

**Uso de medicamentos entre portadores de doenças crônicas: um estudo observacional no estado do Espírito Santo**

Use of medicines by people with non transmittable diseases: a cross sectional approach in Espírito Santo state

Luiz Villarinho Pereira Mendes<sup>1</sup>; Isabel Cristina Martins Emmerick<sup>1,2</sup>; & Vera Lucia Luiza<sup>1\*</sup>

1. Núcleo de Assistência Farmacêutica - NAF/ENSP/Fiocruz.

2. Department of Population Medicine, Drug Policy Research Group - Harvard University - DMP/HU

\*Autor para correspondência:

e-mail vera@ensp.fiocruz.br. Rua Leopoldo Bulhões, 1480, Manguinhos. Rio de Janeiro, RJ, Brasil. CEP 21041-210

## **RESUMO**

O objetivo deste artigo é descrever o uso de medicamentos entre portadores de doenças crônicas, considerando aspectos da adesão ao tratamento e automedicação. É utilizada base de dados secundários oriundos do componente de inquérito domiciliar do estudo “Diagnóstico da assistência Farmacêutica no setor público e a política Farmacêutica do estado do Espírito Santo”, cujos dados foram coletados de 16 a 21 de junho de 2007. Apresenta-se resultados de análise univariada. Dos 894 domicílios, 523 (58,5%) apresentaram pelo menos um indivíduo com enfermidade crônica sendo a Hipertensão Arterial (68,8%); a Hipercolesterolemia (18,5%) e a Diabetes Mellitus (17,6%) foram as doenças mais relatadas. Foi encontrada adesão de 94,8%, e 98% relataram tomar apenas medicamentos prescritos por profissionais autorizados. Cerca de 25% dos medicamentos usados estavam contidos na RENAME. Foi evidenciada alta adesão ao tratamento e baixa automedicação. Entretanto, dos que relataram não terem tomado seus medicamentos conforme recomendado, as justificativas mais frequentes foram ligadas ao uso racional de medicamentos. Foi baixa a adesão dos prescritores à RENAME. Estratégias para promoção do uso racional de medicamentos são, portanto, de grande importância para o controle das doenças crônicas não transmissíveis.

**Palavras chave:** Adesão do Paciente, Automedicação, Estudos Transversais.

**ABSTRACT**

This paper aims to describe the use of medicines for patients with chronic diseases, considering aspects as adherence to treatment and self-medication. It was used a secondary database from the household survey, a component of the study "Assessment of Pharmaceutical Services in the public sector and the Pharmaceutical Policy in the Espírito Santo State", whose data were collected from 16th to 21st of June 2007. Univariate analysis was applied. Of the 894 households, 523 (58.5 %) had at least one person with chronic illness. Hypertension (68.8 %), hypercholesterolemia (18.5 %) and diabetes mellitus (17.6 %) were the most reported diseases. Adherence was 94.8 % and 98 % of persons reported taking medications prescribed by authorized health workers only. About 25 % of the medicines were in the essential medicines List (RENAME). High adherence and low self-medication was found. However, for those who reported not taking their medications as recommended, the most frequent reasons were linked to the rational use of medicines behavior. Prescribers adherence to RENAME was poor. In face of these results, strategies to promote rational use of medicines are very important to the control of non transmittable diseases.

**Keywords:** Patient Compliance, Self Medication, Cross-Sectional Studies

## **INTRODUÇÃO**

As Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNT) constituem a principal causa de morte em todo o mundo – no ano de 2008 foram responsáveis por dois terços do total de óbitos. (World Health Organization, 2010) No Brasil o cenário não é diferente, as DCNT representaram 77,2% da carga global de doença no ano de 2008 medido pelo indicador DALY. (Leite, Valente e Schramm, 2013) Desde os anos 80 as DCNT ultrapassaram as doenças infecciosas e parasitárias como principal causa de óbito no país, estabelecendo uma rápida transição epidemiológica e acarretando a necessidade de adaptação dos serviços de saúde à essa nova realidade. (Brasil, Ministério da Saúde, 2005, 2008)

Os medicamentos são fundamentais para o enfrentamento deste problema. Se utilizados de forma correta, podem ser aliados importantes para o controle das DCNT e para melhoria da qualidade de vida dos que sofrem dessas enfermidades. Entretanto, seu uso irracional pode piorar mais ainda o quadro dos indivíduos acometidos por condições crônicas e trazer graves conseqüências para a saúde. No Brasil, no ano de 2010, os medicamentos foram responsáveis por 27% do total de casos registrados de intoxicações e 16,6% dos casos de morte por esse eventos (Brasil, Ministério da Saúde, 2010) A Organização Mundial da Saúde (OMS) estima que, no mundo, metade dos medicamentos são prescritos, dispensados ou usados inadequadamente e que para lidar com esses problemas os hospitais comprometem de 15 a 20% de seus orçamentos. (Aquino, 2008)

Os portadores de DCNT são particularmente vulneráveis quanto a problemas de uso de medicamentos. Esses indivíduos necessitam de tratamento por longos períodos, e normalmente estão sujeitos a esquemas terapêutico

que incluem polifarmácia. Naturalmente, há maior dificuldade entre esses indivíduos em aderirem à terapia medicamentosa, o que é apontado por diversos estudos como uma das principais causas para descontrole e agravamento das DCNT. (World Health Organization, 2003)

Também é particularmente nocivo aos portadores de DCNT o uso de medicamentos não prescritos por profissionais autorizados. Segundo Nascimento (2003), aproximadamente 35% dos medicamentos no Brasil são consumidos por automedicação, onde cerca de 80 milhões de pessoas são adeptas dessa prática. (Arrais *et al.*, 1997) Se realizada de maneira inadequada, a automedicação pode acarretar sérias conseqüências como: efeitos indesejáveis, enfermidades iatrogênicas e mascaramento de doenças evolutivas. (Arrais *et al.*, 1997)

O objetivo deste artigo é descrever o uso de medicamentos entre portadores de doenças crônicas, considerando aspectos da adesão ao tratamento e automedicação.

## **MATERIAL E MÉTODOS**

Este artigo utiliza dados oriundos do componente de inquérito domiciliar do estudo intitulado “Diagnóstico da assistência Farmacêutica no setor público e a política Farmacêutica do estado do Espírito Santo” (Espírito Santo, Secretaria da Saúde do Estado, 2007), doravante referido como ‘Estudo Fonte’. Os dados foram coletados no período de 16 a 21 de junho de 2007. O método do Estudo Fonte é uma adaptação do “Estudo da Assistência Farmacêutica Nível II”, desenvolvido pela Organização Mundial da Saúde (World Health Organization, 2007)

### **Delineamento do Estudo fonte**

A amostra foi realizada em 3 estágios. No primeiro, foram escolhidos os municípios. No Espírito Santo, considerando a organização em 3 macrorregiões, segundo o Plano Diretor de Regionalização (PDR) de 2003, a seleção do número de municípios por região ocorreu com base nos critérios abrangência geográfica e densidade populacional, sendo: 2 municípios da macrorregião Sul (composta pelas microrregiões Guaçuí e Cachoeiro de Itapemirim); 4 municípios da macrorregião Centro (composta pelas microrregiões Vitória, Vila Velha e Serra) e 4 municípios da Macrorregião Norte (sendo 2 da Microrregião Colatina e mais 2 das microrregiões Linhares e São Mateus). Em cada macrorregião, foram selecionados os municípios de maior e menor Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) que atendessem às condições mínimas para condução da pesquisa (pelo menos 2 unidades dispensadoras de medicamentos (UDM) nos de menor IDH e 4 UDM nos de maior). Assim, o estudo foi aplicado em 2 municípios da macrorregião Sul (microrregiões Guaçuí e Cachoeiro de Itapemirim); 4 da municípios da macrorregião Centro (microrregiões Vitória, Vila Velha e Serra) e 4 municípios da Macrorregião Norte (sendo 2 da Microrregião Colatina e mais 2 das microrregiões Linhares e São Mateus).

No segundo estágio, foram definidas as unidades de saúde (US), sendo selecionadas aquelas de maior volume de atendimento, perfazendo o total de 2 US nos municípios de menor e 4 nos de maior IDH. No terceiro estágio, foram selecionados os domicílios em conglomerados

definidos a partir do raio de distância de cada unidade pública de saúde visitada (até 5km, 5-10km e mais de 10km), sendo 10 domicílios em cada conglomerado de distância.

Os pesquisadores de campo foram orientados a eleger uma rua e selecionar aleatoriamente um domicílio para iniciar a abordagem. A cada domicílio incluído no estudo, deveria abordar o quinto subsequente, até completar a amostra prevista de 30 domicílios para cada uma das 30 US, totalizando 900, sendo 300 nos municípios de menor IDH e 600 nos municípios de maior IDH. A cada caso de não inclusão deveria abordar o domicílio consecutivo.

Foram incluídos os domicílios que atendessem a pelo menos uma das 3 seguintes condições: a) haver algum morador com problema agudo de saúde nos últimos 15 dias; b) haver algum morador com doença crônica; ou c) ter medicamentos armazenados no momento da visita. Caso houvesse mais de um morador com doença aguda ou crônica era selecionado aquele de menor idade no primeiro caso e de maior idade no segundo. Foi perguntada sobre doença crônica já diagnosticada por um médico. O respondente poderia ser qualquer pessoa maior de 18 anos, que estivesse atuando como cuidador da pessoa doente, o próprio doente ou aquele no domicílio com maior conhecimento sobre as questões de saúde dos membros da família.

O estudo seguiu todas as recomendações quanto à ética em pesquisa tendo sido aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal do Espírito Santo (UFES).

Maiores detalhes quanto ao método do estudo podem ser consultados na publicação referente ao estudo. (Espírito Santo, Secretaria da Saúde do Estado, 2007)

### **Delineamento operacional**

Neste artigo serão explorados os dados referentes às pessoas com doença crônica no âmbito do componente domiciliar.

Na caracterização da amostra foram considerados: Sexo; Idade; Tipo de enfermidade crônica; e número de medicamentos utilizados para enfermidade crônica.

Na análise do uso de medicamentos foram considerados os seguintes aspectos: adesão ao tratamento medicamentoso (se o indivíduo/cuidador relatou tomar todos medicamentos como recomendado); automedicação (se o indivíduo/ cuidador relatou apenas tomar medicamentos recomendados/prescritos por prescritores autorizados); e conformidade dos medicamentos prescritos à lista de medicamentos essenciais (RENAME). Além disso, os medicamentos também foram classificados pelo critério ATC.

Os motivos descritos para não ter tomado os medicamentos conforme recomendado foram classificados como: ligados ao acesso (a pessoa doente ou seu cuidador não pode pagar pelos medicamentos; não tinha os medicamentos na unidade pública de saúde; o local para conseguir esses medicamentos era muito longe; não tinha os medicamentos na farmácia privada ou drogaria) ou ao uso racional de medicamentos (os sintomas melhoraram; a pessoa doente ou seu cuidador decidiu que os medicamentos não eram necessários; a pessoa doente ou o cuidador escolheu um tratamento diferente; a pessoa doente ou seu cuidador não teve tempo para procurar os medicamentos; a pessoa já teve reações ruins com esse medicamento no passado; e alguém aconselhou a não tomar os medicamentos)

Os dados foram digitados no Epidata® e posteriormente exportados para o SPSS V 17®, onde foram feitas análises univariadas.

## **RESULTADOS**

A média de pessoas com DCNT no domicílio foi de 1,3, variando de um a cinco. A média de idade foi de 56,1 anos, com predominância de adultos jovens e adultos (69,4%) e 30,6 % eram idosos e a maioria eram mulheres (55,5%) (**Tabela 1**). A Hipertensão Arterial (68,8%); a Hipercolesterolemia (18,5%) e a Diabetes Mellitus (17,6) foram as doenças mais relatadas pelos entrevistados (**Tabela 2**).

**Tabela 1** - Caracterização do Indivíduo com enfermidade crônica , Espírito Santo, 2007.

Indicadores	N	%
Número indivíduos com enfermidade crônica estudados	523	58,5
Número de mulheres	280	55,5
Média de Idade (DP)		56,1(17,7)
Faixa etária		
Menos de 15 anos (crianças e adolescentes)	16	3,2
15 a 40 anos (adultos jovens)	69	13,7
41 a 64 anos (adultos)	264	52,5
65 anos e mais (idosos)	164	30,6
Indivíduos com indicação de uso de medicamentos	494	94,8
Número médio de medicamentos por indivíduo (DP)	-	2,2 (1,63)
Indivíduos que relataram tomar os medicamentos para sua condição crônica conforme recomendado/prescrito	478	96,2
Indivíduos para os quais todos os medicamentos utilizados para sua condição crônica foram prescritos por profissional autorizado	462	94,9

**Tabela 2** - Distribuição das principais doenças crônicas reportadas nos domicílios visitados, Espírito Santo, 2007.

Doença	N	%
Hipertensão, pressão alta	360	68,8
Hipercolesterolemia	97	18,5
Diabetes, açúcar no sangue	92	17,6
Artrite, dor crônica no corpo	84	16,1
Doença do coração, dor no peito, infarto	82	15,7
Depressão	66	12,6
Asma, respiração com chiado, dificuldade crônica para respirar	42	8,0
Úlcera, dor crônica no estômago	41	7,8
Derrame, AVC	22	4,2
Epilepsia, convulsão	20	3,8
Outras	105	20,0

A maioria dos indivíduos com doença crônica já teve medicamentos prescritos (95%), sendo a média de medicamentos utilizados para tratamento dessas enfermidades de 2,2 (DP: 1,6).

Em relação à adesão ao tratamento medicamentoso, 94,8% dos entrevistados informaram tomar seus medicamentos conforme recomendado/prescrito.

Os motivos mais relatados pelos indivíduos para não terem tomado todos os seus medicamentos foram os ligados ao uso racional. A melhora dos sintomas (63,1%) e a decisão própria (57,8%) foram as principais razões mencionadas. Em seguida, as justificativas mais frequentes se referiam à barreiras ao acesso: falta de dinheiro (26,3%) e ausência dos medicamentos na unidade pública de saúde (21,1%) (

**Tabela 3).**

**Tabela 3** - Distribuição percentual dos motivos reportados para não ter tomado algum medicamento para condição crônica. Espírito Santo, 2007.

<i>Dimensão/Motivo</i>	<i>N</i>	<i>%</i>
<b>Ligados ao uso racional</b>		
Os sintomas melhoraram	12	63,2%
A pessoa doente ou seu cuidador decidiu que os medicamentos não eram necessários	11	57,9%
A pessoa doente ou o cuidador escolheu um tratamento diferente	6	31,6%
A pessoa doente ou seu cuidador não teve tempo para procurar os medicamentos	4	21,1%
A pessoa já teve reações ruins com esse medicamento no passado	3	15,8%
Alguém aconselhou a não tomar os medicamentos	2	10,5%
<b>Ligado ao acesso</b>		
A pessoa doente ou seu cuidador não pode pagar pelos medicamentos	5	26,3%
Não tinha os medicamentos na unidade pública de saúde	4	21,1%
O local para conseguir esses medicamentos era muito longe	2	10,5%
Não tinha os medicamentos na farmácia privada ou drogaria	1	5,3%
<b>Outros motivos</b>	<b>4</b>	<b>23,5%</b>

Em relação à automedicação das condições crônicas, considera-se o achado como positivo, pois quase a totalidade (98%) dos indivíduos relataram apenas tomar medicamentos recomendados/prescritos por profissionais autorizados.

Quanto à análise dos medicamentos utilizados para tratamento das enfermidades crônicas, foi contabilizado um total de 1.166. Os produtos com prevalência de uso igual ou maior a 5% foram Captopril (32.3%); Hidroclorotiazida (22.0%); Cloridrato de Propranolol (10.1%); Ácido Acetil Salicílico (8.2%); Insulina (5.0%); e Metformina (5.0%) (**Tabela 4**), todos produtos constantes na RENAME 2006(Brasil, Ministério da Saúde, 2006a), vigente à época. O perfil de medicamentos encontrados mostra razoável conformidade com as enfermidades mais prevalentes na população estudada (**Tabela 2**), à exceção dos hipercolesteremiantes.

**Tabela 4** – Distribuição dos medicamentos mais reportados para o uso na enfermidades crônicas, segundo classificação ATC e pertencimento a RENAME, Espírito Santo, 2007.

Medicamentos	N	Prevalência de uso (%)	ATC
Captopril	169	32.3%	C09AA01
Hidroclorotiazida	115	22.0%	C03AA03
Cloridrato de Propranolol	53	10.1%	C07AA05
Ácido Acetil Salicílico	43	8.2%	B01AC06
Insulina	26	5.0%	A10A
Metformina	26	5.0%	A10BA02
Glibenclamida	24	4.6%	A10BB01
Atenolol	21	4.0%	C07AB03
Furosemida	22	4.2%	C03CA01
Sinvastatina	22	4.2%	C10AA01
Fenobarbital	18	3.4%	N03AA02
Clonazepam	17	3.3%	N03AE01
Nifedipina	16	3.1%	C08CA05
Omeprazol	16	3.1%	A02BC01
Enalapril	15	2.9%	C09AA02

Os 954 (81,9%) medicamentos que puderam ser classificados quanto à conformidade com a RENAME 2006 (Brasil, Ministério da Saúde, 2006a), representaram 236 diferentes produtos, dos quais 26% se mostraram conformes.

## **DISCUSSÃO**

A prevalência de doenças crônicas encontrada neste estudo está acima do identificado em outras pesquisas nacionais. Segundo a pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) realizada em 2008, 35,2% das mulheres e 27,2% dos homens declararam ter ao menos uma dentre 12 doenças crônicas selecionadas.(IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia, 2010) Segundo dados da pesquisa Vigitel, em Vitória, capital do Espírito Santo, 25,0% dos indivíduos maiores de 18 anos referiram diagnóstico de Hipertensão Arterial e 7,1% Diabetes Mellitus em 2011. Nesse mesmo ano, para todas as capitais do país, o Vigitel apontou que essas doenças representaram prevalência de respectivamente 22,7% e 5,6%. (Brasil, Ministério da Saúde, 2012) O valor encontrado pode estar ligado ao diagnóstico, por sua vez vinculado tanto ao acesso aos serviços de saúde quanto à qualidade do cuidado, com implicações no diagnóstico e sua informação aos pacientes. No entanto, há que se considerar também nesta comparação as diferenças de métodos entre os estudos considerados. No Vigitel foi realizado inquérito telefônico com indivíduos maiores de 18 anos residentes em capitais; Na PNAD foi entrevistada pessoa sorteada no domicílio em amostra representativa de todo o país; no presente estudo foram considerado os domicílios com presença de portador de alguma doença aguda ou crônica ou medicamentos armazenados, o que pode ter contribuído para a maior prevalência identificada de enfermidades.

A média de medicamentos prescritos (2,2; DP 1,6) manteve-se próxima do preconizado pela OMS (2006) para atenção básica (2 medicamentos por receita), nível de atenção responsável pelo cuidado das enfermidades encontradas como mais prevalentes. Entre os indivíduos hipertensos, maioria da população estudada, a média de medicamentos (2,4; DP 1,7) se manteve, como esperado, próxima da encontrada na amostra como um todo. Segundo o Ministério da Saúde (MS) o tratamento medicamentoso só deve ser iniciado na hipertensão de grau 2 (pressão arterial >160 / >1000) ou na hipertensão de grau 1 (pressão arterial 140-159/90-99) entre indivíduos de alto risco. (Brasil, Ministério da Saúde, 2006b) O MS aponta haver clara tendência atual para a introdução terapêutica combinada de anti-hipertensivos como primeira medida farmacológica para pacientes com hipertensão em estágio 2. (Brasil, Ministério da Saúde, 2006b)

Ainda, a média de medicamentos por pessoa esteve acima do encontrado por Bertoldi *et al.* (2004) que, avaliando o consumo de medicamentos em adultos no Rio Grande do Sul encontraram média de 1,2. Por outro lado, manteve-se abaixo do identificado por Silva *et al.* (2012) que, a partir de inquérito postal realizado com idosos de todo país encontraram média de 3,8. Em ambos estudos (Bertoldi *et al.*, 2004; Silva *et al.*, 2012), o consumo foi definido como a utilização de qualquer medicamento no período recordatório de 15 dias. Já o presente estudo restringiu-se à uma amostra de indivíduos portadores de doenças crônicas e os entrevistados foram solicitados a relatar os medicamentos em uso para tratamento de sua condição.

No presente estudo os indivíduos portadores de DCNT foram considerados altamente aderentes (94,8%). Figueiredo e Asakura (2010) que realizam a medida da adesão de forma parecida, também encontraram um valor elevado, de 78% de indivíduos que se declararam aderentes. A literatura mostra que existe grande variabilidade na adesão ao tratamento medicamentoso de um mesmo indivíduo se utilizados diferentes métodos indiretos para sua medida. (Hamilton, 2003) Carvalho *et al.* (2012) por exemplo, utilizando o instrumento Batalla, identificaram adesão de 22,5% e 30,70% para pacientes com hipertensão e diabetes e 26,8% para o conjunto dos indivíduos com o instrumento Morisky-Green, todos índices mais baixos do que o encontrado no presente estudo.

Entretanto, é preciso considerar as prováveis limitações relacionadas ao autorrelato e ao modelo transversal utilizado nesses estudos e em nosso estudo, já que no controle das DCNT um dos maiores desafios é a manutenção do tratamento ao longo do tempo. Um estudo longitudinal realizado com mais de 150 mil pacientes crônicos residentes nos EUA identificou que do grupo de hipertensos acompanhados por 10 anos, apenas 39% do pacientes persistiram no tratamento, 22% interromperam e reiniciaram o tratamento durante o período e 39% o abandonaram. (Shoemaker e Ramalho de Oliveira, 2007).

No presente estudo, os motivos mais frequentes relatados para interrupção do tratamento foram ligados ao uso racional de medicamentos. Esse dado concorda com o achado de outros estudos transversais que avaliam adesão entre indivíduos com doenças crônicas. (Figueiredo e Asakura, 2010) Isto evidencia distorções na percepção do usuário quanto à importância da abordagem terapêutica nas DCNT. Muitas vezes, a ausência de sintomas leva o portador da DCNT a acreditar que está “curado” ou simplesmente negligenciar o uso regular dos medicamentos, o que acarreta agravamento do quadro nesses indivíduos, especialmente se o medicamento em questão desencadeia efeito rebote, como no caso do propranolol, que

apresentou a terceira maior prevalência de uso pela população estudada (10,1%). Além disso, é importante mencionar que, para o controle das DCNT, é de fundamental importância que a adesão ao tratamento medicamentoso seja acompanhado da obediência consciente às condutas prescritas pelo médico no que tange a modificações do estilo de vida (MEV).

Quanto à automedicação, cabe ressaltar que neste estudo foram analisados apenas os medicamentos utilizados para tratamento de doenças crônicas. Tendo em vista que a pergunta de entrada indagava por doenças previamente diagnosticadas por um médico, todos os indivíduos abordados no estudo provavelmente encontravam-se sob acompanhamento clínico, o que pode ter contribuído para o bom resultado aqui encontrado quanto à baixa automedicação para as condições crônicas. Além disso, alguns estudos mostram que a maioria dos casos de automedicação tem como principal motivo alguma condição aguda. (Arrais *et al.*, 1997; Vitor *et al.*, 2008)

Apenas 26% dos diferentes medicamentos utilizados para condição crônica pertenciam à RENANE vigente à época, valor que pode ser considerado baixo. Entretanto todos os 15 medicamentos mais frequentemente prescritos mostraram conformidade à esta lista. Além do inquérito domiciliar, o estudo fonte a partir do qual foi realizada este artigo, também incluiu visita às unidades de saúde onde a adesão à RENAME foi igualmente estudada. (Espírito Santo, Secretaria da Saúde do Estado, 2007) Analisando-se prescrições de usuários logo após saída do consultório médico verificou-se que a média de adesão à RENAME foi de 81%, o que destoa do identificado no âmbito domiciliar. Uma possível explicação para a baixa conformidade dos medicamentos prescritos à RENAME no presente estudo seria a consulta a médicos no sistema privado. Entretanto os dados deste estudo não permitem melhor detalhamento deste dado. As listas de medicamentos essenciais são fundamentais para a racionalização das iniciativas de promoção do acesso aos medicamentos, garantindo a disponibilidade de produtos de qualidade ao mais baixo custo possível. (Osorio-de-castro *et al.*, 2000) Nesse sentido, a adesão dos prescritores à lista de medicamentos essenciais é fundamental.

Como limitações do presente estudo, cabe destacar a realização de entrevista com informante *proxy*, condicionando a qualidade dos dados aqui apresentados à boa memória e fidedignidade com que o cuidador fornece informações sobre o indivíduo com enfermidade crônica. No entanto há autores que falam favor do uso de informante *proxy* em inquérito populacionais (Jardim, Barreto e Giatti, 2010). Seu emprego torna a realização do estudo

mais factível e está previsto na proposta metodológica da OMS que serviu como base para o estudo fonte (World Health Organization, 2007).

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Este trabalho buscou descrever o comportamento quanto ao uso de medicamentos por portadores de doenças crônicas do Estado do Espírito Santo. Ainda que a adesão ao tratamento possa ter sido considerada elevada e a automedicação reduzida, é importante salientar que esses dados são baseados em autorelato, e podem não refletir completamente a conduta adotada pela população estudada. Além disso, chama a atenção que para o grupo dos que relataram não terem tomado seus medicamentos conforme recomendado, as justificativas mais frequentes foram ligadas ao uso racional de medicamentos. Foi baixa a adesão dos prescritores à RENAME. Estratégias para promoção do uso racional de medicamentos são, portanto, de grande importância para o controle das DCNT. Espera-se que as evidências relatadas possam contribuir para o planejamento da assistência farmacêutica, apoiando no estabelecimento de dados de linha de base no estado do Espírito Santo e na identificação de prioridades para ação.

## **REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

Aquino D S. Por que o uso racional de medicamentos deve ser uma prioridade? *Ci. & Saúde Col.* 13: 733-736, 2008. Suplemento.

Arrais P S D, Coelho HLL, Batista MCDS, Carvalho ML, Righi RE, Arnau JM. Perfil da automedicação no Brasil. *Rev. de Saúde Públ.* 31(1): 71-77, 1997.

Bertoldi AD, Barros AJD, Hallal PC, Lima RC. Utilização de medicamentos em adultos: prevalência e determinantes individuais. *Rev. de Saúde Públ.* 38(2): 228-38, 2004.

Bertoldi AD, Barros AJ, Wagner A, Ross-Degnan D, Hallal PC. A descriptive review of the methodologies used in household surveys on medicine utilization. *BMC Health Serv. Res.* 8(1): 222, 2008.

Brasil. Ministério da Saúde. A vigilância, o controle e a prevenção das doenças crônicas não transmissíveis - DCNT no contexto do sistema único brasileiro - desafios atuais. Brasília: MS, 2005.

\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. Relação nacional de medicamentos essenciais: Rename. Brasília: MS, 2006a.

\_\_\_\_.\_\_\_\_\_. Hipertensão arterial sistêmica. Cadernos de Atenção Básica N° 15. Brasília, DF: MS, 2006b.

\_\_\_\_.\_\_\_\_\_. Diretrizes e recomendações para o cuidado integral de doenças crônicas não-transmissíveis. Brasília: MS, 2008.

\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. Sistema Nacional de Informações Tóxico-Farmacológicas. Disponível em: <[http://www.fiocruz.br/sinitox\\_novo/media/b5.pdf](http://www.fiocruz.br/sinitox_novo/media/b5.pdf)>. Acesso em 26 de setembro de 2013.

\_\_\_\_.\_\_\_\_\_. Vigitel Brasil 2011: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Brasília: MS, 2012.

Carvalho ALM, Leopoldino RWD, Silva JEG, Cunha CP . Adesão ao tratamento medicamentoso em usuários cadastrados no Programa Hipertensão no município de Teresina (PI). *Ci. Saúde Col.* 17(7): 1885–1892, 2012.

Dias A, Cunha M, Santos AMM, Neves APG, Pinto, AFC, Silva ASA, Castro SA. Adesão ao regime terapêutico na doença crônica: revisão da literatura. *Millenium.* 40: 201-219, 2011. Disponível em: <http://www.ipv.pt/millenium/Millenium40/14.pdf>. Acesso em 2 de abril de 2014.

Espírito Santo. Secretaria da Saúde do Estado. Diagnóstico da assistência farmacêutica no setor público e a política farmacêutica do estado do Espírito Santo. Vitória: SESA, 2007.

Figueiredo NN & Asakura L. Adesão ao tratamento anti-hipertensivo: dificuldades relatadas por indivíduos hipertensos. *Acta Paulista de Enferm.* 23(6): 782–787, 2010.

Hamilton G. Measuring adherence in a hypertension clinical trial. *Eur. J. Cardiovasc. Nurs.* 2(3): 219–228, 2003.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE ). Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD): um panorama da saúde no Brasil. Rio de Janeiro: IBGE, 2010.

Jardim R, Barreto SM, Giatti L. Confiabilidade das informações obtidas de informante secundário em inquéritos de saúde. *Cad. Saúde Públ.* 26(8): 1537–1548, 2010.

Leite IC, Valente JG, Schramm JMA. Relatório final do projeto Carga de Doença do Brasil, 2008. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca/Fundação Oswaldo Cruz, 2013.

Leite S & Vasconcellos MPC. Adesão à terapêutica medicamentosa: elementos para a discussão de conceitos e pressupostos adotados na literatura. *Ci. Saúde Col.* 8(3): 775–782, 2003. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/csc/v8n3/17457.pdf> >. Acesso em 2 de abril de 2014.

Nascimento MC. Medicamentos: ameaça ou apoio à saúde? Rio de Janeiro: Vieira & Lent, 2003.

Osorio-de-Castro CGS et al. Estudos de utilização de medicamentos : noções básicas. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2000.

Shoemaker SJ & Ramalho OD. Understanding the meaning of medications for patients: the medication experience. *Pharm. World Sci.* 30(1): 86–91, 2007.

Silva AL, Ribeiro AQ, Klein CH, Acurcio FA. Utilização de medicamentos por idosos brasileiros, de acordo com a faixa etária: um inquérito postal. *Cad. Saúde Públ.* 28(6): 1033–1045, 2012.

Vitor RS, Lopes CP, Menezes HS, Kerkhoff CE. Padrão de consumo de medicamentos sem prescrição médica na cidade de Porto Alegre, RS. *Ci. Saúde Col.* 13: 737–43, 2008. Suplemento.

World Health Organization. Adherence to long-term therapies: evidence for action. Geneva: WHO Press, 2003.

\_\_\_\_\_. Using indicators to measure country pharmaceutical situations: fact book on WHO level I and level II monitoring indicators. Geneva: WHO Press, 2006.

\_\_\_\_. WHO operational package for assessing, monitoring and evaluating country pharmaceutical situations: Guide for coordinators and data collectors. Geneva: WHO Press, 2007.

\_\_\_\_. Global status report on noncommunicable diseases. Geneva: WHO Press, 2010.