	8.988 (20,0)	14,7		0,56(0,52-0,59)
4º	9.100 (20,9)	14,8		0,56(0,52-0,60)
5º (maior quintil)	9.097 (20,7)	10,4	<0,0001	0,39(0,36-0,42)
Sem informação	1.757			
Região de residência				
Urbana	40.648 (85,6)	16,4		1,00
Rural	6.620 (14,4)	20,6	<0,0001	1,26(1,19-1,33)
Macrorregião de residência				
Sudeste	16.544 (48,4)	13,5		1,00
Sul	7.839 (15,9)	13,6		1,00(0,94-1,08)
Centro-Oeste	4.980 (6,7)	19,1		1,41(1,32-1,52)
Nordeste	13.738 (23,9)	29,5		2,19(2,05-2,34)
Norte	4.167 (5,1)	23,1	<0,0001	1,17(1,62-1,80)

Continua...

Comportamentos relacionados à saúde				
Tabagismo atual				
Não fuma	26.711 (56,6)	16,0		1,00
Ex-fumante	12.868 (26,9)	13,9		0,87(0,82-0,92)
Fuma	7.524 (16,4)	25,3		1,58(1,50-1,66)
Sem informação	165		<0,0001	
Prática de atividade física				
Não	40.491 (86,2)	18,0		1,00
Sim	6.777 (13,8)	10,8	<0,0001	0,60(0,56-0,65)
Condições de saúde e utilização dos serviços de saúde				
Presença de doenças crônicas				
Somente hipertensão	33.708 (70,8)	20,4		1,00
Hipertensão e mais uma	11.546 (24,8)	9,2		0,44(0,42-0,48)
Hipertensão e mais duas	2.014 (4,4)	5,7	<0,0001	0,28(0,23-0,34)
Número de consultas médicas nos últimos 12 meses				
0	5.939 (12,3)	40,8		1,00
1	5.415 (11,5)	25,8		0,63(0,60-0,67)
2-3	13.482 (28,7)	17,4		0,43(0,40-0,45)
4 e mais	22.432 (47,5)	8,4	<0,0001	0,21(0,20-0,22)
Ocorrência de internações nos últimos 12 meses				
Não	41.328 (87,3)	17,9		1,00
Sim	5.940 (12,7)	10,7	<0,0001	0,60(0,55-0,65)
Registro na USF				
Não	22.934 (49,5)	17,0		1,00
Sim	24.257 (50,5)	17,0	0,908	1,00(0,96-1,05)

Tabela 2- Fatores associados à não utilização de medicamentos entre os indivíduos com idade entre 39 e 79 anos que declararam diagnóstico de HAS. PNAD/Brasil, 2008.

Variável	RP	%(IC95%)
Sexo		
Masculino	1,00	
Feminino	0,76	0,73-0,80
Idade (em anos)		
30-39	1,00	
40-49	0,65	0,62-0,69
50-59	0,44	0,41-0,47
60-69	0,31	0,29-0,34
70-79	0,25	0,23-0,28
Escolaridade (em anos de estudo)		
Nenhuma ou até 3 anos	1,00	
4 a 7 anos	0,97	0,92-1,02
8 a 10 anos	1,00	0,94-1,07
11 anos e mais	0,92	0,86-0,98
Trabalho na semana de referência		
Trabalha	1,00	
Desempregado	1,02	0,92-1,14
Não trabalhou nem estava desempregado	0,78	0,74-0,83
Renda Domiciliar per Capita (em quintis)		
1º	1,00	
2º	0,93	0,88-0,98
3º	0,86	0,80-0,91
4º	0,85	0,80-0,91
5º	0,65	0,60-0,71
Macrorregião de residência		
Sudeste	1,00	
Sul	1,00	0,93-1,06
Centro-Oeste	1,20	1,13-1,29
Nordeste	1,42	1,35-1,49
Norte	1,78	1,67-1,89
Tabagismo atual		
Não fuma	1,00	
Ex-fumante	0,94	0,89-0,99
Fumante	1,22	1,17-1,29
Prática de atividade física		
Não	1,00	
Sim	0,75	0,70-0,81
Número de doenças crônicas		
Somente hipertensão	1,00	
Hipertensão e mais 1 doença	0,66	0,62-0,70
Hipertensão e 2 doenças ou mais	0,49	0,40-0,59
Número de consultas médicas nos últimos 12 meses		
0	1,00	
1	0,69	0,65-0,73
2-3	0,52	0,50-0,55
4 e mais	0,30	0,28-0,32

CONSIDERAÇÕES FINAIS

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Nesta dissertação foi estimada a prevalência de pessoas que referiram diagnóstico de hipertensão arterial e que não utilizavam medicamento de uso contínuo na pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios realizada no ano de 2008 e foi investigada a associação entre a ausência de utilização de medicamentos de uso contínuo e as características sociodemográficas, comportamentos relacionados à saúde, e características relacionadas à saúde entre esses indivíduos.

Com este trabalho, obteve-se um valor de prevalência próximo ao encontrado em países desenvolvidos e a maioria das características associadas (sexo, idade, renda, tabagismo, número de consultas médicas, presença de outras morbidades) são condizentes com o que se observa na literatura internacional sobre o uso de anti-hipertensivos, já que o tratamento da hipertensão requer o uso contínuo de medicamentos em praticamente todos os casos. Sabendo-se que os indivíduos mais jovens, do sexo masculino são mais suscetíveis a não utilizar medicamentos, deve ser dada maior atenção ao atendimento dessas pessoas, de modo a sensibilizá-los sobre a importância do tratamento.

É necessário também maior investimento na atenção primária, locus privilegiado para atenção à saúde, e em especial para condições crônicas como a hipertensão arterial com objetivo de qualificar o cuidado e também de diminuir as desigualdades observadas. Observamos que ser residente das regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste e o número de consultas médicas no último ano apresentaram-se, em termos de magnitude, como as características mais relevantes entre todas as estudadas. Ressalta-se aqui que além de disponibilidade de medicamentos gratuitos, é fundamental garantir o acesso dos cidadãos aos serviços de saúde.

Outras características associadas ao uso de medicamentos que não foram abordadas no presente estudo devem ser consideradas, tais como as crenças e hábitos dos indivíduos e as características dos medicamentos, como reações adversas. A frequência dos efeitos adversos varia de acordo com a classe utilizada, portanto a escolha adequada dos medicamentos é de extrema importância.

Há um grande número de apresentações de medicamentos anti-hipertensivos, com diferentes valores comerciais. Considerando-se que o custo ainda apresenta-se como impedimento para o

tratamento, é necessário que o profissional prescritor interaja com o usuário a fim de conhecer melhor sua realidade, suas dúvidas e receios, de forma a promover uma escolha racional do medicamento, facilitando sua utilização. Hoje existem agentes anti-hipertensivos de diversas classes distribuídos gratuitamente, mas é necessário que os profissionais da saúde informem adequadamente como se pode obtê-los. Além disso, é necessário esclarecer para o usuário todas as consequências que podem advir da ausência de tratamento para a HAS.

O objetivo final da utilização de medicamentos para o tratamento HAS é o controle dos níveis pressóricos do indivíduo. Apesar de não ser foco do trabalho, é amplamente conhecido que mesmo entre quem utiliza medicamentos anti-hipertensivos adequadamente nem sempre há o controle da HAS. Por isso, esforços devem ser dispendidos para aumentar a porcentagem de indivíduos tratados. Assim o número de hipertensos controlados também poderá aumentar.

Este é o primeiro estudo de base populacional que nos dá a prevalência da ausência de utilização de medicamentos de uso contínuo entre os hipertensos e os fatores associados a esta ausência e poderá servir de subsídios para a implantação de políticas e direcionamentos que visem diminuir essa prevalência. No âmbito do SUS, além da melhoria do acesso nas regiões mais desfavorecidas, uma medida que pode contribuir significativamente para aumentar a porcentagem de utilização de medicamentos entre os indivíduos hipertensos é disponibilização de serviços preventivos e de atenção primária em horários flexíveis, de forma a atender o usuário trabalhador. Outro ponto importante é a consolidação de uma assistência farmacêutica de qualidade, com um bom planejamento e com profissionais capacitados para garantir a disponibilização gratuita dos medicamentos necessários e acompanhamento farmacoterapêutico dos usuários. Enfim, apesar de existir uma parcela significativa de indivíduos com hipertensão que não realizam tratamento medicamentoso, é possível reduzir esta porcentagem, tendo como objetivo final o controle desta enfermidade tão relevante e que muitas vezes é negligenciada pelos próprios indivíduos.

APÊNDICES

APÊNDICE 1: Tabela com análise multivariável dos 3 blocos de variáveis explicativas e suas associações à não utilização de medicamentos entre os indivíduos com idade entre 39 e 79 anos que declararam ter HAS na PNAD 2008.

Variável	RP	%(IC95%)
CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS		
Sexo		
Masculino	1,00	
Feminino	0,63	0,61-0,66
Idade (em anos)		
30-39	1,00	
40-49	0,62	0,59-0,66
50-59	0,40	0,38-0,43
60-69	0,28	0,26-0,30
70-79	0,22	0,20-0,25
Escolaridade (em anos de estudo)		
Nenhuma ou até 3 anos	1,00	
4 a 7 anos	0,94	0,89-0,99
8 a 10 anos	0,98	0,91-1,05
11 anos e mais	0,87	0,81-0,93
Residência		
Urbana	1,00	
Rural	0,98	0,92-1,03
Macrorregião de residência		
Sudeste	1,00	
Sul	1,02	0,95-1,09
Centro-Oeste	1,26	1,18-1,35
Nordeste	1,48	1,41-1,56
Norte	1,86	1,74-1,99
Trabalho na semana de referência		
Trabalhou	1,00	
Desempregado	1,02	0,91-1,13
Não trabalhou nem estava desempregado	0,68	0,65-0,72
Cor referida ou raça		
Branca ou amarela	1,00	
Preta	1,06	0,99-1,14
Parda ou indígena	1,05	1,00-1,10
Renda Domiciliar per Capita (em quintis)		
1º	1,00	
2º	0,89	0,84-0,94
3º	0,82	0,77-0,88
4º	0,81	0,76-0,87
5º	0,60	0,54-0,65

COMPORTAMENTOS RELACIONADOS À		
SAÚDE	1,00	
Tabagismo atual	0,87	0,82-0,92
Não fuma	1,54	1,46-1,62
Ex-fumante		
Fumante		
Prática de atividade física		
Não	1,00	
Sim	0,63	0,58-0,68
CONDIÇÕES DE SAÚDE E UTILIZAÇÃO		
DOS SERVIÇOS DE SAÚDE		
Número de doenças crônicas		
1 (somente hipertensão)	1,00	
2 doenças	0,56	0,53-0,60
3 e mais	0,40	0,33-0,48
Número de consultas médicas nos últimos 12 meses		
0		
1	1,00	
2-3	0,67	0,63-0,71
4 e mais	0,47	0,44-0,49
	0,25	0,23-0,26
Ocorrência de internações nos últimos 12 meses		
Não	1,00	
Sim	0,99	0,91-1,07

ANEXO 1: Cópia da Ata de Qualificação



**FACULDADE DE MEDICINA
CENTRO DE PÓS-GRADUAÇÃO**

Av. Prof. Alfredo Balena 190 / sala 533
Belo Horizonte - MG - CEP 30.130-100
Fone: (031) 3409.9641 FAX: (31) 3409.9640
cpg@medicina.ufmg.br



Ata do exame de qualificação a que se submeteu a mestranda REGINARA ALVES FERREIRA

Aos quatro dias do mês de novembro de dois mil e onze, convocada pelo Colegiado do Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública - Área de Concentração em Epidemiologia compareceu a mestranda **REGINARA ALVES FERREIRA** para submeter-se ao exame de qualificação com o projeto de dissertação intitulado: **"HIPERTENSÃO ARTERIAL REFERIDA E AUSÊNCIA DE UTILIZAÇÃO DE MEDICAMENTOS DE USO CONTÍNUO: FATORES ASSOCIADOS EM ESTUDO DE BASE POPULACIONAL"**, perante a Comissão Examinadora composta pelos professores doutores: Francisco de Assis Acurcio – UFMG, Mariângela Leal Cherchiglia – UFMG. Participaram da sessão como ouvintes, as professoras Luana Giatti Gonçalves – UFMG e Sandhi Maria Barreto – UFMG, orientadora e coorientadora da dissertação respectivamente. A sessão iniciou-se às 10h00min, na sala 828, 8º andar da Faculdade de Medicina, com a presença dos professores acima citados. Após a exposição da candidata, os professores participantes da Comissão Examinadora fizeram comentários sobre a apresentação oral, do conteúdo, relevância, metodologia e viabilidade do Projeto. Após a arguição, a Comissão Examinadora considerou a aluna apta a prosseguir a sua investigação. Para constar, lavrou-se a presente ATA, que segue assinada pela Comissão Examinadora. Belo Horizonte, 04 de novembro de 2011.

Profa. Luana Giatti Gonçalves /Orientadora – ouvinte Luana Giatti Gonçalves
Profa. Sandhi Maria Barreto/Coorientadora – ouvinte Sandhi Maria Barreto
Prof. Francisco de Assis Acurcio Francisco de Assis Acurcio
Profa. Mariângela Leal Cherchiglia Mariângela Leal Cherchiglia
Profa. Ada Ávila Assunção /Coordenadora Ada Ávila Assunção

Para uso da banca:

--

