

## Uso racional de medicamentos entre indivíduos com diabetes mellitus e hipertensão arterial no município do Rio de Janeiro, Brasil

Rational use of medicines by individuals with diabetes mellitus and arterial hypertension in the municipality of Rio de Janeiro, Brazil

Luiz Villarinho Pereira Mendes<sup>1</sup>  
Vera Lucia Luiza<sup>1</sup>  
Mônica Rodrigues Campos<sup>2</sup>

**Abstract** *This study focuses on the rational use of medicines (RUM) by hypertensive and/or diabetic patients treated in primary health care units in the city of Rio de Janeiro. It involves a cross-sectional study conducted between January and February 2010. Indicators were created considering the following aspects: adherence to prescribed medicine, self-medication and how patients store medicines within their households. Univariate and multivariate data analysis was performed. Of the 547 patients studied, 77.5% reported that they usually take the entire course of medicines and 80.3% reported that they tend not to forget to take them. Almost all respondents reported that they only take medications prescribed by authorized health professionals. Half of the patients had no expired medicines or damaged medicine packages in the home. Statistical tests revealed that RUM is higher among hypertensive individuals who are married and working, who mention receiving medical guidance about diet and physical exercise, and who have not missed any scheduled medical appointments at the primary health care unit within the 6 months before this research was conducted. The findings emphasize the importance of primary health care in promoting the rational use of medicines.*

**Key words** *Pharmaceutical treatment, Chronic non-communicable diseases, Rational use of medicines, Primary health care*

**Resumo** *Este estudo tem como objetivo o uso racional de medicamentos (URM) entre indivíduos com Hipertensão Arterial (HA) e/ou Diabetes Mellitus (DM) atendidos em unidades básicas de saúde no município do Rio de Janeiro. Trata-se de estudo transversal utilizando os dados de inquérito domiciliar realizado de janeiro a fevereiro de 2010. Foram elaborados indicadores para mensurar a taxa de adesão ao tratamento, automedicação e cuidados domiciliares relacionados aos medicamentos. O tratamento dos dados incluiu análise uni e multivariada. Dos 547 pacientes entrevistados, 77,5% relataram não costumar deixar sobrar medicamentos e 80,3% relataram não costumar esquecer de tomá-los. Quase a totalidade dos entrevistados relataram apenas tomar medicamentos prescritos por prescritores. Metade dos pacientes não tinham medicamentos com validade vencida ou embalagem danificada no domicílio. Os testes estatísticos mostraram que houve maior uso racional entre hipertensos, indivíduos casados, que trabalham, que referem receber orientações de seu médico sobre dieta e exercício físico e que não faltaram a consultas na unidade básica de saúde nos 6 meses anteriores à pesquisa. O achados reforçam a importância da atenção primária em saúde para a promoção do URM.*

**Palavras-chave** *Assistência farmacêutica, Doenças crônicas não transmissíveis, Uso racional de medicamentos, Atenção primária em saúde*

<sup>1</sup> Núcleo de Assistência Farmacêutica, Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP), Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz).  
luizvillarinho@gmail.com  
<sup>2</sup> Departamento de Ciências Sociais, ENSP, Fiocruz.

## Introdução

No Brasil, a prevalência da Hipertensão Arterial (HA) e Diabetes Mellitus (DM) vem aumentando nas últimas décadas o que representa importante desafio para o sistema de saúde como um todo<sup>1</sup>. O medicamento pode constituir importante ferramenta terapêutica para o enfrentamento deste problema. No entanto, se utilizado de forma incorreta, pode também acarretar sérios riscos para a saúde e ocasionar, por conseguinte, desperdício de recursos.

A Organização Mundial da Saúde estima que, no mundo, metade de todos os medicamentos são inadequadamente prescritos, dispensados ou vendidos e que metade dos pacientes não os tomam corretamente<sup>2,3</sup>.

A adesão ao tratamento da HA e DM inclui tanto a manutenção contínua pelos indivíduos do tratamento medicamentoso prescrito quanto a mudança do estilo de vida (MEV) a partir da obediência consciente às condutas orientadas quanto aos hábitos de dieta e atividade física. A baixa adesão ao tratamento é uma das principais causas de redução do benefício clínico e controle da HA e DM, levando a complicações de saúde e psicossociais e redução da qualidade de vida<sup>4,5</sup>. García *et al.*<sup>6</sup> revisaram estudos publicados em todo o mundo entre 1975 e 2012 sobre adesão ao tratamento medicamentoso da HA. Os autores encontraram que em média 74,5% dos indivíduos estudados foram considerados aderentes ao tratamento de acordo com os diferentes métodos utilizados. Por outro lado, os índices de adesão ao tratamento não medicamentoso para HA e DM tem sido menos satisfatórios<sup>7</sup>.

Os cuidados dispensados aos medicamentos no domicílio são de fundamental importância para minimizar os riscos à saúde. Os medicamentos cuja validade esteja vencida devem ser devidamente separados de todos os demais e descartados. Também é importante a preservação da embalagem primária e do rótulo dos medicamentos permitindo sua correta identificação e evitando equívocos no uso dos mesmos<sup>8,9</sup>.

Por fim, considera-se como relevante para a análise do Uso Racional de Medicamentos (URM) a automedicação. Esta, segundo a OMS envolve o uso de medicamentos pelos consumidores com a finalidade de tratar sintomas ou problemas de saúde autodiagnosticados<sup>10</sup>. Entre outras consequências indesejáveis desta prática, Arrais *et al.*<sup>11</sup> apontam o desenvolvimento de enfermidades iatrogênicas, o mascaramento de sintomas e o agravamento da doença.

Este estudo analisa o Uso Racional de Medicamentos (URM) do ponto de vista da adesão ao tratamento, da automedicação e dos cuidados com os medicamentos no domicílio tomando-se como recorte pacientes hipertensos e diabéticos atendidos em unidades básicas de saúde do município do Rio de Janeiro no ano de 2009.

## Metodologia

Trata-se de estudo transversal, analítico, utilizando dados provenientes do componente domiciliar do projeto RECASA: “O programa remédio em casa como modelo de provisão pública de medicamentos – análise de implantação no município do Rio de Janeiro”, patrocinado pela FAPERJ e conduzido em 2010 pelo Núcleo de Assistência Farmacêutica/ENSP/Fiocruz em parceria com a Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil do Município do Rio de Janeiro (SMSDC/RJ). Tal estudo será doravante referido como ‘estudo fonte’.

### Estudo fonte

O estudo fonte que deu origem a esta pesquisa foi realizado com 2 abordagens: 1) Unidades de Saúde (US) em que foram feitas entrevistas com gestores e profissionais da saúde, observação direta e consulta a documentos; 2) Domicílios em que foram realizadas entrevistas com pacientes portadores de DM e/ou HA cadastrados no programa nas unidades visitadas na primeira abordagem da pesquisa. No presente estudo foram utilizados apenas dados oriundos da abordagem domiciliar em que além da entrevista com os usuários também foi realizada observação direta dos medicamentos no período de janeiro a fevereiro de 2010.

### Amostragem

A partir do sistema RECASA registrou-se população alvo de 139.122 pacientes portadores de HA e/ou DM. Foram critérios de inclusão, além do cadastro ativo no programa: ter 18 anos ou mais e residir no endereço de entrega no RECASA. Utilizou-se amostragem por proporções e tendo em vista a multiplicidade de desfechos de interesse trabalhou-se com a prevalência conservadora de 50%<sup>12</sup>, considerando intervalo de confiança de 95%, variância máxima de 0,25 e erro amostral de 4%, resultando em 598 usuários. Ao longo do processo de campo foi necessária a rea-

lização de substituições. Para tanto, foi criado um banco reserva com base em amostra seguindo os parâmetros mencionados acima. A amostra final resultou em 547 domicílios, representando perda de 8,5% em relação ao previsto inicialmente.

#### Indicadores do estudo

Como variável desfecho foram utilizados indicadores para expressar o Uso Racional de Medicamentos (URM) (Quadro 1), selecionados ou elaborados por consenso entre os autores de acordo com as possibilidades da base de dados utilizada. Tais indicadores foram compostos por diferentes questões do instrumento (resposta

**Quadro 1.** Indicadores de uso racional de medicamentos e variáveis de origem. Município do Rio de Janeiro, 2010.

Indicador	%	Variável de origem	Categorias de resposta	Valor
URM 1 - Proporção de pacientes que relataram costumar tomar seus medicamentos	77,5	Costuma acontecer de deixar de tomar os medicamentos para sua doença? (n = 547)	<i>Sim</i> <i>Não</i>	22,5 77,5
URM 2 - Proporção de pacientes que relataram não costumar sobrar medicamentos de DM e HA	80,3	Costuma sobrar medicamentos de hipertensão e diabetes? (n = 547)	<i>Sim</i> <i>Não</i>	19,7 80,3
URM 3 - Proporção de pacientes com soma de pontos da adesão acima do terceiro quartil	31,3	Soma de pontos da escala de adesão (n = 547)	-	35,0 (acima do terceiro quartil)
URM 4 - Proporção de pacientes que costumam pedir informações sobre medicamentos apenas a profissionais de saúde	62,0	A quem costuma pedir informação ou orientação sobre seus medicamentos? (resposta múltipla) (n = 547)	<i>Nunca tem dúvidas</i> <i>Amigos ou parentes</i> <i>Médico (a)</i> <i>Pessoa da farmácia pública</i> <i>Pessoa da farmácia privada</i> <i>Assistente social</i> <i>Enfermeiro</i> <i>Ninguém</i>	10,8 23,8 74,9 10,3 4,4 1,5 12,1 2,2
URM 5 - Proporção de pacientes com ausência de medicamentos vencidos ou com embalagem primária/rótulo danificados no domicílio	51,0	Medicamento dentro do prazo de validade? (n = 1894) Embalagem primária do medicamento em bom estado? (n = 1894) Rótulo do medicamento em bom estado? (n = 1894)	<i>Sim</i> <i>Não</i> <i>Sim</i> <i>Não</i> <i>Sim</i> <i>Não</i>	97,2 2,8 91,1 8,9 90,2 9,8
URM 6 - Proporção de pacientes cuja totalidade dos medicamentos utilizados para sua enfermidade foram recomendados/prescritos por prescritores	99,0	Quem recomendou/prescreveu este medicamento? (n = 547)	<i>Médico(a)</i> <i>Decidiu sozinho</i> <i>Membro do domicílio</i> <i>Amigo/Vizinho</i> <i>Agente comunitário</i> <i>Pessoa da farmácia</i>	99,5 0,3 0 0,2 0,1 0

única ou múltipla, variáveis contínuas ou categóricas) e foram expressos de maneira adimensional e dicotômica (0 para o cenário negativo e 1 para o cenário positivo).

Os indicadores de URM expressam medidas de adesão ao tratamento, automedicação e cuidados com os medicamentos.

Para a adesão ao tratamento foram combinadas três diferentes medidas: (a) os usuários foram diretamente perguntados se costumavam deixar de tomar seus medicamentos; (b) se costumava sobrar medicamentos de DM e HA; e (c) medida sumária de adesão. Esta última foi aferida através de um instrumento (Questionário MBG), adaptado para o português por Matta<sup>13</sup> a partir da proposta validada por Alfonso et al.<sup>14</sup> Neste instrumento, considera-se que a postura ativa do paciente no tratamento e a relação com o médico fazem parte do conceito de adesão. Sua medida se dá a partir de uma escala *likert* composta de 12 afirmativas que admitem cinco níveis de respostas para as quais são atribuídos, respectivamente, de 4 a 0 pontos: *sempre, quase sempre, às vezes, quase nunca e nunca*. A pontuação máxima possível para cada indivíduo é 48 pontos. Foram considerados aderidos aqueles pacientes cujo somatório de pontos das alternativas esteve acima do terceiro quartil.

O comportamento de automedicação foi expresso pelo fato de ter os profissionais de saúde como fonte única para obter informação sobre medicamentos (pedir informações sobre medicamentos apenas a profissionais de saúde) e se todos os medicamentos encontrados no domicílio no momento da visita haviam sido recomendados/prescritos por prescritores (médicos/dentistas).

Os cuidados com os medicamentos foram expressos pela ausência de produtos vencidos ou com rótulo/embalagem primária danificada no domicílio, aspectos verificados por observação direta no momento da visita.

As variáveis de exposição foram definidas segundo os aspectos: sociodemográficos (idade; sexo; estado civil; se mora sozinho; etnia; ocupação; classe econômica medida pelo Critério Classificação Econômica Brasil (CCEB)<sup>15</sup>; situação de saúde (tipo de enfermidade; tempo de conhecimento do diagnóstico de HTA e DM; tempo de uso de medicação anti-hipertensiva e antidiabética; autoavaliação do estado de saúde – global e em relação a pessoas da mesma idade; dificuldade para realizar tarefas do trabalho ou de casa;

estabilidade da abordagem terapêutica) e relação com o uso de serviços de saúde (regularidade no comparecimento às consultas agendadas; agendamento da consulta seguinte; grau de satisfação com o atendimento da farmácia; indicação de exercícios físicos e indicação de dieta pelo médico da US).

Os indicadores utilizados neste estudo são provenientes de informações coletadas de diferentes formas: observação direta do pesquisador de campo (URM 5), relato de pacientes a partir de perguntas fechadas com possibilidade de respostas únicas (URM 1 e 2) ou múltiplas (URM 4 e 6) e, por fim, perguntas cujas opções eram apresentadas na escala *likert* com 5 pontos (URM 3). Além, disso fazem parte de constructos teóricos distintos, medindo diferentes dimensões do URM.

O instrumento MBG que deu origem ao indicador URM3 continha a afirmativa “vai às consultas marcadas”. Por isso não foi viável a realização do teste estatístico entre este indicador e a variável *faltou a alguma consulta marcada na US nos últimos 6 meses?*

O projeto foi aprovado pelo comitê de ética da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (ENSP).

#### Análise dos dados

Os dados foram analisados no programa SPSS 17®. O teste qui quadrado foi realizado entre cada um dos indicadores de desfecho (URM) e as variáveis de exposição. Neste teste, aquelas variáveis que evidenciaram associações estatisticamente significativas ao nível de 90% deram origem a diferentes modelos de regressão logística. O método utilizado foi o *stepwise backward* ao nível de significância de 5%, com probabilidade de entrada de 0,20 e de saída de 0,10. Serão apresentadas suas respectivas proporções de classificação total do modelo logístico – (PCT – Overall), razões de chance ajustadas ( $OR_{AJ}$ ) e intervalos de confiança de 95%.

#### Resultados

Na Tabela 1 são apresentadas as variáveis de exposição e no Quadro 1 as variáveis desfecho. A Tabela 2 e a Tabela 3 apresentam apenas as variáveis que mostraram-se estatisticamente significantes nos testes estatísticos empregados.

**Tabela 1.** Variáveis de exposição.

Variável	n	%
Dados sociodemográficos		
Idade (média)	547	62,7
Sexo		
Masculino	175	32,0%
Feminino	372	68,0%
Estado Civil		
Casado	287	52,5%
Outros	260	47,5%
Mora sozinho		
Não	490	89,9%
Sim	55	10,1%
Etnia		
Não brancos	352	64,9%
Branco	190	35,1%
Ocupação		
Não trabalha	382	70,0%
Trabalha	164	30,0%
Classe Econômica		
A2 a C1	214	39,9%
C2 a E	323	60,1%
Condições de saúde		
Hipertensão		
Não	21	3,8%
Sim	526	96,2%
Diabetes		
Não	433	79,2%
Sim	114	20,8%
Há quanto tempo sabe que tem HTA e DM		
Menos de 5 anos	69	12,6%
Mais de 5 anos	477	87,4%
Há quanto tempo toma medicamentos para HTA e DM		
Menos de 5 anos	74	13,6%
Mais de 5 anos	471	86,4%
Como avalia seu estado de saúde		
Regular, ruim e muito ruim	364	67,0%
Bom e muito bom	179	33,0%
Como avalia seu estado de saúde em relação a outras pessoas de sua idade?		
Regular, ruim e muito ruim	304	58,1%
Bom e muito bom	219	41,9%
Grau de dificuldade em realizar tarefas do trabalho ou de casa		
Nenhum, leve ou regular	471	86,3%
Alto e extremo	75	13,7%
Há quanto tempo a receita para HA/DM está sem alteração?		
Mais de 1 ano	362	73,4%
Menos de 1 ano	131	26,6%

continua

### Dados Sociodemográficos

Dos 547 pacientes selecionados para entrevista, 96,2% eram hipertensos, 20,8% diabéticos e 17,2% portadores de ambas enfermidades. A amostra consistiu principalmente de idosos, sen-

do a média de idade de 62,7 anos (variando de 24 a 95 anos) e a mediana de 62 anos. Quase dois terços (68,0%) dos indivíduos eram do sexo feminino e um pouco mais da metade (52,5%) eram casados. Em torno de 10% dos indivíduos moravam sozinhos, o que pode indicar falta de su-

**Tabela 1.** continuação

Variável	n	%
Relação com e uso de serviços de saúde		
Faltou a alguma consulta marcada US nos últimos 6 meses?		
Não	442	80,8%
Sim	105	19,2%
Marcou a data de sua próxima consulta na US?		
Não	200	38,2%
Sim	324	61,8%
Qual o grau de satisfação com o atendimento da farmácia?		
Nada ou pouco satisfeito	117	21,4%
Satisfeito ou muito satisfeito	429	78,6%
Seu médico costuma lhe fazer indicação de exercícios?		
Não	194	35,5%
Sim	353	64,5%
Seu médico costuma lhe fazer indicação de dieta?		
Não	242	44,2%
Sim	305	55,8%

**Tabela 2.** Relações entre indicadores de URM e variáveis contexto. Município de Rio de Janeiro, 2010.

Variável	N Total (Freq)	URM 1 (Sim %)	URM 2 (Sim %)	URM 3 (Sim %)	URM 4 (Sim %)	URM 5 (Sim %)
Estado Civil						
Casado	287	78,7	77,6	30,0	61,0	<b>54,9*</b>
Outros	260	76,2	75,8	32,7	63,1	47,3
Etnia						
Não brancos	352	74,7	76,6	29,3	61,9	<b>54,0*</b>
Branco	190	<b>82,6**</b>	76,3	35,8	61,6	46,6
Ocupação						
Não trabalha	382	77,2	74,8	30,4	60,2	51,7
Trabalha	164	78,7	<b>81,7*</b>	33,5	66,5	50,0
Hipertensão						
Não	21	76,2	61,4	14,3	47,6	57,1
Sim	526	77,6	77,0	<b>31,9**</b>	62,5	51,1
Há quanto tempo a receita para HA/ DM está sem alteração?						
> 1 ano	362	74,9	77,9	28,7	62,2	<b>54,7**</b>
< 1 ano	131	<b>87,8**</b>	76,2	<b>39,7**</b>	61,1	44,3
Faltou alguma consulta marcada na US nos últimos 6 meses?						
Não	442	78,1	<b>79,4**</b>	-	62,7	<b>55,0**</b>
Sim	105	75,2	65,7	27,6	59,0	35,3
Relata que o médico costuma fazer indicação de exercícios?						
Não	194	79,4	75,8	24,7	56,2	44,0
Sim	353	76,5	77,3	<b>34,8**</b>	<b>65,2**</b>	<b>55,3**</b>
Relata que o médico costuma fazer indicação de dieta?						
Não	242	79,8	78,9	24,4	56,2	48,7
Sim	305	75,7	75,0	<b>36,7**</b>	<b>66,6**</b>	53,3

\*p < 0,10; \*\*p < 0,05; \*\*\*p = 0,000. URM 1 - Proporção de pacientes que relataram costumar tomar seus medicamentos; URM 2 - Proporção de pacientes que relataram não costumar sobrar medicamentos de DM e HA; URM 3 - Proporção de pacientes com soma de pontos da adesão acima do terceiro quartil; URM 4 - Proporção de pacientes que costumam pedir informações sobre medicamentos apenas a profissionais de saúde; URM 5 - Proporção de pacientes com ausência de medicamentos vencidos ou com embalagem primária/rótulo danificados no domicílio. URM 6 - Proporção de pacientes cuja totalidade dos medicamentos utilizados para sua enfermidade foram recomendados/prescritos por prescritores.

**Tabela 3.** Regressão logística entre indicadores de URM e variáveis de exposição. Município do Rio de Janeiro, 2010.

Indicador/variável	Categoria de referência	OR ajustado	IC 95% Lim inf	IC 95% Lim Sup	P valor (OR <sub>aj</sub> )
URM 1 (PCT*: 59%)					
Há quanto tempo a receita para HA/DM está sem alteração?	< 1 ano (OR = 1)	2,56	1,43	4,56	0,002
Etnia	Não branco (OR = 1)	1,73	1,07	2,79	0,026
URM 2 (PCT*: 38%)					
Faltou a alguma consulta marcada na US nos últimos 6 meses?	Sim (OR = 1)	2,17	1,35	3,45	0,001
Ocupação	Não Trabalha (OR = 1)	1,64	1,03	2,62	0,004
URM 3 (PCT*: 52%)					
Hipertenso?	Não (OR = 1)	2,48	0,70	8,70	0,15
Há quanto tempo a receita para HA/DM está sem alteração?	< 1 ano (OR = 1)	1,63	1,06	2,48	0,025
Relata que o médico costuma fazer indicação de dieta?	Não (OR = 1)	1,84	1,23	2,75	0,003
URM 4 (PCT*: 57%)					
Relata que o médico costuma fazer indicação de dieta?	Não (OR = 1)	1,53	1,08	2,16	0,018
URM 5 (PCT*: 61%)					
Etnia	Branco (OR = 1)	1,59	1,08	2,33	0,019
Há quanto tempo a receita para HA/DM está sem alteração?	> 1 ano (OR = 1)	1,59	1,04	2,38	0,031
Faltou a alguma consulta marcada na US nos últimos 6 meses?	Sim (OR = 1)	2,27	1,39	3,85	0,001
Relata que o médico costuma fazer indicação de exercícios?	Não (OR = 1)	1,70	1,16	2,51	0,007

\* PCT: proporção de classificação total do modelo logístico – Overall. URM 1 – Proporção de pacientes que relataram costumar tomar seus medicamentos; URM 2 – Proporção de pacientes que relataram não costumar sobrar medicamentos de DM e HA; URM 3 – Proporção de pacientes com soma de pontos da adesão acima do terceiro quartil; URM 4 – Proporção de pacientes que costumam pedir informações sobre medicamentos apenas a profissionais de saúde; URM 5 – Proporção de pacientes com ausência de medicamentos vencidos ou com embalagem primária/rótulo danificados no domicílio. URM 6 – Proporção de pacientes cuja totalidade dos medicamentos utilizados para sua enfermidade foram recomendados/prescritos por prescritores.

porte familiar. Apenas 35,1% se declararam brancos. Setenta por cento não trabalham, situação muito certamente ligada à faixa etária. Cerca de 40,0% pertenciam às classes econômicas de A2 a C1 e 60,1% às classes C2 a E pelo critério CCEB<sup>15</sup> (Tabela 1).

### Condições de saúde

Quanto às condições de saúde, 87,4% dos pacientes tinham conhecimento de seu diagnóstico de hipertensão e/ou diabetes há mais de 5 anos, valor próximo ao dos que estavam em uso de medicação específica (86,4%), indicando que

o diagnóstico ocorre quando os indivíduos estão sintomáticos e em necessidade de tratamento com medicamentos. A maioria (67,0%) avaliou seu estado de saúde como “regular, ruim ou muito ruim” e 33,0% como “bom ou muito bom”. Quando essa mesma pergunta foi feita em comparação com “outras pessoas da mesma idade” a proporção daqueles que referiram seu estado de saúde como “regular, ruim ou muito ruim” caiu para 58,1% e como “bom ou muito bom” subiu para 41,9%. A maioria (73,4%) estava há mais de 1 ano com as receitas para hipertensão/diabetes sem alteração, indicando estabilidade da abordagem terapêutica.



Quando perguntados sobre o grau de dificuldade para realizar tarefas do trabalho ou de casa 86,3% dos entrevistados referiram “nenhum, leve ou regular” (Tabela 1).

#### Uso dos serviços de saúde

Dos entrevistados, 14,0% relataram terem faltado a alguma consulta marcada na US nos 6 meses anteriores à entrevista, o que pode indicar problemas de continuidade do cuidado.

Também foram identificados problemas na coordenação do cuidado – 38,2% dos pacientes não possuíam a consulta seguinte agendada na US no momento da visita.

Um percentual de 65,0 e 56,0% dos pacientes relatou que seus médicos costumam, além dos medicamentos, fazer indicação de dietas e exercício físico, respectivamente.

Quanto à satisfação dos usuários com o atendimento da farmácia da unidade de saúde de referência, 78,6% referiram estar “satisfeitos ou muito satisfeitos” e 21,4% “nada ou pouco satisfeitos” (Tabela 1).

#### Uso Racional de Medicamentos

Cerca de 77,0% dos pacientes relataram não costumar deixar de tomar os seus medicamentos (URM 1) e 80,0% relataram que não costumava sobrar medicamentos de DM e HA (URM 2). Apenas 31,3% dos pacientes estiveram acima do terceiro quartil para a média de adesão ao tratamento (URM 3). Um percentual de 62,0% relatou costumar pedir informações sobre medicamentos apenas a profissionais de saúde (URM 4). A observação direta destes medicamentos mostrou que cerca de metade (51,0%) dos pacientes não possuíam medicamentos vencidos ou com embalagem danificada no domicílio (URM 5). Segundo relato dos pacientes 99,0% dos medicamentos tomados para a doença foram recomendados/prescritos por prescritores (URM 6). (Quadro 1).

#### Associações estatisticamente significativas identificadas

A seguir, são apresentados os resultados dos testes estatísticos. Conforme relatado na metodologia, foram realizados inicialmente testes qui quadrado. Em seguida, as variáveis que apresentaram-se associadas estatisticamente deram origem a um modelo de regressão logística, casos em que será também apresentado o OR ajustado ( $OR_{aj}$ ).

Aqueles indivíduos que não faltaram à consulta marcada na US nos 6 meses anteriores a entrevista apresentaram maior proporção de URM 2 ( $p < 0,001$ ;  $OR_{aj} = 2,17$ ) e URM 5 ( $p < 0,001$ ;  $OR_{aj} = 2,27$ ), o que fala a favor da continuidade do cuidado. Também foi confirmada a relação entre o uso racional e a recomendação ao paciente, pelo médico da US, de dieta (medido por URM 3 –  $p < 0,003$ ;  $OR_{aj} = 1,84$  e URM 4 –  $p < 0,018$ ;  $OR_{aj} = 1,52$ ) e exercícios (medido por URM 3 –  $p < 0,050$ ; URM 4 –  $p < 0,050$  e URM 5 –  $p < 0,007$ ;  $OR_{aj} = 1,70$ ) (Tabela 2 e Tabela 3).

Além disso houve maior uso racional de medicamentos entre os indivíduos hipertensos (medido por URM 3 –  $p < 0,15$ ;  $OR_{aj} = 2,48$ ), casados (medido por URM 5 –  $p < 0,100$ ) e que trabalham (medido por URM 2 –  $p < 0,004$ ;  $OR_{aj} = 1,64$ ) (Tabela 2 e Tabela 3).

Não houve boa concordância entre os achados referentes à etnia e à estabilidade da abordagem terapêutica. Os indicadores URM 1 e URM 5 apresentaram respectivamente maiores proporções para os indivíduos brancos ( $p < 0,026$ ;  $OR_{aj} = 1,73$ ) e não brancos ( $p < 0,019$ ;  $OR_{aj} = 1,59$ ). Os indicadores URM 1 e URM 3 apresentaram maiores proporções entre os indivíduos com receita para HA/DM sem alteração há menos de 1 ano (respectivamente  $p < 0,026$ ;  $OR_{aj} = 1,73$  e  $p < 0,025$ ;  $OR_{aj} = 1,63$ ) e o indicador URM 5 maiores proporções entre os pacientes que há mais de 1 ano não sofriam alterações na abordagem terapêutica ( $p < 0,031$ ;  $OR_{aj} = 1,59$ ) (Tabela 2 e Tabela 3).

O indicador URM 6 não apresentou associação estatisticamente significativa, muito certamente pela concentração assimétrica dos indivíduos – quase a totalidade dos pacientes são positivos para esse indicador.

Não foram identificadas associações com as variáveis: “sexo”, “mora sozinho?”, “classe econômica”, “há quanto tempo sabe que tem HTA e DM”, “há quanto tempo toma medicamentos para HTA e DM”, “como avalia seu estado de saúde”, “como avalia seu estado de saúde em relação a outras pessoas de sua idade?”, “grau de dificuldade em realizar tarefas do trabalho ou de casa”, “marcou a data de sua próxima consulta na US?” e “qual o grau de satisfação com o atendimento da farmácia?”. O indicador URM6 também não apresentou associação com nenhuma das variáveis de exposição testadas, isso se deveu certamente pela elevada assimetria na distribuição dos resultados (quase a totalidade dos pacientes são positivos para este indicador).



## Discussão

### Automedicação

Quase a totalidade dos pacientes (99,0%) tomavam apenas medicamentos recomendados ou prescritos por prescritores autorizados. Os dados apresentam cenário melhor do que o encontrado Ribeiro e Heineck<sup>16</sup> que, estudando o estoque de medicamentos armazenados no domicílio de pacientes atendidos pelo PSF no interior de Minas Gerais, encontraram que 58,4% dos medicamentos haviam sido comprados sem prescrição. Igualmente, os resultados aqui encontrados para este aspecto da automedicação foram melhores que aqueles do estudo "Avaliação da assistência farmacêutica no Brasil"<sup>17</sup>. Neste estudo, cuja amostra foi representativa da população em geral, encontrou-se que 47,6% dos entrevistados obtiveram prescrição de médicos ou dentistas.

O bom resultado aqui encontrado é certamente devido ao fato dos pacientes terem sido solicitados a mostrar apenas os medicamentos tomados para tratamento da HA/DM. Além disso, a amostra deste estudo, por definição, foi restrita a pacientes cadastrados no programa de hipertensão/diabetes e que, portanto, estavam sob acompanhamento médico.

Oenning et al.<sup>18</sup> avaliando o conhecimento sobre o tratamento medicamentoso de pacientes atendidos em uma unidade básica de saúde de Santa Catarina verificou que a maioria deles não tinham nível de informação adequado para utilização segura dos medicamentos prescritos. Assim, chama a atenção que apenas cerca de 6 em cada 10 pacientes do presente estudo relataram pedir informações ou orientações sobre medicamentos unicamente a profissionais de saúde, sendo relevante a proporção daqueles que consultam amigos e parentes (23,0%). Arrais et al.<sup>11</sup> em estudo realizado em Fortaleza, Belo Horizonte e estado de São Paulo observaram que 51,0% dos casos de automedicação se basearam em sugestões de pessoas não qualificadas.

No presente estudo, encontrou-se que a consulta a pessoas leigas como fonte de informações sobre medicamentos é menor nos que relatam receber recomendações sobre dieta e atividade física de seus médicos na US. Possivelmente, a indicação de dieta e exercício se dá quando há uma melhor relação médico-paciente como um todo.

### Adesão

Foi baixa a proporção de pacientes com média acima do terceiro quartil para a escala de adesão (31,3%) e foi considerável o percentual de pacientes que relatam costumar deixar de tomar os seus medicamentos e deixar sobrar medicamentos para hipertensão e diabetes, aproximadamente 2 em cada 10 em ambas situações. Pelo teste qui quadrado houve associação estatisticamente significativa ( $p = 0,000$ ) entre esses dois últimos grupos evidenciando boa consistência interna dos dados.

Como no caso da automedicação, discutido acima, o recebimento de recomendações sobre dieta e exercício físico pelos médicos na US também se associou à maior adesão medida pelo instrumento MBG. Além disso, aqueles que não costumam deixar sobrar seus medicamentos apresentaram maior continuidade do cuidado (não faltaram à consulta marcada na US nos 6 meses anteriores à entrevista).

A modificação de dieta e a atividade física são importantes para o controle da hipertensão e diabetes<sup>19-21</sup> sendo apontada por diferentes estudos como um dos principais problemas para adesão ao tratamento por estes pacientes<sup>22-26</sup>.

Quanto à recomendação de dieta, o achado (55,8%) foi pior que o de Figueiredo e Asakura<sup>24</sup> que, analisando prontuários de pacientes hipertensos em uma unidade de saúde da cidade de São Paulo, encontraram recomendação de dieta em 77,8% dos casos e que o de Assunção et al.<sup>22</sup>, que em inquérito domiciliar a pacientes diabéticos cadastrados em unidades básicas de saúde no município de Pelotas observaram que os estes receberam de seus médicos orientações sobre dieta em 76,0% dos casos. Já para a indicação de exercícios físicos, o achado, 64,5%, foi melhor que o de Figueiredo e Asakura<sup>24</sup>, que encontraram 55,6% porém pior que o de Assunção et al.<sup>22</sup>, que encontraram 75,0%.

Segundo Pepe e Osório-de-Castro<sup>27</sup>, a forma como os profissionais de saúde interagem e se comunicam com o usuário são fatores determinantes para a adesão ao tratamento. Além disso, para o tratamento do diabetes mellitus e da hipertensão arterial é imprescindível a vinculação do paciente às unidades de atendimento<sup>28</sup> e um maior contato com o serviço de saúde aumenta a adesão ao tratamento<sup>19</sup>.

Uma hipótese para a maior adesão entre aqueles que possuem menor estabilidade na abordagem terapêutica está no fato das orientações médicas sobre o cumprimento do esquema me-

dicamentoso terem sido feitas mais recentemente, além disso estes pacientes possivelmente tiveram o seu tratamento alterado devido a problemas no controle da doença e estão sintomáticos o que pode favorecer a adesão.

Também pode haver uma tendência natural ao descuido e esquecimento com a cronicidade do uso dos medicamentos<sup>29</sup>.

Os indivíduos que trabalhavam apresentaram maior adesão ao tratamento talvez como resultado da rede social à qual estejam expostos ou da vida mais ativa.

Os hipertensos apresentaram melhor adesão ao tratamento comparativamente aos pacientes diabéticos. A adesão ao tratamento do indivíduo com Diabetes pode ser mais complexa quando comparada a outras doenças crônicas<sup>30</sup>. Os principais motivos incluem a grande variedade de complicações decorrentes da doença, o uso em alguns casos de insulina, a necessidade de manejo do glicosímetro e o desequilíbrio emocional<sup>30</sup>. Assim, faz-se particularmente importante o desenvolvimento de ações educativas voltadas para estes pacientes.

#### **Cuidados com os medicamentos**

Do total de 1894 medicamentos analisados, 2,8% estavam fora da validade, 9,8% estavam com rótulo e 8,9% com embalagem primária danificadas. Ainda que indesejáveis, estes percentuais estão relativamente abaixo dos encontrados em outros estudos<sup>9,16,31,32</sup>.

O cuidado com os medicamentos foi maior entre os casados. Estes indivíduos, assim como aqueles que trabalhavam, provavelmente contam com uma maior rede de suporte social o que pode influenciar positivamente os cuidados com a saúde.

Ao contrário do que se verificou entre indivíduos com maior adesão, o cuidado com os medicamentos foi maior entre aqueles que possuem maior estabilidade na abordagem terapêutica.

A indicação de exercícios pelo médico da US também se mostrou relacionada a um maior cuidado com os medicamentos, reforçando os achados encontrados para outras dimensões do uso racional discutidos anteriormente.

#### **Conclusão**

Os aspectos do URM ligados à adesão mostraram-se associados de forma estatisticamente significativa com indivíduos hipertensos, brancos, com maior continuidade do cuidado, que trabalhavam, com menor estabilidade na abordagem terapêutica e que recebiam recomendações sobre dieta e exercício físico de seus médicos na US.

Os aspectos ligados à menor automedicação mostraram-se associados a pacientes que recebem recomendações sobre dieta e atividade física de seus médicos na US.

Os aspectos relativos ao melhor cuidado com os medicamentos no domicílio mostraram-se associados com indivíduos casados, não brancos, com maior estabilidade na abordagem terapêutica e que recebem recomendações sobre exercício físico de seus médicos na US.

Chama a atenção a menor adesão entre pacientes diabéticos e a importância da recomendação de dieta e exercício físico pelos médicos da US. A identificação de fatores predisponentes da adesão e do uso racional de medicamentos, permite identificar características dos usuários que merecem atenção particularizada no atendimento. O achado relativo à continuidade do cuidado mostra a relevância de aspectos da atenção primária para a promoção do uso racional de medicamentos.

#### **Colaboradores**

LVP Mendes e MR Campos participaram da concepção, análises estatísticas e redação final; VL Luiza trabalhou na concepção e na redação final.

#### **Agradecimentos**

À FAPERJ pelo financiamento da pesquisa e a todos aqueles que gentilmente consentiram em ser entrevistados.

## Referências

- Schmidt MI, Duncan BB, Azevedo GS, Menezes AM, Monteiro CA, Barreto SM, Chor D, Menezes PR. Chronic non-communicable diseases in Brazil: burden and current challenges. *Lancet* 2011; 377(9781): 1949-1961.
- Marin N, Luiza VL, Osorio-de-Castro CGS, Machado-dos-Santos S. *Assistencia Farmaceutica para gerentes municipais*. Rio de Janeiro: OPAS, OMS; 2003.
- World Health Organization (WHO). *WHO Medicines Strategy – Countries at the Core - 2004 - 2007*. Geneva: WHO Press; 2004.
- Almeida HO de, Versiani ER, Dias A de R, Novaes MRCG, Trindade EMV. Adesão a tratamentos entre idosos. *Comun Ciencia Saude* 2007; 18(1):57-67.
- Barbosa RGB, Lima NKC. Índices de adesão ao tratamento anti-hipertensivo no Brasil e mundo. *Rev Bras Hipertens* 2006; 13(1):35-38.
- García JE, Claros NM, Ruiz AL, Gurrea FB. Pharmacological compliance in the treatment of arterial hypertension. A review of studies published between 1975 and 2011. *Semergen* 2012; 38(5):292-300.
- Paiva DCP, Bersusa AAS, Escuder MML. Avaliação da assistência ao paciente com diabetes e/ou hipertensão pelo Programa Saúde da Família do Município de Francisco Morato, São Paulo, Brasil. *Cad Saude Publica* 2006; 22(2):377-385.
- Lima GB, Nunes LCC, Barros JAC. Uso de medicamentos armazenados em domicílio em uma população atendida pelo Programa Saúde da Família. *Cien Saude Colet* 2010; 15(Supl. 3):3517-3522.
- Mastroianni PC, Lucchetta RC, Sarra JR, Galduróz JCF. Estoque doméstico e uso de medicamentos em uma população cadastrada na estratégia saúde da família no Brasil. *Rev Panam Salud Publica* 2011; 29(5):358-364.
- World Health Organization (WHO). *Guidelines for the regulatory assessment of medicinal products for use in self-medication*. Geneva: WHO Press; 2000.
- Arrais PSD, Coelho HLL, Batista M, Carvalho ML, Ríghi RE, Arnau JM. Perfil da automedicação no Brasil. *Rev Saude Publica* 1997; 31(1):71-77.
- Cochran WG. *Sampling Techniques*. 3<sup>rd</sup> ed. New York: John Wiley & Sons; 1977.
- Matta SR. *Adaptação transcultural de instrumento para medida da adesão ao tratamento anti-hipertensivo e antidiabético* [dissertação]. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz; 2010.
- Alfonso ML, Bayarre VH, Grau AJ. Validación del cuestionario MBG (Martín-Bayarre-Grau) para evaluar la adherencia terapéutica en hipertensión arterial. *Rev Cub Salud Publica* 2008; 34(1).
- Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (ABEP). *Critério de Classificação Econômica Brasil*. São Paulo: ABEP; 2008.
- Ribeiro MA, Heineck I. Estoque Domiciliar de Medicamentos na Comunidade Ibiaense Acompanhada pelo Programa Saúde da Família, em Ibiá-MG, Brasil. *Saude Soc* 2010; 19(3):653-663.
- Brasil. Ministério da Saúde (MS), Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), Organização Mundial da Saúde (OMS). *Avaliação da assistência farmacêutica no Brasil*. Brasília: MS; 2005.
- Oenning D, Oliveira BV, Blatt CR. Conhecimento dos pacientes sobre os medicamentos prescritos após consulta médica e dispensação. *Cien Saude Colet* 2011; 16(7):3277-3283.
- Brasil. Ministério da Saúde (MS). *Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão arterial e ao Diabetes mellitus*. Brasília: MS; 2002.
- Sociedade Brasileira de Cardiologia. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia* 2010; 95(Supl. 1):1-51.
- Sociedade Brasileira de Diabetes. *Diretrizes da sociedade brasileira de diabetes*. 3<sup>a</sup> ed. Itapevi: AC Farmaceutica; 2009.
- Assunção MCF, Santos IS, Costa JSD. Avaliação do processo da atenção médica: adequação do tratamento de pacientes com diabetes mellitus, Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil. *Cad Saude Publica* 2002; 18(1):205-211.
- Boas LCGV, Foss MC, Foss-Freitas MC, Torres HC, Monteiro LZ, Pace AE. Adesão à dieta e ao exercício físico das pessoas com diabetes mellitus. *Texto Contexto Enferm* 2011; 20(2):272-279.
- Figueiredo NN, Asakura L. Adesão ao tratamento anti-hipertensivo: dificuldades relatadas por indivíduos hipertensos. *Acta Paul Enferm* 2010; 23(6): 782-787.
- Giroto E. *Adesão ao tratamento anti-hipertensivo e fatores associados em área de abrangência de uma unidade de saúde da família, Londrina, PR* [dissertação]. Londrina: Universidade Estadual de Londrina; 2008.
- Mano GMP, Pierin AMG. Avaliação de pacientes hipertensos acompanhados pelo Programa Saúde da Família em um Centro de Saúde Escola. *Acta Paul Enferm* 2005; 18(3):269-275.
- Pepe VLE, Osorio-de-Castro C. A interação entre prescritores, dispensadores e pacientes: informação compartilhada como possível benefício terapêutico. *Cad Saude Publica* 2000; 16(3):815-822.
- Paiva DC, Bersusa AA, Escuder MM. Avaliação da assistência ao paciente com diabetes e/ou hipertensão pelo programa saúde da família do município de Francisco Morato, São Paulo, Brasil. *Cad Saude Publica* 2006; 22(2):377.
- World Health Organization (WHO). *Adherence to long-term therapies: evidence for action*. Geneva: WHO Press; 2003.
- Torres RM, Fernandes JD, Cruz EA. Adesão do portador de diabetes ao tratamento: revisão bibliográfica. *Rev baiana enferm* 2007; 21(2/3):61-70.

31. Laste G, Deitos A, Kauffmann C, de Castro LC, da Silva Torres IL, Fernandes LC. Papel do agente comunitário de saúde no controle do estoque domiciliar de medicamentos em comunidades atendidas pela estratégia de saúde da família. *Cien Saude Colet* 2012; 17(5):1305-1312.
32. Espírito Santo. Secretaria da Saúde do Estado do Espírito Santo (Sesa). *Diagnóstico da assistência farmacêutica no setor público e a política farmacêutica do estado do Espírito Santo*. Vitória: Sesa; 2007.

---

Artigo apresentado em 15/08/2013  
Aprovado em 15/10/2013  
Versão final apresentada em 22/10/2013