



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA  
CAMPUS I – CAMPINA GRANDE  
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE  
DEPARTAMENTO DE FARMÁCIA  
CURSO DE GRADUAÇÃO EM FARMÁCIA**

**JOÃO PAULO TAVARES MALHEIRO**

**TERAPÊUTICA FARMACOLÓGICA PARA HIPERTENSÃO  
ARTERIAL: UMA ANÁLISE DE CUSTO E ADESÃO**

**CAMPINA GRANDE – PB  
2011**

**JOÃO PAULO TAVARES MALHEIRO**

**TERAPÊUTICA FARMACOLÓGICA PARA HIPERTENSÃO  
ARTERIAL: UMA ANÁLISE DE CUSTO E ADESÃO**

Trabalho de Conclusão de Curso - TCC  
submetido ao Departamento de Farmácia  
da Universidade Estadual da Paraíba-  
UEPB, como exigência para obtenção do  
título de Bacharel em Farmácia.

Orientador: Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Mônica Oliveira da  
Silva Simões.

Co-orientador: Msc. Alyne da Silva Portela

CAMPINA GRANDE – PB  
2011

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA BIBLIOTECA CENTRAL – UEPB

M249t Malheiro, João Paulo Tavares.  
Terapêutica farmacológica para hipertensão arterial [manuscrito] : uma análise de custo e adesão / João Paulo Tavares Malheiro. – 2011.  
24 f : il.

Digitado.

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Farmácia) – Universidade Estadual da Paraíba, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, 2011.

“Orientação: Profa. Dra. Mônica Oliveira da Silva Simões, Departamento de Farmácia”.

“Co-Orientação: Profa. Ma. Alyne da Silva Portela, Departamento de Farmácia”.

1. Hipertensão Arterial. 2. Medicamento. 3. Política farmacêutica. 4. Saúde Pública. I. Título.

21. ed. CDD 616.132

JOÃO PAULO TAVARES MALHEIRO

TERAPÊUTICA FARMACOLÓGICA PARA HIPERTENSÃO  
ARTERIAL: UMA ANÁLISE DE CUSTO E ADESÃO

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado  
ao Curso de Graduação em Farmácia da  
Universidade Estadual da Paraíba, em  
cumprimento à exigência para obtenção do  
grau de Bacharel em Farmácia.

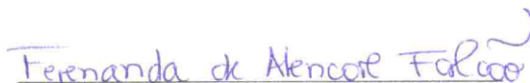
Aprovado em 31 / 11 / 2011.



Prof<sup>ª</sup> Dr<sup>ª</sup> Mônica Oliveira da Silva Simões DF/UEPB  
Orientadora



Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup> Ana Cláudia Dantas de Medeiros DF/UEPB  
Examinadora



Prof<sup>ª</sup> Fernanda de Alencar Falcão DF/UEPB  
Examinadora

## DEDICATÓRIA

A toda minha família, pela credibilidade, esforço, investimento e apoio, DEDICO.

## AGRADECIMENTOS

A Deus, pelo dom da vida, por toda proteção e discernimento que me fizeram crescer e, no tempo Dele, sempre ter atitude e fé para dar o próximo passo.

Aos meus pais, José Malheiro Sobrinho (Zé) e Francisca Tavares Malheiro (Neta) pelo amor incondicional, pela paciência e confiança, por todos os ensinamentos que me fizeram crescer com caráter, dignidade e fé. Amo vocês.

Ao meu irmão Antonio Malheiro Sobrinho (Joel) por ter sempre acreditado em mim, me ensinado a sonhar alto e, principalmente, por ter me oferecido condições para realizar estes sonhos. A você, o mérito de minhas conquistas!

Aos meus outros irmãos, Marcos, Pedro, Anunciada, Cícera, Josinete e Gorethe, pela credibilidade, compreensão, paciência, amor e apoio em todos os momentos. A vocês, a virtude da paciência, e o dom da motivação.

A minha namorada Juliane por toda confiança, apoio, compreensão e amor.

A Família Transformados Por Cristo, EJC 2011, por toda amizade, carinho, e apoio. Com vocês me sinto protegido e mais digno das maravilhas de Deus.

A Prof. Mônica Simões, pela credibilidade, paciência, atenção e amizade, por ter me acolhido no seu Grupo de Pesquisa e aceito a orientação do TCC.

Ao Programa de Iniciação Científica e ao Programa de Atenção Farmacêutica da UEPB, pelo fomento e condições de desenvolver a pesquisa.

A toda minha turma Farmácia UEPB 2007.1, pelos laços de amizade formados, por todas as experiências compartilhadas e pelo espírito de verdadeira família que conseguimos construir ao longo estes cinco anos.

Por fim, a todos com os quais pude contar em momentos decisivos, e que direta ou indiretamente me ajudaram a realizar este sonho. Em especial Prof. Socorro Queiroz, Prof. Alyne Portela, Prof. Clésia Pachú, Vilauda Grangeiro, Mônica Grangeiro, Zely Malheiro e Antônia do Nascimento (Tôinha).

“Uma boa acolhida, sempre transmite um pouco da grandiosidade de Deus, e, na nossa caminhada, pessoas e palavras funcionam como “remédios” do dia-a-dia.”

(João Paulo T. Malheiro)

---

## Terapêutica Farmacológica para Hipertensão Arterial: Uma análise de custo e adesão

---

MALHEIRO, João Paulo Tavares<sup>1</sup>; SIMÕES, Mônica Oliveira da Silva<sup>2</sup>.

### RESUMO

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) pode comprometer a qualidade de vida dos acometidos. Sua terapêutica inclui intervenções não farmacológicas e o uso correto de fármacos anti-hipertensivos. No entanto, o acesso a medicamentos no Brasil, não é homogêneo, ou acontece de forma irracional. Baseado neste contexto, o objetivo deste estudo foi avaliar os custos anuais da terapêutica farmacológica usada na HAS para o Sistema Único de Saúde (SUS) e para o usuário, estabelecendo possíveis relações entre custos e adesão terapêutica. Trata-se de um estudo de corte transversal, realizado com 101 pacientes portadores de HAS, cadastrados no Programa de Atenção Farmacêutica do Serviço Municipal Saúde de Campina Grande – PB. Foram incluídos dados sócio-econômicos, custos da terapêutica farmacológica, e hábitos em saúde. Para análise dos dados, utilizou-se o software SPSS versão 17. Observou-se predominância de indivíduos do gênero feminino, com renda *per capita* média de R\$ 295,27. Os fármacos metoprolol e nimodipino, responderam pelos maiores custos anuais para o SUS e para o usuário, respectivamente. Quanto aos hábitos de autocuidado em saúde, 87,1% afirmaram cumprir com a terapêutica e 44,6% apontaram o Farmacêutico como provedor de informações sobre o uso de medicamentos. Desse modo, estes resultados reforçam a importância e eficácia da Atenção Farmacêutica na adesão do paciente, no uso racional de medicamentos e dos recursos financeiros disponíveis.

**UNITERMOS:** Hipertensão Arterial Sistêmica; Custo; Atenção Farmacêutica.

### ABSTRACT

The Systemic Arterial Hypertension (HAS) can compromise the quality of life affected. His therapeutic includes non-pharmacological interventions and the correct use of antihypertensive drugs. However, access to medicines in Brazil, is not homogeneous, or there is so irrational. Based in this context, the objective of this study was to evaluate the annual cost of drug therapeutic used in HAS to the Health System (SUS) and for the user, establishing possible relationships between cost and adherence. It is a cross-sectional study conducted with 101 patients with Hypertension, registered in the Program of Pharmaceutical Care, in Municipal Health Service of Campina Grande - PB. Were included socioeconomic data, costs of drug therapeutic and health habits. For data analysis was used the SPSS software version 17. There was a predominance of subjects female, with average per capita income of R \$ 295.27. The drugs metoprolol

---

<sup>1</sup> Aluno de graduação do curso de Farmácia da Universidade Estadual da Paraíba, UEPB.  
[malheirojpt@hotmail.com](mailto:malheirojpt@hotmail.com).

<sup>2</sup> Professor Doutor do Departamento de Farmácia da Universidade Estadual da Paraíba, UEPB.  
[moscg@uol.com.br](mailto:moscg@uol.com.br).



and nimodipine, responded by the largest annual costs for the SUS and for the user, respectively. About the habits of self-care, 87.1% say comply with therapy and 44.6% pointed the pharmacist as a provider of information about drug use. Thus, these results reinforce the importance and effectiveness of pharmaceutical care in patient adherence, in the rational use of drugs and of the financial resources available.

**KEYWORDS:** Hypertension, Cost, Pharmaceutical Care.

## **INTRODUÇÃO**

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é uma doença silenciosa, crônica e multifatorial, resultante de desequilíbrios ou disfunções nos mecanismos de controle da pressão arterial, ao nível das artérias, no miocárdio, ou associando-se à uma disfunção endotelial (INÁCIO; MACHADO, 2006). Assume papel relevante no âmbito da saúde pública, e se caracteriza como desafio para a maioria dos países desenvolvidos e em desenvolvimento, pelo seu impacto na mortalidade e nos custos decorrentes da assistência médica (CHAMORRO, et al., 2011).

No Brasil, segundo dados do Sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico – VIGITEL, a população de hipertensos com idade igual ou superior a 18 anos, passou de 21,6%, em 2006, para 23,3%, em 2010, sendo que mais de 50% destes estão na faixa etária de 55 anos ou mais (BRASIL, 2010).

A identificação de fatores de risco para HAS, e o estabelecimento de relações desta com o desenvolvimento das manifestações clínicas da aterosclerose, tem favorecido avanços na epidemiologia cardiovascular e, conseqüentemente, nas medidas preventivas e terapêuticas para os níveis pressóricos elevados (ZAITUNES, et al., 2006).

A terapêutica para a HAS é realizada através de uma abordagem ampla, que envolve a multifatorialidade do seu surgimento. Tem o objetivo de evitar as complicações e alcançar e manter níveis pressóricos ótimos (120/80mmhg) ou na faixa normal-limítrofe (130-139/ 80-89mmhg), além de melhorar a qualidade de vida do indivíduo. Inicia-se com ações de cunho preventivo, relacionadas ao autocuidado em saúde, a adesão e a modificações do estilo de vida do paciente, e, paralelamente recorre-se a terapêutica farmacológica de anti-hipertensivos em monoterapia, ou associações, visando obter resposta terapêutica satisfatória (SBC, 2007).

Utiliza-se da terapêutica medicamentosa quando mudanças no estilo de vida não são suficientes para estabilizar os níveis pressóricos. Na medicina moderna, o medicamento é usado como principal instrumento terapêutico, envolvendo pesquisas complexas, visando garantir eficácia, segurança e qualidade, além de custo acessível à população (PÉREZ, 2007).

De acordo com Tonon (2008), na prática clínica, a avaliação do custo tem se tornado cada vez mais importante considerando-se as limitações financeiras das instituições de saúde e a necessidade de oferecer serviços de qualidade ao usuário.

Segundo dados do Ministério da Saúde (2005), no Brasil uma média de 37% do montante gasto em saúde, e 2/3 dos gastos das famílias de menor renda com sua saúde, correspondem à aquisição de medicamentos. Estima-se que cerca de um terço da população mundial não tem acesso seguro a medicamentos. Soma-se a isto o fato de no Brasil, mais de 50% dos casos de interrupção no esquema terapêutico está associado à falta de recursos para adquirir os respectivos medicamentos (OMS, 2003 apud BARBARATO-FILHO; LOPES, 2007).

Neste contexto, com o objetivo de ampliar este acesso ao medicamento e promover o seu uso racional, o Ministério da Saúde lançou mão de políticas públicas, Programas, e Estratégias que tem produzido resultados satisfatórios, a exemplo do Programa Saúde da Família (1994), a Política Nacional de Medicamentos (Portaria Ministerial nº 3.916, de 30 de outubro de 1998) e a Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME), a Lei dos genéricos (Lei nº.9.787, de 10 de fevereiro de 1999), e o Programa Farmácia Popular do Brasil, entre outros. Especificamente para a HAS, foi implantado, em 2002, o Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus (HIPERDIA) no âmbito do Programa Saúde da Família e do Sistema Único de Saúde (SUS).

O Programa Farmácia Popular do Brasil foi criado em 2004, com o objetivo de fortalecer o papel do Estado no amparo dos direitos à saúde com atendimento igualitário de pessoas usuárias ou não dos serviços públicos de saúde, facilitar o acesso aos medicamentos básicos e essenciais, diminuindo, assim, o impacto dos preços destes no orçamento familiar e favorecendo a Assistência Farmacêutica, não oferecida pelos serviços privados de saúde (BRASIL, 2005).

O estudo dos custos de uma alternativa terapêutica, no âmbito das políticas de saúde, estabelecendo possíveis correlações com a adesão a uma farmacoterapia racional

é chamada de avaliação farmacoeconômica (AREDA, BONÍZIO; FREITAS, 2011). Segundo Guimarães *et al.* (2007), a Farmacoeconomia pode ser definida como a descrição, análise e a comparação dos custos e das consequências das terapias medicamentosas para os pacientes, os sistemas de saúde e a sociedade, visando quantificar, em termos de saúde, o impacto da intervenção e conciliar as necessidades terapêuticas com as possibilidades de custeio.

Zanine (2001) complementa, destacando a Farmacoeconomia como ferramenta promotora do Uso Racional de medicamentos na medida em que, incorpora o custo aos quesitos de segurança, eficácia e qualidade, buscando melhor relação entre custos, adesão e resultados.

Na literatura, o termo Adesão Terapêutica faz referência ao grau de participação do paciente no cumprimento fiel ao tratamento prescrito, incluindo a terapêutica farmacológica e os cuidados em saúde, como alimentação saudável, atividade física e hábitos saudáveis (OMS, 2004; MUNOZ, *et al.*, 2008; CHAMORRO, *et al.*, 2011). Não deve ser entendida, portanto, apenas como a aceitação do paciente em não discordar da terapêutica prescrita, mas sim, incluí-lo como agente ativo nesta terapêutica.

Neste estudo, o termo Adesão Terapêutica foi usado como sinônimo de autocuidado e participação, descrevendo ações e atitudes favoráveis a obtenção de resultados terapêuticos esperados. Partindo-se destas ponderações, este trabalho se propõe avaliar os custos anuais da terapêutica farmacológica usada na HAS para o SUS e para o paciente, estabelecendo possíveis relações entre custos e adesão.

## **METODOLOGIA**

Trata-se de um estudo transversal, de natureza exploratória, realizado no período de setembro de 2010 a junho de 2011, com usuários do Programa de Atenção Farmacêutica da Universidade Estadual da Paraíba (PROATENFAR - UEPB), no Serviço Municipal de Saúde de Campina Grande - PB, assistidos pelo HIPERDIA. Foram incluídos na amostragem, todos os pacientes com diagnóstico prévio para HAS em uso de Terapêutica Farmacológica, totalizando uma amostragem de 101 pacientes.

Para alcançar os objetivos propostos, analisando o custo terapêutico especificamente na HAS, utilizou-se como critérios de exclusão, a ausência nos grupos do PROATENFAR e o uso concomitante de fármacos antidiabéticos orais e/ou insulina.

As informações em análise foram obtidas por meio de um formulário aplicado por entrevistador devidamente treinado, individualmente para cada paciente assíduo ao PROATENFAR- UEPB. O formulário foi composto por itens objetivos, organizados em três blocos, a saber: I) caracterização sócio-econômica, II) custos da terapêutica medicamentosa, III) hábitos em saúde.

As variáveis incluídas neste estudo foram:

- Ia.** Sexo, escolaridade e renda familiar mensal *per capita* (em salários mínimos);
- Iia.** Nome do fármaco segundo a Denominação Comum Brasileira e na sua ausência a Denominação Comum Internacional (DCI) (BRASIL, 2003; WHO, 2009); Custos Individuais (CI) para o SUS (obtido diretamente das notas fiscais de compras, disponibilizados pela Secretaria Municipal de Saúde de Campina Grande – PB) e para o usuário (mensurados a partir da tabela de preços do Programa Farmácia Popular do Brasil versão 01/ publicação 2010, ou pelos menores valores segundo a tabela oficial de preços da revista ABCFarma edição 224, abril /2010 para o estado da Paraíba); Esquemas Terapêuticos (ET's), para ambas as análises de custo, calculado a partir do consumo anual do Fármaco pela amostra, em função dos custos (número de dosagens ao dia versus custo versus 365 dias).
- IIia.** Tempo de Diagnóstico para HAS; frequência de acompanhamento médico; atitude frente a falta de medicamentos no HIPERDIA; dúvidas e orientações acerca de dose/ posologia.

As entrevistas foram digitadas em banco de dados desenvolvido com o uso do programa Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versão 17.0 para Windows. Foram feitas frequências e correlações de variáveis, considerando intervalos de confiança de 95% (IC95%).

O projeto deste estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa - CEP da Universidade Estadual da Paraíba, sob protocolo de nº 0031.0.133.000-09, conforme determinações definidas pela Resolução de nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde. Os participantes assinaram ao termo de consentimento livre e esclarecido no ato da entrevista.

## **RESULTADOS**

Dos 159 pacientes cadastrados no PROATENFAR- UEPB, uma amostra total de 101 atenderam aos critérios de inclusão do estudo. O uso de antidiabéticos orais e/ou

insulina foi o principal critério que justificou a exclusão dos 58 pacientes. Os entrevistados foram predominantemente do sexo feminino 74,25%, apresentavam diagnóstico para HAS há mais de 8 anos 80,19%, possuíam em média, 3,38 anos de estudo (Ensino Fundamental incompleto) e tinham renda *per capita* média de R\$ 295,27.

Os medicamentos utilizados pela amostra, em monoterapia ou em doses combinadas somaram 28 fármacos, sendo os fármacos: hidroclorotiazida (44%), captopril (33%), amlodipina (20%), ácido acetil salicílico (26%), atenolol (14%) e propatilnitrato (11%), os mais frequentes. Em se tratando de agrupá-los em classes terapêuticas, têm-se Diuréticos, Inibidores da Enzima Conversora de angiotensina (IECA), Antagonistas de cálcio, e Antiagregante Plaquetário(AINE).

Em apenas 8% da amostra foi verificado o uso de terapias combinadas de fármacos, sendo 6% com hidroclorotiazida + losartana.

Na classe dos hipolipemiantes, observa-se a predominância no uso das estatinas (sinvastatina = 8% e atorvastatina = 4%), seguidos do ciprofibrato (1%).

A tabela 1 mostra os custos terapêuticos para o SUS e para o Paciente, identificando os fármacos de maior custo.

Tabela 1 – Custo da Terapêutica Medicamentosa dos Usuários

VARIÁVEIS			CUSTO ANUAL SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS)				CUSTO ANUAL USUÁRIO					
FÁRMACO	Classe Terapêutica	n	CI	ET1	ET2	ET3	ET4	CI	ET1	ET2	ET3	ET4
Enalapril 5mg	IECA	2	0,01699	6,1164	12,2328	18,3492	24,4656					
Enalapril 10mg		8	0,01699	6,1164	12,2328	18,3492	24,4656					
Enalapril 20mg		12	0,01699	6,1164	12,2328	18,3492	24,4656					
Captopril 25mg	Beta-bloqueador	32	0,01025	3,69	7,38	11,07	14,76					
Captopril 50mg		3	0,0205	7,38	14,76	22,14	29,52					
Propranolol 40mg	Beta-bloqueador	9	0,0095	3,42	6,84	10,26	13,68					
Atenolol 25mg	Beta-bloqueador	14	0,007225	2,601	5,202	7,803	10,404					
Atenolol 50mg		4	0,01445	5,202	10,404	15,606	20,808					
Caverdilol 12,5mg	Beta-bloqueador	2						0,6866	247,176	494,352	741,528	988,704
Metroprolol 25mg	Beta-bloqueador	3	0,412	148,32	296,64	444,96	593,28					
Furosemida 40mg	Diurético	5	0,01289	4,6404	9,2808	13,9212	18,5616					
Hidroclorotiazida 25mg	Diurético	43	0,009	3,24	6,48	9,72	12,96					
Hidroclorotiazida 50mg		2						0,1	36,00	72,00	108,00	144,00
Clortalidona 12,5mg	Diurético	1						0,1055	37,98	75,96	113,94	151,92
Clortalidona 25mg		1						0,1855	66,78	133,56	200,34	267,12
Indapamida 2,5mg	Diurético	2						0,594	213,84	427,68	641,52	855,36
Espironolactona 25mg	Antagonista da aldosterona	8	0,0769	27,684	55,368	83,052	110,736					
Propatilnitrato 10mg	Inibidor da aldosterona	7						0,2492	89,712	179,424	269,136	358,848
Metildopa 250mg	Simpatomimético	3	0,0404	14,544	29,088	43,632	58,176					
Metildopa 500mg		4	0,069	24,84	49,68	74,52	99,36					
Losartana 100mg	Antagonista da angiotensina	2						0,9286	334,296	668,592	1002,888	1337,184
Losartana 25mg		2						0,441	158,76	317,52	476,28	635,04
Losartana 50mg		2						0,83	298,8	597,6	896,4	1195,2

\*n= Distribuição da amostra; CI= Custo unitário da forma Farmacêutica; ET= Esquema Terapêutico; 1 (1 unidade ao dia); 2 (2 unidades ao dia); 3 (3 unidades ao dia); 4 (4 unidades ao dia);

Tabela 1 - Continuação

VARIÁVEIS			CUSTO ANUAL SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS)					CUSTO ANUAL USUÁRIO				
FÁRMACO	Classe Terapêutica	n	CI	ET1	ET2	ET3	ET4	CI	ET1	ET2	ET3	ET4
Verapamil 80mg	Antiarrítmico	1	0,0299	10,764	21,528	32,292	43,056					
Isossorbida 10mg	Nitrato e vasodilatador	1	0,11999	43,1964	86,3928	129,5892	172,7856					
Isossorbida 20mg		1	0,11999	43,1964	86,3928	129,5892	172,7856					
Anlodipina 5mg	Antagonista de Cálcio	10	0,01475	5,31	10,62	15,93	21,24					
Anlodipina 10mg		5	0,026	9,36	18,72	28,08	37,44					
Diltiazem 60	Bloqueador de cálcio	1						0,371	133,56	267,12	400,68	534,24
Nimodipina 10mg	Bloqueador de cálcio	1						0,872	313,92	627,84	941,76	1255,68
Ciprofibrato	Hipolipemiante	2						1,1476	413,136	826,272	1239,408	1652,544
Sinvastatina 10mg	Hipolipemiante	1						0,2353	84,708	169,416	254,124	338,832
Sinvastatina 20mg		3						0,38	136,8	273,6	410,4	547,2
Sinvastatina 40mg		2										
Atorvastatina 10mg	Hipolipemiante	2						2,9746	1070,856	2141,712	3212,568	4283,424
Atorvastatina 20mg		1						5,2116	1876,176	3752,352	5628,528	7504,704
Digoxina 0,25mg	Digitálico	6	0,02	7,2	14,4	21,6	28,8					
Cloreto de potássio 600mg	Eletrólitos	2						1,88	676,8	1353,6	2030,4	2707,2
AAS 100mg	Antiagregante Plaquetário	22	0,023	8,28	16,56	24,84	33,12					
Hidroclorotiazida+ Clonidina		1	0,009	3,24	6,48	9,72	12,96	0,1386	49,896	99,792	149,688	199,584
Hidroclorotiazida + Amilorida		2						0,276	99,36	198,72	298,08	397,44
Hidroclorotiazida + Losartana		5						0,8161	293,796	587,592	881,388	1175,184

\*n= Distribuição da amostra; CI= Custo unitário da forma Farmacêutica; ET= Esquema Terapêutico; 1 (1 unidade ao dia); 2 (2 unidades ao dia); 3 (3 unidades ao dia); 4 (4 unidades ao dia);

Quanto aos hábitos de autocuidado em saúde, foi observado que 33,7% (n=34) da amostra busca acompanhamento de um médico cardiologista, em média, 2,42 vezes ao ano (Tabela 2).

Tabela 2: Relações entre diagnóstico, frequência médica e orientação terapêutica.

Diagnóstico para HAS (anos)	Frequência de revisão médica					Total
	Mensal	Trimestral	Semestral	Uma vez/ano	Raramente	
0-2	0	0	0	0	1	1
2-4	1	1	1	1	1	5
4-6	0	2	1	5	0	8
6-8	0	1	2	2	1	6
8-10	0	4	13	10	2	29
>11	0	10	17	16	9	52
Total	1	18	34	34	14	101
Orientação terapêutica						
Parentes	0	3	7	7	2	19
Farmacêutico	0	8	17	14	6	45
Médico	1	5	8	9	2	25
Outros	0	2	2	4	4	12
Total	1	18	34	34	14	101

Em relação a adesão ao tratamento, 87,1% (n=88) afirmaram cumprir com a terapêutica, mesmo para com os fármacos não disponibilizados pelo HIPERDIA, a exemplo das associações medicamentosas, sendo que 59,4% (n=60), assumem os custos de aquisição (Tabela 3).

Tabela 3: Relações entre diagnóstico, atitude na falta e orientação terapêutica

Diagnóstico para HAS (anos)	Atitude quando falta medicamentos nos Programas			Total
	Compra	Espera chegar	Nunca Falta	
0-2	0	1	0	1
2-4	4	1	0	5
4-6	2	2	4	8
6-8	3	2	1	6
8-10	16	5	8	29
>11	35	2	15	52
Total	60	13	28	101
Orientação terapêutica				
Parentes	9	5	5	19
Farmacêutico	24	4	17	45
Médico	20	2	3	25
Outros	7	2	3	12
Total	60	13	28	101



Neste contexto, Aruájo, et al., (2008), afirmam que como detentor do conhecimento científico sobre medicamentos, compete ao Farmacêutico o desafio de traduzir este conhecimento formal para atividades junto ao público e, conseqüentemente, estabelecer os parâmetros de avaliação de seu impacto na qualidade do serviço e na melhoria da saúde da população.

## **DISCUSSÃO**

Na literatura, alguns autores apontam esta relação estabelecida entre o profissional de saúde e usuário, bem como as variáveis: idade, estado de saúde e crenças culturais (relacionadas ao paciente); custos, reações adversas e interações medicamentosas (ligadas aos fármacos) ou as características da patologia (crônica ou aguda), como possíveis causas de não adesão ao esquema terapêutico adotado (MARQUÉZ; GARDINER, 2006; TAYLOR, 2002).

Em um estudo com pacientes do serviço da Liga de Hipertensão, em um hospital de São Paulo, Jesus et al., (2008), obtiveram como fatores responsáveis pela interrupção na terapêutica farmacológica: o preço dos medicamentos, a falta de orientação profissional, as crenças de que os medicamentos só devem ser usados quando realmente necessários, além da ausência de consultas médicas. No entanto, o mesmo estudo revelou para a amostra, elevado índices de conhecimento sobre a doença e tratamento.

No nosso estudo a análise de possíveis relações entre adesão a terapêutica farmacológica e as variáveis: custo, sexo, grau de escolaridade, características da patologia e relações profissional de saúde – usuário, mostrou de uma maneira geral, boa concordância com estudos similares publicados na literatura.

Pitanga e Lessa (2006) e Mion Jr et al., (2010), apontam maior facilidade de diagnóstico precoce e melhor adesão ao tratamento no sexo feminino, devido a prática de autocuidado em saúde ser mais freqüentemente desenvolvida entre mulheres. Neste contexto, Couto et al., (2010) complementa afirmando que o homem conta com motivos culturais e sociais que o distanciam dos serviços de saúde. Vale destacar que, em nosso estudo, a população foi composta predominantemente pelo sexo feminino.

Quanto ao grau de escolaridade, Gimenes et al., (2009) encontraram relações significativas entre a baixa escolaridade e a não adesão ao tratamento, o que não foi evidenciado no nosso estudo, muito embora a nossa população tenha, predominantemente, poucos anos de estudo. A baixa escolaridade dos idosos reflete a

desigualdade social e as políticas de educação predominantes nas décadas iniciais do século XX, quando o acesso à escola ainda era muito restrito, esta situação pode resultar em problemas sérios na manutenção da terapêutica, caso os mesmos não disponham de um cuidador e/ou provedor de informações.

De acordo com Fuente et al., (2009), uma má adesão pode levar a regressão no tratamento, com complicações da doença, aumento de mortalidade e maiores custos para o SUS e para o usuário. Neste contexto, Lima- Costa, Barreto; Giatti (2003), apontam a partir de dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD), que no Brasil, cerca de 50% dos idosos têm renda pessoal menor que um salário mínimo e o gasto médio mensal com medicamentos compromete aproximadamente um quarto da renda.

Helena et al., (2010) trabalhando com uma população de 595 usuários, residentes nas áreas de cobertura do Programa Saúde da Família de Blumenau, encontraram menor adesão entre aqueles que tinham que comprar os medicamentos. No entanto, Zaitune *et al* (2006) não encontraram em seus estudos, associação estatisticamente significativa entre renda e a não-adesão.

O nosso estudo evidenciou a partir dos gastos anuais por fármaco com os Esquemas Terapêuticos 1, 2 e 3, que os gastos por paciente são, de fato, elevados e comprometem sua renda per capita.

Segundo Araújo et al., (2008) o medicamento ocupa papel central na busca pela recuperação da saúde e elemento essencial das práticas profissionais. Seu Uso Racional, Adesão Terapêutica e o resultado final do tratamento, preconiza a prática médica de prescrição racional e depende da participação de todos os sujeitos envolvidos: O usuário, o SUS, e os profissionais da saúde, particularmente o Farmacêutico no exercício da Atenção Farmacêutica.

De fato, o Uso Irracional de Medicamentos, a automedicação, e a demora da revisão médica para prescrição, podem aumentar o número de fármacos usados por idosos levando ao mascaramento de sintomas, a interações medicamentosas e a maior incidência de efeitos adversos previsíveis e não previsíveis (BORTOLON, et al., 2008).

Helena et al., (2010) apontaram em sua pesquisa, menor adesão entre aqueles que não tiveram consulta médica a mais de seis meses. Na literatura, no entanto, existem controvérsias nesta relação entre frequência de consultas médicas e adesão a

terapêutica farmacológica. E neste aspecto, vale salientar que a qualidade das consultas deve ser um fator prioritário em relação à frequência (COELHO, et al., 2005).

Na nossa pesquisa, obteve-se uma boa correlação entre as variáveis tempo diagnóstico para HAS versus frequência de revisão médica, bem como entre esta e orientação terapêutica (Tabela 3). Foi observado também que a maioria das pessoas que buscam o acompanhamento médico com maior frequência, são àquelas diagnosticadas para HAS há mais tempo e que recebem orientações do profissional Farmacêutico ou estudantes de Farmácia. O Farmacêutico atua, neste contexto, como agente promotor do uso racional do medicamento.

Estudos desta natureza, que aplicam conceitos econômicos a medicamentos, tem se tornado cada vez mais relevantes no âmbito das políticas de saúde, associando as variáveis eficácia, segurança e qualidade à análise de custos (AREZA, BONÍZIO; FREITAS, 2011). No entanto, poucos autores estudam as variáveis custo e adesão frente ao seu significado econômico para o SUS e para o paciente. É válido salientar que custo é algo relativo, e que o mais importante é usar os recursos disponíveis de forma racional e eficiente e não prioritariamente poupá-los.

## **CONCLUSÃO**

A HAS é considerada por si só, um dos principais fatores de risco para a morbidade e mortalidade precoces causadas por Doenças Cardiovasculares. Por se tratar de uma doença crônica, seu controle exige correta eleição terapêutica e compromisso na adesão.

Os resultados obtidos neste estudo reforçam a importância e eficiência da Atenção Farmacêutica na adesão do paciente, no seu estado de saúde e na promoção do Uso Racional de Medicamentos. Paralelamente, traduzem a necessidade de novos estudos mais conclusivos, que relacionem custo e adesão terapêutica, promovendo melhores resultados qualitativos e quantitativos para HAS, bem como, o uso racional dos recursos financeiros disponíveis.

## **REFERÊNCIAS**

ARAÚJO, A. da L. A. de; et al. Perfil da assistência farmacêutica na atenção primária do Sistema Único de Saúde. **Rev. Ciência & Saúde Coletiva**, v. 13(Sup), p. 611-617, 2008.

AREDA, C. A.; BONÍZIO, R. C.; e FREITAS, O. de. Pharmacoecconomy: an indispensable tool for the rationalization of health costs. **Brazilian Journal of Pharmaceutical Sciences** v. 47, n. 2, apr./jun., 2011.

BARROS, J. A. C. Caracterização do uso de medicamentos entre idosos de uma unidade do Programa Saúde da Família. **Rev. Ciência & Saúde Coletiva**, v. 13(Sup): p. 579-587, 2008.

BISSON, M. P. **Farmácia Clínica & atenção farmacêutica**. Ed. Manole. 2 ed. Barueri, SP, 2007.

BORTOLON, P. C.; et al. Análise do perfil de automedicação em mulheres idosas brasileiras. **Rev. Ciência & Saúde Coletiva**, v. 13, n. 4, p. 1219-1226, 2008.

BRASIL, Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Dispõe sobre as Denominações Comuns Brasileiras – DCB. Resolução- RDC nº 268, de 26 de setembro de 2003. a Portaria da Anvisa nº 593, de 25 de agosto de 2000. Diário Oficial da União, 2003.

\_\_\_\_\_, MINISTÉRIO DA SAÚDE- MS. **Vigitel Brasil 2010**: Estimativas sobre frequência e distribuição sócio-demográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal em 2010. Brasília: Vigilância de Fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico; Brasil, Ministério da Saúde; 2010.

\_\_\_\_\_, MINISTÉRIO DA SAÚDE. Fundação Oswaldo Cruz. **Programa Farmácia Popular do Brasil: manual básico** / Ministério da Saúde, Fundação Oswaldo Cruz. – Brasília : Editora M.S, 2005. 102 p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

CHAMORRO, M. A. R.; et al. Efecto de la actuación farmacéutica en la adherencia del tratamiento farmacológico de pacientes ambulatorios con riesgo cardiovascular (Estudio emDader – CV - incumplimiento). **Rev. Aten Primaria**. v. 43, n. 5, p. 245-253, 2011.

COELHO, E. B.; Relação entre a assiduidade às consultas ambulatoriais e o controle da pressão arterial em pacientes hipertensos. **Arq Bras Cardiol**. v. 85, p: 157-61, 2005.

COUTO, M. T.; et al. O homem na atenção primária à saúde: discutindo (in)visibilidade a partir da perspectiva de gênero. **Rev. Interface – comunicação, saúde e educação**. v.14, n.33, p.257-70, abr./jun. 2010.

FUENTE, J. S. de la.; et al. Eficacia de la información al alta en la adherencia del paciente polimedicado. **Rev. Farm Hosp.** v. 35, n. 3, p: 128-134, 2011.

GARDINER, P.; DVORKIN, L. Promoting medication adherence in children. **Rev. AmFarm Physician**. v. 74, p: 793-8, 2006.

GIMENES, HT; ZANETTI, ML; HAAS, VJ. Fatores relacionados à adesão do paciente diabético à terapêutica medicamentosa. **Rev. Latino-Am. Enferm.** v.17, n. 1, , Ribeirão Preto, Feb. 2009.

GUIMARÃES, H. P.; et al. Estudos de farmacoeconomia e análises econômicas: conceitos básicos. **Rev Bras Hipertens**. v.14, n. 4, p: 265-268, 2007.

HELENA, E. T. de S.; NEMES, M. I. B; NETO, J. E. Fatores associados à não-adesão ao tratamento com anti-hipertensivos em pessoas atendidas em unidades de saúde da família. **Cad. Saúde Pública**. v. 26, n. 12, p: 2389-2398, Rio de Janeiro, dez, 2010.

INÁCIO, T. B.; MACHADO, M. C.; **Hipertensão e fatores de risco cardiovascular de um grupo de indivíduos adultos atendidos no ambulatório de especialidades médicas da unisul**. 2006. Disponível. em: <[http:// www.fisio-tb.unisul.br/Tccs/06b/taise/tcctaise.pdf](http://www.fisio-tb.unisul.br/Tccs/06b/taise/tcctaise.pdf)>. Acesso em: 26 de janeiro de 2011.

JESUS, E. dos S.; et al. Profile of hypertensive patients: biosocial characteristics, knowledge, and treatment compliance. **Acta Paul Enferm**. v. 21, n. 1, p :59-65, 2008.

LIMA- COSTA, M. F.; BARRETO, S. M.; GIATTI, L. Condições de saúde, capacidade funcional, uso de serviços de saúde e gastos com medicamentos da população idosa brasileira: um estudo descritivo baseado na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. **Cad Saúde Pública**. v. 19, p: 735-43, 2003.

MARQUÉZ, C. E.; Análisis de los estudios publicados sobre el incumplimiento terapêutico em el tratamiento de la hipertensión arterial en Espana a entre los anos 1984 y 2005. **Rev. Aten Primaria**. v. 38, p: 325–32, 2006.

MION JR, D et al . Hipertensão arterial na cidade de São Paulo: prevalência referida por contato telefônico. **Arq. Bras. Cardiol**. v. 95, n. 1, São Paulo, Jul. 2010.

MUNOZ, P. C.; et al. Adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes ancianos tras el alta hospitalaria. **Rev. Enferm Clin**. v. 18, n. 3, p:120-6, 2008.

PÉREZ, X. B. Criterios econômicos en la selección de nuevos tratamientos por el cardiólogo clínico. **Rev. Esp Cardiol Supl**. v. 7, p:12C-20C, 2007.

PITANGA, F. J. G.; LESSA, I. Indicadores antropométricos de obesidade como dicriminadores de risco coronariano elevado em mulheres. **Rev. bras. de cineantropometria e desempenho humano**. v. 8, n. 1, p. 14-21. L. Freitas - BA, 2006.

ROZENFELD, Suely. Prevalência, fatores associados e mau uso de medicamentos entre os idosos: uma revisão. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 19(3):717-724, mai-jun, 2003.

SANT'ANA, J. M. B.; et al. Racionalidade terapêutica: elementos médico-sanitários nas demandas judiciais de medicamentos. **Rev. Saúde Pública**. v. 45, n.4, p: 714-21, 2011.

SBC- Sociedade Brasileira de Cardiologia. IV Diretriz Brasileira Sobre Dislipidemias e Prevenção da Aterosclerose Departamento de Aterosclerose da Sociedade Brasileira de Cardiologia. **Arq Bras Cardiol**. v.88, São Paulo, 2007.

STRELEC, M. A. A. M.; PIERIN, A. M. G.; MION, Jr. D. The influence of patient's consciousness regarding high blood pressure and patient's attitude in face of disease controlling medicine intake. **Arq Bras Cardiol**. v. 81, p: 349-54, 2003.

TABELA OFICIAL DE PREÇOS DE MEDICAMENTOS. Programa Farmácia Popular do Brasil versão 01/ publicação impressa, 2010.

TABELA OFICIAL DE PREÇOS DE MEDICAMENTOS- **Rev. ABCFARMA**- Sempre a melhor informação, versão impressa, ed. 224, abril 2010

TAYLOR, H. LEITMAN, R. Higher out-of-pocket costs cause massive non-compliance in the use of prescription drugs. **Health Care News**. v. 22, p: 1-3, 2002.

TONON, L. M.; TOMO, T. T.; SECOLI, S. R. Farmacoeconomia: análise de uma perspectiva inovadora na prática clínica da Enfermeira. **Rev. Texto Contexto Enferm.** v. 17, n. 1, p: 177-82, Florianópolis, Jan-Mar, 2008.

WHO. World Health. Organization Drug Information, International Nonproprietary Name. v. 23, n. 2. [acessado em 02 out. 2011] Disponível em: <http://www.who.int/medicines/publications/druginformation/innlists/PLFinal101.pdf>.

ZAITUNE, M. P. do A.; [et al]. Hipertensão arterial em idosos: prevalência, fatores associados e práticas de controle no Município de Campinas, São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública.** v. 22, n.2. pg. 285-294, Rio de Janeiro, 2006.

ZANINI, A.C.; FARHAT, F.C.L.G.; RIBEIRO, E.; FOLLADOR, W. Farmacoeconomia: conceitos e aspectos operacionais. **Rev. Bras. Cienc. Farm.**, v.37, n.3, p.225-237, 2001.