

## Programa Remédio em Casa: acesso, inatividade e risco cardiovascular<sup>1</sup>

Roque da Silva Araújo<sup>2</sup>

Edna Aparecida Moura Arcuri<sup>3</sup>

Victor Cauê Lopes<sup>4</sup>

**Objetivo:** verificar causas de inatividade no Programa Remédio em Casa, referidas por usuários de Unidade Básica de Saúde de São Paulo, comparando-as às registradas pelo programa e analisando-as no modelo teórico Conceito de Acesso à Saúde. **Métodos:** estudo transversal entrevistando 111 usuários inativos; e documental, nos registros do programa. **Resultados:** metade dos usuários desconhecia a condição de inatividade. Constatadas discrepâncias nas informações usuário versus programa, observando-se diferentes níveis de concordância: Falta de médico e funcionário administrativo 0%; Transferência para outra unidade 25%; Óbito 50%; Opção desistir 50%; Mudança de endereço 57% e Mudança de esquema terapêutico 80%. Observados sentimentos de aceitação do programa pelos usuários. No conceito de acesso à saúde, a inatividade pode ser explicada na dimensão Informação, no grau de assimetria entre o conhecimento do paciente e do profissional de saúde, identificada pelos indicadores: escolaridade, conhecimento e fontes de informação. **Conclusões:** devido ao baixo nível de escolaridade, o usuário não assimila as informações sobre as etapas do fluxograma do programa, não retorna para a avaliação que garante sua continuidade. Consequentemente, para de receber medicamentos e permanece longo tempo sem tratamento, o que aumenta o risco cardiovascular dos hipertensos (92% da amostra), diabéticos (44%) e dislipidêmicos (31%).

**Descritores:** Cooperação do Paciente; Programas Governamentais; Avaliação de Programas e Projetos de Saúde; Saúde Pública; Promoção da Saúde.

<sup>1</sup> Artigo extraído da dissertação de mestrado "Programa Remédio em Casa: Motivos da inatividade em uma Unidade Básica de Saúde do Município de São Paulo", apresentada a Universidade Guarulhos, Guarulhos, SP, Brasil.

<sup>2</sup> MSc, Enfermeiro, Unidade Básica de Saúde Anhanguera, Prefeitura Municipal de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil.

<sup>3</sup> PhD, Professor, Universidade Guarulhos, Guarulhos, SP, Brasil.

<sup>4</sup> MSc, Professor Assistente, Faculdades do Vale do Juruena, Juína, MT, Brasil.

### Como citar este artigo

Araújo RS, Arcuri EAM, Lopes VC. Home Delivery Medicament Program: access, inactivity and cardiovascular risk. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2016;24:e2810. [Access 

|     |     |     |
|-----|-----|-----|
| ┆   | ┆   | ┆   |
| mes | dia | ano |

]; Available in: 

|     |
|-----|
| ┆   |
| URL |

. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.1038.2810>.

## Introdução

A mudança no perfil de morbimortalidade por doenças crônicas e complicações cardiovasculares, como o infarto agudo do miocárdio e acidente vascular encefálico, vem redirecionando as políticas públicas e científicas de atenção à saúde<sup>(1)</sup>. Concomitantemente aos *guidelines* internacionais<sup>(2-3)</sup>, às tentativas de encontrar evidências para compreender os baixos índices de adesão ao tratamento<sup>(4)</sup> aos programas governamentais e à oferta de serviços para reduzir os elevados índices de prevalência dessas moléstias, observam-se esforços de autores para entender e discutir o conceito de Acesso à Saúde.

Nos anos 60 surgiram desafios no campo das políticas públicas ou privadas de saúde, com discursos acalorados por economistas sobre as incertezas no bem-estar econômico do cuidado médico. A literatura dos anos setenta foi enriquecida por reflexões sobre o conceito de acesso à saúde, tendo a obra de Donabedian se tornado um marco para os estudiosos do tema<sup>(5)</sup>. O foco de atenção foi voltado para as características da população, com ênfase na importância dos determinantes individuais como renda, cobertura de saúde, atitudes frente ao cuidado, e estrutura social<sup>(6)</sup>.

O conceito de acesso à saúde foi ganhando consistência, com agregação de atributos sócio organizacionais, como a condição social, cultural e educacional, variáveis que poderiam ser avaliadas por indicadores de resultados da passagem do usuário no sistema, como, por exemplo, a sua satisfação, atributo destacado também no início dos anos oitenta<sup>(7)</sup>.

Diversos autores vêm revisando o conceito de acesso à saúde no século atual<sup>(8-10)</sup>, observando-se nele quatro dimensões passíveis de serem avaliadas por indicadores do processo e resultado, os quais auxiliam no julgamento das condições de equidade ou desigualdade no acesso à saúde: disponibilidade; aceitabilidade; capacidade e informação<sup>(11)</sup>.

Neste momento, os estudos que tratam o acesso aos medicamentos são mais escassos, porém o tema é presente nas publicações da Organização Mundial de Saúde (OMS)<sup>(12-13)</sup>.

Este estudo visa compreender porque o Programa Remédio em Casa (PRC), exemplo de disponibilidade de acesso ao tratamento medicamentoso, registra altos índices de inatividade. Os autores consideraram que analisar as razões de aparente desistência do programa, à luz das quatro dimensões do conceito de acesso à

saúde, poderia resultar em visão ampla das variáveis envolvidas.

Considerando que a Hipertensão Arterial é o principal fator de risco cardiovascular, atingindo, especialmente, a população idosa em todo o mundo, e associada ao Diabetes *Mellitus* e outros fatores agrava o risco de complicações cardiovasculares<sup>(14)</sup>, a Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo implantou, em 2005, o Programa Remédio em Casa (PRC). O objetivo foi garantir acesso aos medicamentos e atendimento contínuo aos portadores dessas moléstias, pela entrega domiciliar dos fármacos, em quantidades suficientes para o período de 90 dias<sup>(15)</sup>.

O PRC priorizou no início os portadores de Diabetes e/ou Hipertensão Arterial, estáveis e clinicamente controlados, em acompanhamento em Unidades Básicas de Saúde (UBS). Posteriormente foram incluídos portadores de dislipidemias e distúrbios da tireoide.

Em estudo sobre o acesso de medicamentos pela população de baixa renda, em bairro de São Paulo, foi concluído que a busca pelos medicamentos no balcão da UBS demandava tempo, dinheiro, frustração e aumento dos índices de absenteísmo no trabalho. Além de receber o remédio em casa, os usuários tinham a garantia do retorno agendado e de mais exames para controle. A autora, em estudo de doutorado, concluiu que o PRC resultava em menor risco de agravos, melhor vínculo com a equipe, além de os usuários sentirem-se mais valorizados e cuidados (Dados não publicados). Contudo, nos anos recentes os líderes do programa começaram a enfrentar aumento nos índices de inatividade, os quais continham informações sobre as causas de desistência do usuário em continuar participando no programa.

O objetivo deste estudo foi identificar as razões dos usuários para deixar de aderir ao Programa Remédio em Casa, compará-las àquelas registradas eletronicamente na UBS nos arquivos do programa, e analisar os resultados frente ao atual conceito de Acesso à Saúde.

## Método

Estudo transversal, analítico, documental e de campo, realizado em uma Unidade Básica de Saúde da região norte da cidade de São Paulo.

*Fluxograma do Programa Remédio em Casa:* os autores consideraram de fundamental importância iniciar a trajetória metodológica analisando o fluxograma do programa, onde se distingue as etapas: a) durante avaliação clínica em consulta de rotina, o paciente que

atende os requisitos do programa é nele inserido pelo médico que o avaliou. b) com a receita padronizada pelo programa, depois da avaliação, o paciente dirige-se à farmácia, onde o técnico do setor realiza sua inclusão no sistema GSS/Remédio em Casa, mediante sua anuência. c) o usuário recebe as orientações do programa e as medicações prescritas para serem tomados nos primeiros 15 dias, tempo máximo previsto para chegar a sua casa, via correios, a primeira remessa de fármacos com quantidade suficiente para 90 dias. Uma segunda remessa é enviada para mais 90 dias, totalizando assim 180 dias ou seis meses. Contudo, antes que esse prazo seja vencido, o usuário deve ter uma nova consulta com o médico, garantindo que a medicação não seja interrompida. Deve retornar entre 75-90 dias para avaliação em grupo ou individual com o Enfermeiro e ou Farmacêutico, a fim de se manter ativo no Programa Remédio em Casa, com registro em prontuário desta avaliação. Na consulta realizada depois dos seis meses o médico decide a continuidade do usuário no Programa, com a sua anuência, ou explicita o motivo clínico da falta de manutenção. Caso não retorne, ele torna-se inativo<sup>(6)</sup>.

*Amostra:* Inicialmente foi decidido incluir todos os 136 usuários registrados como inativos no programa; porém quatro foram a óbito, três mudaram-se para outras regiões, um estava ativo no programa (erro de registro) e não foi possível localizar 24 inativos, resultando em amostra de 104 participantes entrevistados e razões de 111 comparadas (04 óbitos e 03 mudanças). *Tramitação ética:* O projeto foi inicialmente aprovado pelo Comitê de Ética da Secretaria Municipal de Saúde da Prefeitura do Município de São Paulo, parecer 59/11, para entrevistas presenciais. Diante dificuldades o comitê autorizou entrevistas por telefone (parecer 272/11).

*Recrutamento dos participantes:* foi utilizado o número do telefone registrado no cadastro do usuário. Quando o telefone não mais correspondia ao número registrado na UBS e a pessoa que atendia era desconhecida, era feita pesquisa no cadastro do cartão SUS, ou no sistema de auxílio à lista da empresa de telefonia daquela localidade, sendo procurado pelo nome do assinante ou pelo endereço. Se mesmo assim não se conseguisse o contato, era então realizada a visita domiciliar. Na impossibilidade dessa o usuário era excluído da pesquisa.

*Coleta dos dados:* na primeira fase foram coletadas e registradas as informações contidas nos arquivos do programa, sobre as razões de inatividade (estudo

documental). Na segunda foram realizadas as entrevistas para se verificar as razões de desistência referidas pelos usuários. A técnica de entrevista semiestruturada foi aplicada ao usuário ou ao seu cuidador, em casos de incapacidades físicas ou intelectuais, com tópicos relacionados às variáveis socio demográficas, imprescindíveis à utilização do modelo de análise adotado, o conceito de Acesso à Saúde. O prontuário do participante na UBS foi utilizado como fonte dos dados, os quais foram completados durante a entrevista.

O foco principal da entrevista foi direcionado para as razões do usuário para a desistência de participação no programa. Procurou-se explorar todas as possibilidades de o mesmo se sentir à vontade para explicar seus motivos de inatividade e de identificar os sentimentos em relação ao programa. Destaca-se que apesar de o entrevistador ser o gerente da UBS em questão, a expectativa é que pudesse encontrar dificuldades na abordagem telefônica, comum nos dias atuais, por questão de segurança social, assim como restrições nas informações. Contudo, referir alguns dados do prontuário, demonstrando conhecimento sobre o usuário, consistiu em estratégia facilitadora para a abordagem inicial.

*Análise dos dados:* para compreender e discutir as razões de inatividade, foi fundamental analisar a inserção dos usuários no fluxograma do PRC, as características sócio demográficas e analisar os resultados com base no conceito de Acesso à Saúde, descrito em quatro dimensões<sup>(4)</sup>, aqui apresentadas por ter representado um interessante modelo teórico para a discussão de dados, depois da mais recente revisão por autores brasileiros<sup>(11)</sup>.

*Disponibilidade:* relação geográfica entre os serviços e o indivíduo, como distância e opções de transporte; relação entre tipo, abrangência, qualidade e quantidade dos serviços de saúde prestados. Indicadores: tipo de serviço utilizado (hospitalar, médico, odontológico, emergencial, assistência domiciliar), local no qual o cuidado foi dispensado (residência, consultório, clínica, hospital), propósito do cuidado (preventivo, curativo), % da população em risco que visitou ou não um médico em um dado intervalo, número de leitos, equipamentos.

*Poder de pagamento:* relação entre custo de utilização dos serviços de saúde e capacidade de pagamento dos indivíduos. Indicadores: renda, fontes de renda, cobertura por seguro saúde, características da fonte regular de cuidado, custos diretos e indiretos com a saúde.

**Informação:** grau de assimetria entre o conhecimento do paciente e do profissional de saúde. Indicadores: escolaridade, conhecimento e fontes de informação.

**Aceitabilidade:** natureza dos serviços prestados e percepção dos serviços pelos indivíduos e comunidades, influenciada por aspectos culturais e educacionais. Indicadores: crenças e atitudes com relação à saúde, conhecimento e fontes de informação sobre o cuidado com a saúde, ansiedade relacionada à saúde, confiança no sistema de saúde.

Os dados foram armazenados e analisados utilizando estatística descritiva com auxílio do *software* SPSS, versão 17.0, o qual facilitou a análise das variáveis de interesse.

## Resultados

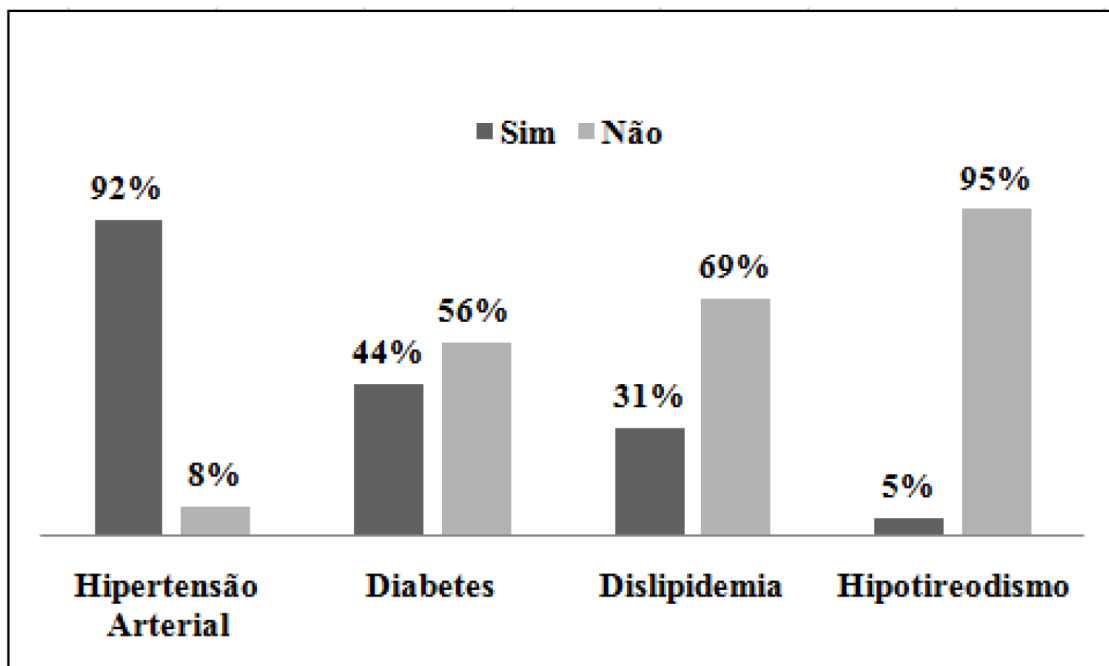
Durante as entrevistas foram revelados dados que responderam aos objetivos. A participação dos usuários foi acalentada pelo fato de muitos desconhecerem a sua exclusão do Programa Remédio em Casa e necessidade de expressarem sentimentos positivos em relação a ele. A Tabela 1 apresenta dados sócio demográficos dos sujeitos.

Tabela 1 - Frequência dos usuários em função da faixa etária, sexo e escolaridade. São Paulo, SP, Brasil, 2011.

|                     | N  | %    |
|---------------------|----|------|
| <b>Faixa Etária</b> |    |      |
| < 50                | 13 | 11,7 |
| 50 a 59             | 23 | 20,7 |
| 60 a 69             | 28 | 25,2 |
| 70 a 79             | 32 | 28,8 |
| ≥ 80                | 15 | 13,5 |
| <b>Sexo</b>         |    |      |
| Masculino           | 35 | 31,5 |
| Feminino            | 76 | 68,5 |
| <b>Escolaridade</b> |    |      |
| Nunca Estudou       | 24 | 21,6 |
| Fundamental         | 78 | 70,3 |
| Médio               | 8  | 7,2  |
| Superior            | 1  | 0,9  |

Verifica-se na Tabela 1 que o sexo feminino predomina entre os usuários. Trata-se de amostra populacional composta predominantemente por idosos, com dois terços dos participantes acima dos 60 anos e baixo nível educacional

A figura 1 apresenta os diagnósticos que levaram à inserção dos usuários no programa, para facilitar a observação de possíveis associações de fatores de risco cardiovascular.



Sim = presença da doença; Não = ausência da doença.

Figura 1 - Prevalência das doenças priorizadas pelo PRC entre os usuários cadastrados no Programa Remédio em Casa. São Paulo, SP, Brasil, 2011

A figura 1 revela que os usuários inativos associam vários fatores do risco cardiovascular, especialmente hipertensão e diabetes, além das dislipidemias. Os usuários permanecem longo tempo sem medicações, devido à exclusão do programa, dados contidos na Tabela 2.

Tabela 2 - Período em que o usuário teve sua última consulta. São Paulo, SP, Brasil, 2011

| Tempo desde a última consulta | N   | %    |
|-------------------------------|-----|------|
| 1 a 3 meses                   | 66  | 63,5 |
| 4 a 6 meses                   | 20  | 19,2 |
| 7 a 9 meses                   | 16  | 15,4 |
| 10 a 12 meses                 | 01  | 1,0  |
| Mais 12 meses                 | 01  | 1,0  |
| Total                         | 104 | 100  |

Os dados da Tabela 2 indicam lacuna no tratamento medicamentoso, considerando-se que a entrega dos fármacos foi interrompida para todos os inativos depois de 90 dias. Eles expressaram as razões que impossibilitaram o agendamento das consultas como dificuldade em sair de casa, falta de vagas para agendamento para 34,2% dos inativos, e fila de espera

grande. Os sentimentos dos participantes com respeito ao programa foram expressos com convicção (Tabela 3).

Tabela 3 - Sentimentos dos usuários sobre o Programa Remédio em Casa. São Paulo, SP, Brasil, 2011

| Sentimentos                                       | N   | %      |
|---|-----|--------|
| Gostei, porque tenho dificuldade em sair de casa. | 29  | 27,9   |
| Gostei, pela comodidade em receber em casa.       | 56  | 53,8   |
| Gostei, pela certeza de não faltar o remédio.     | 15  | 14,4   |
| Não gostei porque não vêm tudo que preciso.       | 04  | 3,8    |
| Total   | 104 | 100,00 |

Chama atenção na tabela 3 os sentimentos positivos referentes ao PRC, expressos por 96,2 % dos usuários, mais da metade deles pela facilidade em receber os medicamentos na própria residência. As razões de inatividade foram registradas na UBS em oito categorias, que foram comparadas com as razões referidas pelos usuários. A Tabela 4 apresenta a frequência absoluta das duas variáveis comparadas para cada categoria e a frequência relativa do grau de concordância entre elas.

Tabela 4 - Concordância entre Usuários e PRC sobre os motivos de inatividade. São Paulo, SP, Brasil, 2011

| Motivos                                     | Usuários | UBS | N   | % concordância |
|---|----------|-----|-----|----------------|
| Mudança de Endereço do Usuário              | 4        | 7   | 7   | 57%            |
| Transferência do Usuário para outra unidade | 1        | 4   | 4   | 25%            |
| Mudança do esquema terapêutico              | 4        | 5   | 5   | 80%            |
| Falta de Médico para renovar a receita      | 0        | 14  | 14  | 0%             |
| Falta de funcionário administrativo         | 0        | 7   | 7   | 0%             |
| Falta de informação do Usuário              | 24       | 50  | 50  | 48%            |
| Óbito                                       | 2        | 4   | 4   | 50%            |
| Opção do Usuário em não mais participar     | 11       | 20  | 20  | 55%            |
| Total                                       |          |     | 111 |                |

A falta de concordância entre os registros da UBS e relato dos inativos contidos na tabela 04, evidencia lacunas a serem identificadas no fluxograma do PRC. Dada a relevante discrepância nas informações comparadas, descreve-se as verdadeiras razões dos usuários para as principais categorias:

A categoria "Não informado" foi registrada no PRC para 46 inativos, quando na constatou-se: 01 por óbito; 03 mudança de endereço; 01 mudança de esquema terapêutico; 10 por problema de RH médico;

01 por problema de RH administrativo; 24 por falta de informação e 06 opção em não participar do PRC.

O relatório gerencial registrou 04 óbitos versus 02 de fato; "Mudança de endereço" foi anotado para 22 usuários pelo PRC, considerando-se que os usuários relataram: 01 por óbito; 04 por mudança de endereço do usuário; 01 por transferência de UBS; 02 por falta RH Médico; 01 por problema administrativo; 12 por falta de informação e 01 por opção do usuário.

O motivo "Transferência do usuário para outra unidade" constava para 02 inativos no relatório gerencial, considerando-se que 01 concordou e outro foi por opção em não querer participar do PRC. A "mudança de esquema terapêutico" estava registrada para 11 inativos no relatório gerencial, porém os participantes relataram: 04 por mudança do esquema terapêutico, 01 por problema administrativo, 04 por falta de informação do usuário e 02 por opção do paciente em não participar do PRC. Essa última categoria, não participar, foi registrada para 28 usuários no relatório gerencial, considerando-se que os sujeitos informaram: 02 por transferência para outra UBS, 02 por falta de RH médico, 04 por problema administrativo, 09 por falta de informação do usuário e 11 por opção do usuário em não participar do PRC.

## Discussão

Do ponto de vista metodológico, poder-se-ia esperar que a entrevista por telefone pudesse restringir as informações. Isso não ocorreu, provavelmente porque muitos participantes tomaram conhecimento da sua inatividade no PRC no momento em que eram fornecidos os detalhes éticos do protocolo, como as questões inerentes ao consentimento para inclusão na pesquisa. As palavras "abandono" ou "deixar de frequentar" o programa foram utilizadas para esclarecer a condição de "inativo", devido ao nível de escolaridade. A constatação dessa condição provocou sentimentos que facilitaram as informações necessárias ao alcance dos objetivos. A sensação de restrição ao acesso fez com que alguns se sentissem abandonados e expressassem seus sentimentos sobre o PRC e as informações buscadas.

Com respeito às variáveis sociodemográficas, os dados sobre o gênero estão em consonância com os de outros estudos realizados em unidades de saúde, onde o número de usuários do sexo feminino sobrepõe o masculino<sup>(16)</sup>, possivelmente devido a maior disponibilidade, considerando-se que homens tendem a trabalhar até idades mais avançadas. Contudo, mesmo após aposentadoria (70 anos) eles não atingem a mesma adesão observada em mulheres. Dados do IBGE não apontam diferenças entre os sexos na região do estudo<sup>(17)</sup>.

A idade avançada de muitos inativos não surpreendeu devido à elevada prevalência da hipertensão após 60 anos, assim como do diabetes *mellitus*, patologias priorizadas pelo programa. Embora a estimativa para a prevalência da hipertensão seja 35,8% em homens e 30% em mulheres<sup>(14)</sup>, não existem estudos precisos evidenciando o relevante aumento desses percentuais após os 50- 60 anos de idade.

O baixo nível de escolaridade verificado pode ter influenciado a dificuldade de entendimento das orientações e normas do PRC, dados esses em consonância com outros obtidos em São Paulo, em idosos hipertensos, sendo muitos analfabetos<sup>(18)</sup>. O nível educacional é variável destacada nos estudos de revisão sobre adesão ao tratamento e agravamento das doenças crônicas, e diretamente relacionado às condições socioeconômicas das populações<sup>(19)</sup>.

Analisando os resultados sobre a escolaridade, no conceito de acesso à saúde apresentado no método<sup>(11)</sup>, identifica-se a dimensão *informação*, grau de assimetria entre o conhecimento do paciente e do profissional de saúde, pelos indicadores: *escolaridade*, *conhecimento e fontes de informação*. Existe um grau de assimetria entre o conhecimento dos usuários inativos e os profissionais da UBS. O baixo nível de escolaridade não permite a compreensão das etapas do fluxograma do PRC, no dia em que é inserido. A análise evidencia fragilidade dos aspectos educacionais, ausência de explicações fundamentais, de material ilustrativo que facilitem a compreensão e alertem o usuário para as datas; além de sugerir falta de envolvimento e competência dos profissionais para verificar a devolução das informações pelo usuário; e falta do agente comunitário.

Com respeito à dimensão *disponibilidade*, categoria *região geográfica*, esta dispõe de transporte público, porém se é extensa, com residências distantes, o que dificulta o usuário, razão da criação do PRC, criado para lhes entregar os medicamentos na própria casa.

Quanto ao indicador *tipo de serviço*, observou-se sucesso na entrega pelos correios, destacando-se que a eficiência desse serviço é conhecida em todo o estado de São Paulo. No indicador *percentual da população em risco que visitou ou não um médico em um dado intervalo*, os dados revelam que além da incompreensão das datas de retorno, existe sério problema de recursos humanos para atender a demanda de idosos não agendados e longos períodos de espera, quando agendados fora do PRC.

Na dimensão "*poder de pagamento: relação entre custo de utilização dos serviços de saúde e capacidade de pagamento dos indivíduos*", destaca-se que o programa foi oferecido indistintamente aos sujeitos inseridos por razões diagnósticas, embora muitos usuários de UBS da periferia pertençam a estratos populacionais economicamente desfavorecidos.

Outra dimensão no referencial de análise adotado é a *aceitabilidade*, natureza dos serviços prestados e percepção dos serviços pelos indivíduos e comunidades; influenciada por aspectos culturais e educacionais. Indicadores: *crenças e atitudes com relação à saúde*,

*conhecimento e fontes de informação sobre o cuidado com a saúde, ansiedade relacionada à saúde, confiança no sistema de saúde.* Os sentimentos expressos pelos usuários evidenciam atitudes positivas em relação ao PRC, e imensa satisfação em receber o remédio em casa, mesmo não recebendo aqueles prescritos, mas fora do programa. Além da comodidade, expressaram segurança e confiança em ter esse benefício.

A análise dos resultados deste estudo sugere, na perspectiva do *conceito de acesso à saúde*, que a principal dimensão a ser considerada na inatividade dos usuários é a *Informação*, pois é evidenciada a *assimetria* existente entre o conhecimento dos usuários e dos profissionais de saúde da UBS; assim como os indicadores mais fortes foram *escolaridade, conhecimento e fontes de informação*, determinantes importantes à compreensão das etapas do fluxograma do PRC, essencial na prevenção da inatividade.

O PRC foi iniciado um ano após a OMS declarar que: "falta acesso aos medicamentos essenciais para mais de dois bilhões de pessoas no mundo e a falta dos fármacos causa sofrimento que poderia ser evitado, como doença, dor, medo, falta de dignidade". Tais afirmações envolvem autores que atestam que "o acesso aos medicamentos, especialmente aqueles considerados essenciais, são parte do direito do cidadão de desfrutar do mais elevado nível possível de saúde, com deveres atribuídos ao Estado e responsabilidade por parte das empresas farmacêuticas"<sup>(20)</sup>.

A análise da literatura indica tendência de dispensação de medicamentos no domicílio, resultando em vantagens na adesão ao tratamento e custo benefício, conforto e segurança do consumidor. Estudo norte-americano comparou recentemente a adesão de pacientes diabéticos, hipertensos e colesterolêmicos ao tratamento farmacológico dispensado na farmácia ou no domicílio, em aproximadamente 150,000; 615.000 e 359.000 pacientes, respectivamente. Utilizando regressão logística multivariada, excluindo variáveis para avaliar o impacto do canal de dispensação na adesão à medicação, controle das diferenças demográficas, baixa renda, consequências de doenças e padrão do uso do fármaco, os autores concluíram que a medicação em casa pode impactar na adesão<sup>(21)</sup>.

Discutindo o direito humano de acesso aos medicamentos e diante a vulnerabilidade incontestável do não atendimento desse direito a milhares de pessoas no mundo, Moon considerou, em 2013, a necessidade de estabelecer com clareza as responsabilidades do governo e da indústria farmacológica e criticou a fraqueza de termos dos *guidelines* da área, como "deveriam" em vez de "precisam"<sup>(22)</sup>. Assim, o acesso e dispensação de

medicamentos são temas que continuam reivindicando atenção<sup>(23)</sup>.

No mesmo ano da declaração da OMS de 2008, autores brasileiros examinaram o uso contínuo de medicamentos para hipertensão em adultos e idosos nas regiões Sul e Nordeste do Brasil: uso em 87% de 4003 idosos, com associações mais fortes para a não descontinuidade entre participantes de alto nível de escolaridade, condições econômicas mais favoráveis e maior adesão aos programas de UBS. Contudo, considerando as duas regiões estudadas, os resultados revelam iniquidade de acesso à saúde, reforçando a necessidade de melhorá-lo, principalmente da população de baixa renda<sup>(23)</sup>.

Importante limitação deste estudo é a falta de dados sobre a morbimortalidade na UBS ou agravamento de quadro clínico dos usuários, especialmente dos inativos no PRC, o que impede associações entre a interrupção dos medicamentos, aumento do Risco Cardiovascular e agravamento do quadro clínico. Contudo, a análise do nível educacional dos usuários sugere atenção à descontinuidade das drogas anti-hipertensivas, naqueles idosos que associam vários fatores de risco para AVE e infarto, como a hipertensão, diabetes, dislipidemias, entre outros fatores de risco modificáveis (desequilíbrio calórico, sedentarismo, obesidade, tabaco). Tal preocupação está em consonância com a de autores que observaram associações entre o menor nível educacional e complicações cardiovasculares em pacientes com diagnósticos semelhantes aos deste estudo<sup>(24-25)</sup>, razões para hipotetizarmos que substancial parte dos inativos que interrompem os fármacos encontra-se vulnerável às complicações cardiovasculares.

Os achados da confrontação dos dados usuário versus PRC estimulam reflexões: o programa só pode ser eficiente se for operacionalizado em um processo de várias fases, sendo a mais relevante a capacitação de todos os funcionários nele envolvidos. A educação dos usuários necessita ser permeada pela contínua avaliação da compreensão das etapas do fluxograma do PRC, objetivando evitar a descontinuidade no tratamento.

O relevante número de inativos sem razões justificáveis indica falta de organização e empenho técnico e administrativo na UBS, além de dados imprecisos nos registros do PRC. A análise do conceito de acesso, neste estudo, revela etapas positivas no PRC no que diz respeito às iniciativas de gestão nas políticas públicas, com garantia que os medicamentos cheguem ao domicílio e alto nível de satisfação do usuário. A inatividade está associada ao fato de estar sendo ignoradas as precárias condições educacionais dos usuários da UBS.

## Conclusão

Este estudo identificou discrepâncias entre as razões de inatividade registradas pelo PRC e as referidas pelos usuários. A principal causa de inatividade está relacionada à dificuldade dos usuários em compreender as etapas do fluxograma do programa, devido o precário nível de escolaridade. Foram observadas lacunas administrativas na UBS em relação ao fluxograma do programa. A análise dos dados, à luz do *Conceito de Acesso à Saúde*, revela que a principal dimensão a ser considerada na inatividade dos usuários é a *Informação*, diante a *assimetria* existente entre o conhecimento dos usuários e dos profissionais de saúde da UBS. Tal discrepância é facilmente constatada quando se considera os indicadores *escolaridade*, *conhecimento* e *fontes de informação*, determinantes importantes à compreensão das etapas do fluxograma do PRC, essencial na prevenção da inatividade e do aumento do risco cardiovascular nos hipertensos (95%), diabéticos (44%) e dislipidêmicos (31%).

## Referências

1. Labarthe DR, Dunbar SB. Global Cardiovascular Health Promotion and Disease Prevention: 2011 and beyond. *Circulation* 2012;125:2667-76. doi: 10.1161/CIRCULATIONAHA.111.087726.
2. Montalescot G, Sechtem V, Achenbad S, Andreotti F, Arden C, Buday A et al. 2013 European Society of Cardiology Guidelines on the management of stable coronary heart disease. *Eur Heart J*. [Internet]. 2013 [Acesso 13 junho 2016];34(38):2449-3003. Disponível em: <http://eurheartj.oxfordjournals.org/content/ehj/34/38/2949.full.pdf>
3. Goff DC, Jones DML, Bennet G, Coady S, D'agostino RB, Gibbons R, et al. Guidelines of the assessment of cardiovascular risk. *J Am Coll Cardiol*. [Internet]. 2014 [Acesso 13 junho 2016];63(25):2935-59. Disponível em: <https://circ.ahajournals.org/content/early/2013/11/11/01.cir.0000437741.48606.98>
4. Dulmen S, Sluijs E, Dijk L, Ridder D, Heerdink R, Bensing J. Patient adherence to medical treatment: a review of reviews. *BMC Health Services Res*. [Internet]. 2007 [Acesso 13 junho 2016];7:55. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1955829/>
5. Donabedian A. Aspects of medical care administration: specifying requirements for health care. Cambridge: Harvard University; 1973. Disponível em: <http://www.amazon.com/Aspects-Medical-Care-Administration-Requirements/dp/0674049802>.
6. Aday LA, Andersen R. A framework for the study of access to medical care. *Health Serv Res*. [Internet]. 1974 [Acesso 13 junho 2016];9(3):208-20. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1071804/pdf/hsresearch00560-0030.pdf>
7. Penchansky R, Thomas WJ. The concept of access: definition and relationship to consumer satisfaction. *MedCare*. [Internet]. 1981 [Acesso 13 junho 2016];19(2):127-40. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7206846>
8. Travassos C, Martins M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. *Cad Saude Publica*. [Internet]. 2004 [Acesso 13 junho 2016];20(2):190-8. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v20s2/14.pdf>
9. Thiede M, McIntyre D. Information, communication and equitable access to health care: a conceptual note. *Cad Saude Publica*. [Internet]. 2008 [Acesso 13 junho 2016];24(5):1168-73. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2008000500025](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2008000500025)
10. Perlow E. Accessibility: global gateway to health literacy. *Health Promot Pract*. [Internet]. 2010 [Acesso 13 junho 2016];11(1):123-31. Disponível em: <http://hpp.sagepub.com/content/11/1/123.long>
11. Sanchez RM, Ciconelli RM. Conceitos de acesso à saúde. *Rev Panam Salud Publica*. [Internet]. 2012 [Acesso 13 junho 2016];31(3):260-8. Disponível em: <http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v31n3/12.pdf>
12. Oscanoa TJ. Access and usability to medications: a proposal for an operational definition. *Rev Peru Med Exp Salud Publica*. [Internet]. 2012 [Acesso 13 junho 2016];29(1):119-26. Disponível em: [http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1726-46342012000100018](http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342012000100018)
13. World Health Organization (WHO). [Internet]. Essential drugs and medicines policy. [Acesso 12 dez 2014]. Disponível em: <http://www.who.int/>
14. Sociedade Brasileira de Cardiologia. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. *Arq Bras Cardiol*. [Internet]. 2010 [Acesso 18 maio 2013];17(1):1-69. Disponível em: [http://publicacoes.cardiol.br/consenso/2010/Diretriz\\_hipertensao\\_associados.pdf](http://publicacoes.cardiol.br/consenso/2010/Diretriz_hipertensao_associados.pdf)
15. Prefeitura Município de São Paulo. [Internet]. Programa remédio em casa, São Paulo, SP [Acesso 18 maio 2013]. Disponível em: <http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/programas/index.php?p=5875>. [S.I]
16. Jesus ES, Augusto MAO, Gusmão JL, Mion Jr D, Ortega K, Pierin AMG. Perfil de um grupo de hipertensos: aspectos biossociais, conhecimentos e adesão ao tratamento. *Acta Paul Enferm*. [Internet]. 2008 [Acesso



- 18 maio 2013];21(1):59-65. Disponível em: [http://www.scielo.br/pdf/ape/v21n1/pt\\_08.pdf](http://www.scielo.br/pdf/ape/v21n1/pt_08.pdf)
17. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [Internet]. [Acesso 15 maio 2012] Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/default.shtm>.
18. Oliveira SMJV, Santos JLF, Lebrão ML, Duarte YAO, Pierin AMG. Hipertensão arterial referida em mulheres idosas: prevalência e fatores associados. *Texto Contexto Enferm.* [Internet]. 2008 [Acesso 15 maio 2012]; 241-9. Disponível em: <http://www.ceatenf.ufc.br/Artigos/28.pdf>
19. Saounatsou M, Patsi O, Fasoí G, Stylianou M, Kayga A, Economou O, et al. The influence of the hypertensive patient's education in compliance with their medication. *Public Health Nurs* 2001;18(6):436-42. doi: 10.1046/j.1525-1446.2001.00436.x
20. World Health Organization (WHO). *Medicines strategy: countries at the core, 2004-2007.*, Geneva, WHO, 2004.15. Paul Hunt P, Khosla R. The Human Right to Medicines. *Intern J Human Rights.* [Internet]. 2008 [Acesso 15 maio 2012];5(8):99-112. Disponível em: <http://apps.who.int/medicinedocs/pdf/s5416e/s5416e.pdf>
21. Ivengar RN, Balagere DS, Henderson RR, Le François AL, Rabbitt RM, Frazee SG. Association between dispensing channel and medication adherence among medicare beneficiaries taking medications to treat diabetes, high blood pressure, or high blood cholesterol. *J Management Care Spec Pharm.* 2014;20(8):851-61. doi: <http://dx.doi.org/10.18553/jmcp.2014.20.8.851>
22. Sueri Moon. Respecting the right to access to Guiding Principles on Business and Human Rights for the pharmaceutical industry. *Health Human Rights J.* [Internet]. 2013 [Acesso 13 jun 2018];15(1):32-43 Disponível em: <http://apps.who.int/medicinedocs/en/d/Js20203en/>
23. Paniz VMV, Fassa ACG, Facchini LA, Bertoldi AD, Piccini RX, Tomasi E, et al. Acesso a medicamentos de uso contínuo em adultos e idosos nas regiões Sul e Nordeste do Brasil. *Cad Saúde Pública.* [Internet]. 2008 [Acesso 13 jun 2018];24(2):267-80. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v24n2/04.pdf>
24. Baw DL. Educational attainment and cardiovascular disease related mortality: a retrospective cohort evaluation of Chinese elderly population in Hong Kong. [Internet]. 2008; [Acesso 11 jun 2016]. Disponível em: URL <http://hdl.handle.net/10722/55177>
25. Beauchamp A, Wolfe R, Magliano DJ, TurrellG, Tonkin A, Shaw J et al. Incidence of cardiovascular risk factors by education level 2000-2005: the Australian diabetes, obesity and lifestyle (AusDiab) cohort study. *Longitudinal and Life Course Studies.* [Internet]. 2011 [Acesso 11 jun 2016];2(3):33-45. Disponível em: <http://www.llcsjournal.org/index.php/llcs/article/view/137>

Recibido: 1.12.2015

Aceptado: 12.6.2016

## Correspondencia:

Edna Aparecida Moura Arcuri  
Universidade de São Paulo. Escola de Enfermagem  
Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419  
Bairro: Cerqueira César  
CEP: 05403-000, São Paulo, SP, Brasil  
E-mail: earcuri@usp.br

**Copyright © 2016 Revista Latino-Americana de Enfermagem**

Este é um artigo de acesso aberto distribuído sob os termos da Licença Creative Commons CC BY.

Esta licença permite que outros distribuam, remixem, adaptem e criem a partir do seu trabalho, mesmo para fins comerciais, desde que lhe atribuam o devido crédito pela criação original. É a licença mais flexível de todas as licenças disponíveis. É recomendada para maximizar a disseminação e uso dos materiais licenciados.