



UNIVERSIDADE
ESTADUAL DE LONDRINA

ANA CAROLINA BERTIN DE ALMEIDA LOPES

**CARACTERIZAÇÃO DOS USUÁRIOS DE MEDICAMENTOS
CARDIOVASCULARES E ANTIDIABÉTICOS EM UMA
UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE: ANÁLISE DO USO
IRREGULAR DE MEDICAMENTOS E DAS CONDIÇÕES DE
SAÚDE BUCAL**

Londrina
2010

ANA CAROLINA BERTIN DE ALMEIDA LOPES

**CARACTERIZAÇÃO DOS USUÁRIOS DE MEDICAMENTOS
CARDIOVASCULARES E ANTIDIABÉTICOS EM UMA
UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE: ANÁLISE DO USO
IRREGULAR DE MEDICAMENTOS E DAS CONDIÇÕES DE
SAÚDE BUCAL**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Londrina para a obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Orientador: Prof. Dr. Marcos Aparecido Sarria Cabrera

Londrina
2010

ANA CAROLINA BERTIN DE ALMEIDA LOPES

**CARACTERIZAÇÃO DOS USUÁRIOS DE MEDICAMENTOS
CARDIOVASCULARES E ANTIDIABÉTICOS EM UMA
UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE: ANÁLISE DO USO
IRREGULAR DE MEDICAMENTOS E DAS CONDIÇÕES DE**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Londrina para a obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Marcos Aparecido Sarria Cabrera

Prof. Dra. Divina Seila de Oliveira Marques

Prof. Dra. Regina Kazue Tanno de Souza

Londrina, 26 de maio de 2010.

DEDICATÓRIA

Aos meus filhos José Pedro e Lygia, razão da minha vida.

Ao meu marido e companheiro Gustavo, por seu incentivo e apoio.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus pela oportunidade de continuar estudando e por ter me dado força e saúde para concluir este trabalho.

Ao professor Marcos Cabrera pela paciência, disponibilidade e competência com que conduziu a orientação deste trabalho.

A professora Regina Kazue Tanno de Souza e a Dra Divina Seila de Oliveira Marques, pelas importantes contribuições nos exames de qualificação e de defesa.

A todos os colegas da turma 10 do mestrado em Saúde Coletiva, pelos momentos que passamos juntos e por serem tão especiais para mim.

Às companheiras de mestrado Carolina Alcântara Lopes dos Santos e Marcela Maria Birolim que, mesmo com todas as suas obrigações, não mediram esforços e participaram da coleta de dados deste trabalho.

A todos os professores do Mestrado em Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Londrina, pela organização, esforço e perseverança em nos ensinar.

A funcionária Sandra Regina Moitinho Lage pela paciência e dedicação em nos atender.

A todos os funcionários do Departamento de Saúde Coletiva, pela ajuda dedicada.

A coordenadora da UBS Centro Social Urbano Eleyde Pedrini e a toda equipe da Unidade que cooperou muito durante a coleta de dados.

A todos os entrevistados desta pesquisa, por terem nos recebido em seus lares e nos dedicado seu tempo.

Aos alunos de medicina Fabiana de Mari Scalone e Raul Campos de Oliveira pela participação na coleta de dados.

À Mariza Ribeiro dos Santos e Florisvaldo Sobrinho que prestaram ajuda fundamental para realização da pesquisa.

Em especial aos meus pais, Guto (in memorian) e a minha mãe Nina que se esforçaram para que eu tivesse uma boa educação e por tudo que fizeram por mim. A minha mãe, por ter se dedicado às crianças nos momentos em que estive ausente.

Aos meus queridos irmãos Gabriel e Guilherme, meu afilhado Francisco e minha cunhada Janaina.

A minha tia Vera, uma das pessoas mais importantes da minha vida.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1-	Medicamentos disponíveis para o tratamento da hipertensão arterial nas Unidades de Saúde de Londrina -----	20
Tabela 2-	Medicamentos antidiabéticos: mecanismo de ação e efeito clínico -----	20
Tabela 3-	Evolução da população do município de Londrina, por faixa etária e sexo – 1960/2000 -----	21
Tabela 4-	Distribuição dos usuários de medicamentos cardiovasculares e antidiabéticos referente às variáveis socioeconômicas e demográficas em relação ao sexo, Londrina, PR, 2009-----	46
Tabela 5-	Distribuição dos usuários de medicamentos cardiovasculares e antidiabéticos de acordo com morbidades auto-referidas segundo sexo, Londrina, PR, 2009 -----	47
Tabela 6-	Motivos para utilização de medicamentos cardiovasculares e antidiabéticos em indivíduos que referiram não apresentar hipertensão arterial ou diabetes mellitus, Londrina, PR, 2009 -----	48
Tabela 7-	Distribuição dos usuários de medicamentos cardiovasculares e antidiabéticos segundo a utilização dos serviços de saúde de acordo com o sexo, Londrina, PR, 2009-----	48
Tabela 8-	Distribuição dos usuários de medicamentos cardiovasculares e antidiabéticos quanto ao estilo de vida em relação ao sexo, Londrina, PR, 2009 -----	49
Tabela 9-	Medicamentos cardiovasculares e antidiabéticos utilizados por indivíduos usuários da UBS Centro Social Urbano, Londrina, PR, 2009. -----	50
Tabela 10-	Frequência de medicamentos utilizados de acordo com a classificação ATC (Anatomical Therapeutic Chemical), Londrina, PR, 2009 -----	52
Tabela 11-	Locais de aquisição dos medicamentos cardiovasculares e antidiabéticos pelos usuários do Centro Social Urbano, Londrina, PR, 2009 -----	53
Tabela 12-	Motivos relatados pelos usuários para o uso irregular de medicamentos cardiovasculares e antidiabéticos, Londrina, PR, 2009 -----	54

Tabela 13-	Características de saúde bucal e de consulta ao dentista de acordo com o sexo, Londrina, PR, 2009 -----	55
Tabela 14-	Associação entre uso irregular de medicamentos cardiovasculares e antidiabéticos com variáveis socioeconômicas e demográficas e de utilização dos serviços de saúde, Londrina, PR, 2009-----	57
Tabela 15-	Associação entre uso irregular de medicamentos cardiovasculares e antidiabéticos com hipertensão arterial e diabetes mellitus, depressão, número de medicamentos cardiovasculares e antidiabéticos utilizados e fatores relacionados ao estilo de vida, Londrina, PR, 2009 -----	58
Tabela 16-	Análise multivariada dos fatores associados ao uso irregular de medicamentos cardiovasculares e antidiabéticos, Modelo A, Londrina, PR, 2009 -----	59
Tabela 17-	Análise multivariada dos fatores associados ao uso irregular de medicamentos cardiovasculares e antidiabéticos, Modelo B, Londrina, PR, 2009 -----	60
Tabela 18-	Associação entre situação de risco periodontal e variáveis socioeconômicas, demográficas, diabetes mellitus, hipertensão arterial, fumo e consumo de álcool em pacientes dentados, Londrina, PR, 2009-----	61
Tabela 19-	Associação entre situação de risco periodontal com sexo, idade, hipertensão arterial e diabetes mellitus em pacientes dentados segundo análise de regressão logística, Londrina, PR, 2009-----	62

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

- Figura 1** Mortalidade Proporcional por Causas, Londrina – PR, 2005 ----- 22
- Figura 2** Mapa do Paraná dividido em Regionais de Saúde ----- 28
- Figura 3** Mapa dos municípios da área de abrangência da 17ª Regional de Saúde ----- 28
- Figura 4** Mapa da cidade de Londrina – PR dividido por bairros e suas respectivas densidades demográficas. Indicação do bairro onde se situa a unidade básica de saúde CSU: código C3 ----- 30

LISTA DE SIGLAS

AAS	Ácido Acetil Salicílico
ABEP	Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa
ACS	Agentes Comunitários de Saúde
AD	Antidiabético
ATC	<i>Anatomical Therapeutic Chemical</i>
AVC	Acidente Vascular Cerebral
BRA	Bloqueadores do Receptor da Angiotensina
CCEB	Critério de Classificação Econômica Brasil
CEME	Central de Medicamentos
CEMEPAR	Central de Medicamentos do Paraná
CIM	Centro de Informação de Medicamentos
COMARE	Comissão Técnica e Multidisciplinar de Atualização da RENAME
CONASEMS	Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde
CONASS	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
CSU	Centro Social Urbano
CV	Cardiovascular
EUM	Estudos de Utilização de Medicamentos
FTN	Formulário Terapêutico Nacional
HiperDia	Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos
ICC	Insuficiência Cardíaca Crônica
IECA	Inibidor da Enzima de Conversão da Angiotensina
LDL-C	<i>Low density lipoprotein-cholesterol</i>
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPAS	Organização Pan-americana de Saúde
PNM	Política Nacional de Medicamentos
PSF	Programa Saúde da Família
RENAME	Relação Nacional de Medicamentos Essenciais
SBD	Sociedade Brasileira de Diabetes
SIM	Sistema de Informação sobre Mortalidade
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UBS	Unidade Básica de Saúde
UEL	Universidade Estadual de Londrina
URM	Uso Racional de Medicamentos
WHO	<i>World Health Organization</i>

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	14
2 REFERENCIAL TEÓRICO	25
3 OBJETIVOS	27
3.1 Objetivo Geral	27
3.2 Objetivos Específicos	27
4 METODOLOGIA	28
4.1 Delineamento do Estudo	28
4.2 Local de Estudo	28
4.3 População de Estudo e Amostragem	30
4.4 Estudo Piloto	31
4.5 Metodologia da Coleta de Dados	31
4.6 Variáveis de Estudo	32
4.6.1 Variáveis Independentes	32
4.6.1.1 Variáveis socioeconômicas e demográficas	32
4.6.1.2 Variáveis relacionadas à saúde e ao estilo de vida	35
4.6.1.3 Variáveis relacionadas à saúde bucal	37
4.6.1.4 Variáveis sobre o conhecimento do tratamento medicamentoso	39
4.6.1.5 Variáveis relacionadas à utilização dos serviços de saúde	40
4.6.1.6 Variáveis relacionadas à utilização de medicamentos	41
4.6.2 Variáveis Dependentes	43
4.6.2.1 Uso irregular de medicamentos cardiovasculares e antidiabéticos	43
4.6.2.2 Risco periodontal	43
4.7 Análise Estatística	43
4.8 Aspectos Éticos	44
5 RESULTADOS	45
5.1 Análise Descritiva dos Dados	45
5.1.1 Caracterização da população estudada	45
5.1.2 Medicamentos utilizados	50
5.1.3 Descrição das condições de saúde bucal	54

5.2 Análise dos Fatores Associados	56
5.2.1 Fatores associados ao uso irregular de medicamentos cardiovasculares e antidiabéticos	56
5.2.2 Fatores associados ao risco periodontal	60
6 DISCUSSÃO	63
6.1 Uso de medicamentos	64
6.2 Condições de saúde bucal	74
7 CONCLUSÃO	80
8 CONSIDERAÇÕES FINAIS	82
REFERÊNCIAS	84
APÊNDICES	97
Apêndice A - Formulário de Coleta de Dados	98
Apêndice B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	103
Apêndice C - Manual de Instruções	104
ANEXO	114
Anexo 1 - Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa	115

LOPES, Ana Carolina Bertin de Almeida. **Caracterização dos usuários de medicamentos cardiovasculares e antidiabéticos em uma Unidade Básica de Saúde:** análise do uso irregular de medicamentos e das condições de saúde bucal. 2010. 115f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade Estadual de Londrina.

RESUMO

A Organização Mundial da Saúde considera que as doenças crônicas, como as doenças cardiovasculares e o diabetes mellitus assumiram caráter epidêmico, acompanhado pelo aumento no consumo de medicamentos para sua prevenção e tratamento. As doenças periodontais, especialmente a periodontite, têm sido relacionadas à presença e à evolução do diabetes mellitus e das doenças cardiovasculares. Este estudo teve como objetivos caracterizar os usuários de medicamentos cardiovasculares e antidiabéticos de uma Unidade Básica de Saúde (UBS) e avaliar as condições de saúde bucal desses usuários. Realizou-se um estudo transversal com 397 indivíduos maiores de 18 anos que retiraram medicamentos cardiovasculares e antidiabéticos na UBS Centro Social Urbano (CSU), no município de Londrina, PR. As informações foram obtidas através de formulário com questões estruturadas, semi-estruturadas e abertas com dados auto-referidos. A média de idade encontrada foi de 63,9 anos, a maioria do sexo feminino (65,5%), com escolaridade de um a quatro anos (44,6%), e classes socioeconômicas (ABEP) predominantes C1, C2 e D (78,4%). Os anti-hipertensivos mais utilizados foram os inibidores da enzima de conversão de angiotensina (IECA) (63,5%), os diuréticos tiazídicos (54,9%) e os betabloqueadores (27,7%). Entre os antidiabéticos o mais consumido foi o cloridrato de metformina (23,2%). A prevalência de uso irregular de medicamentos cardiovasculares e antidiabéticos foi de 35,8% e teve como principal motivo relatado o esquecimento. Os diabéticos consumiram em média 3,9 medicamentos cardiovasculares e antidiabéticos e os hipertensos 1,6. Na análise multivariada o trabalho remunerado (não exercer) e a coexistência da hipertensão arterial e do diabetes mellitus apresentaram associação independente ao uso irregular de medicamentos cardiovasculares e antidiabéticos. Em relação às condições de saúde bucal identificou-se 35% de prevalência de edentulismo e associação das variáveis faixa etária (ser idoso) e ter hipertensão arterial e diabetes mellitus com o risco periodontal (sangramento gengival e/ou mobilidade dentária). Apesar da amostra estudada representar uma população específica que utiliza medicamentos e que recebeu diagnóstico de hipertensão arterial e/ou de diabetes mellitus, os resultados apresentados evidenciaram que uma proporção significativa dos usuários fazia uso irregular de medicamentos cardiovasculares e antidiabéticos e que as condições de saúde bucal analisadas foram insatisfatórias. Dessa forma, a promoção do uso racional de medicamentos, das medidas não medicamentosas e a atenção à saúde bucal devem ser priorizadas em portadores de doenças crônicas.

Palavras-chave: Uso de Medicamentos. Doenças Cardiovasculares. Diabetes Mellitus. Saúde bucal. Periodontite. Atenção Primária à Saúde.

LOPES, Ana Carolina Bertin de Almeida. **Characterization of the cardiovascular and antidiabetics drugs users in a Basic Health Unit: analysis of the irregular drug use and conditions of oral health.** 2010. 115f. Dissertation (Master Degree in Public Health) – Londrina State University.

ABSTRACT

The World Health Organization (WHO) considers that chronic diseases, as the cardiovascular diseases and diabetes mellitus had assumed epidemic character, simultaneously to the increase of the medicines consumption for their prevention and treatment. The periodontal disease, mainly the periodontitis, has been related to the presence and to the evolution of diabetes mellitus and also to the cardiovascular diseases. The objective of this study was to typify the cardiovascular and antidiabetics drugs users of a Basic Public Health Unit and was to analyze the oral health conditions of these users. A cross-sectional study of 397 adults individuals (aged 18 years old or further) was conducted with individuals that had received cardiovascular and antidiabetics drugs from the Centro Social Urbano (CSU), in the city of Londrina, state of Paraná. In the research it was submit an application using structuralized questions, half-structuralized questions and opened questions with self-reported data. The average age of the researched public was of 63,8 years old, the majority was of the feminine sex (65,5%), with scholarship from one to four years (44,6%), and the indicated by ABEP predominant socioeconomic level of C1, C2 and D (78,4%). The prime used antihypertensive drugs were the angiotensin converting enzyme inhibitors (63,5%), the thiazides diuretics (54,9%) and the beta-blockers (27,7%). Among the antidiabetics drugs the larger amount consumed was the metformin (23,2%). The commonness of irregular use of the cardiovascular and the antidiabetics drugs was of 35,8% and it had as main told reason to forget about taking the medicines. The diabetic patients had on average consumed of 3,9 cardiovascular and antidiabetics drugs and hypertensive 1,6. In the multivariate analysis the conjunction of not existed remunerated work and the arterial hypertension and diabetes mellitus together, had presented independent association to the irregular cardiovascular and antidiabetics drugs use. In relation to the conditions of oral health it was identified 35% of prevalence of edentulism and the association of the variables: age (elderly), arterial hypertension and diabetes mellitus, all related with the periodontal risk (gingival bleeding and/or dental mobility). Although the studied sample was representative of a specific population that use cardiovascular and antidiabetics drugs and that they had received diagnosis from arterial hypertension and/or diabetes mellitus, the presented results had evidenced that a significant ratio of the users made irregular use of drugs and that the analyzed conditions of their oral health had been unsatisfactory. As such, the promotion of the rational medicine use, the non-pharmacological treatment and the attention to the oral health must be prioritized in carriers of chronic diseases.

Key words: Drug Utilization. Cardiovascular Diseases. Diabetes Mellitus. Oral Health. Periodontitis. Primary Health Care.

1 INTRODUÇÃO

O expressivo aumento da prevalência das doenças crônicas como o diabetes mellitus, as doenças cardiovasculares, cânceres, e doenças auto-imunes, entre outras, têm causado mudanças nos conceitos de prevenção e de tratamento das doenças¹. Essas morbidades são as mais estudadas no meio científico, assim como constituem o foco da indústria farmacêutica no desenvolvimento e comercialização de medicamentos²⁻³.

Os dados estatísticos da Organização Mundial da Saúde (OMS), publicados em 2008, apontam as 20 principais causas de morte na população mundial ocorridas em 2004 e mostram a doença isquêmica do coração na liderança, responsável por 12,2% das mortes, seguido pelas doenças cerebrovasculares, com 9,7%. O diabetes mellitus ocupa o 12º lugar da lista, causando 1,9% das mortes⁴.

As doenças cardiovasculares constituem-se em um grupo de afecções que afetam o coração e as artérias. As duas principais formas de manifestação das doenças cardiovasculares são as doenças isquêmicas do coração e as cerebrovasculares. Os principais fatores de risco para doenças cardiovasculares são: as dislipidemias, o estresse, a hipertensão arterial, o diabetes mellitus, o tabagismo, o sedentarismo, a obesidade e sua distribuição corporal, entre outros⁴.

A hipertensão arterial é um dos mais importantes fatores de risco para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares, cerebrovasculares e renais. É a doença de maior prevalência no Brasil, com valor estimado de 35% da população acima de 40 anos com hipertensão arterial⁵.

Além da magnitude, o caráter crônico e evolutivo da hipertensão representa um grave fator de risco para o desenvolvimento de lesões em órgãos alvos, como coração, artérias e rins⁶. A importância da detecção e controle da hipertensão arterial reside em reduzir suas complicações, tais como a doença cerebrovascular, doença arterial coronariana, insuficiência cardíaca, doença renal crônica e doença arterial periférica⁷.

No grupo das doenças endócrinas e metabólicas o diabetes mellitus é a doença de maior prevalência na atualidade. No ano de 2000 havia 177 milhões de portadores de diabetes mellitus em todo mundo, enquanto no Brasil, no ano de 2006 havia em torno de seis milhões de diabéticos⁸. De acordo com dados da Sociedade

Brasileira de Diabetes (SBD), estima-se que, em 2007, 5,9% da população total do Brasil era portadora de diabetes mellitus⁹.

O diabetes mellitus é uma doença crônica causada pela ausência ou diminuição da função pancreática, com redução da produção de insulina, ou aproveitamento inadequado da insulina produzida⁹. Da mesma forma que a hipertensão arterial, a gravidade do diabetes mellitus reside na evolução da doença para órgãos alvos como coração, olhos, rins, nervos, cérebro e vasos sanguíneos⁸.

Entre os fatores associados à hipertensão arterial e ao diabetes mellitus está a doença periodontal, em especial a periodontite, que tem sido consistentemente relacionada quanto a sua prevalência, extensão e severidade à presença de diabetes mellitus¹⁰ e das doenças cardiovasculares¹¹. No Brasil, a frequência de pessoas com alguma alteração periodontal (sangramento gengival, cálculo, bolsa periodontal 4-5 mm ou bolsa periodontal de 6 mm ou mais) nas faixas etárias de 35 a 44 e de 65 a 74 anos é de 78,1% e 92,1%, respectivamente¹².

Desde a década de 80 a saúde bucal tem sido assunto de estudos devido a sua participação em patologias sistêmicas. Mattila et al (1989) revelaram que a situação de saúde dental era consideravelmente pior em pacientes com infarto agudo do miocárdio¹³. Atualmente, uma meta-análise de estudos observacionais concluiu que o risco de desenvolver doenças cardiovasculares (doença arterial coronariana, angina pectoris, infarto agudo do miocárdio e mortalidade por patologias cardíacas) foi 34,0% maior em indivíduos com doença periodontal quando comparado com aqueles sem doença periodontal¹¹. No entanto, ainda permanece incerto se a hipertensão arterial é um fator de risco para periodontite¹⁴.

A associação entre diabetes mellitus e doença periodontal e os efeitos da infecção periodontal no controle glicêmico e nas complicações do diabetes mellitus foram evidenciados por alguns estudos através de revisão sistemática e meta-análise¹⁵⁻¹⁶.

No entanto, as evidências ainda não fornecem informações suficientes sobre recomendações clínicas envolvendo a doença periodontal em pacientes com diabetes mellitus ou doenças cardiovasculares, assim como não estão completamente estabelecidos os mecanismos de interação entre as doenças¹⁷.

No planejamento das ações direcionadas à saúde bucal o Ministério da Saúde apresentou, no ano de 2004, as diretrizes para sua organização no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Entre as readequações propostas envolvendo

ações em saúde bucal, está a promoção da saúde através da abordagem de fatores de risco simultâneos tanto à cavidade bucal quanto para outros agravos, como a hipertensão arterial e o diabetes mellitus¹⁸, e o reconhecimento de que a doença periodontal representa um importante fator de risco para o diabetes mellitus e para doenças cardiovasculares. O documento conta ainda com propostas de ações de promoção à saúde de abordagem coletiva, como ações intersetoriais e educativas, assim como ações individuais que visam à prevenção, o tratamento e a reabilitação da saúde bucal de forma a promover impacto no processo saúde-doença¹².

Apesar das propostas de ações para priorizar o atendimento odontológico aos portadores de diabetes mellitus e doenças cardiovasculares, a prática da atenção à saúde bucal no SUS dificilmente atende de forma integral seus usuários. Os cuidados com a saúde que deveriam ser planejados interdisciplinarmente têm sido realizados de maneira isolada, mostrando existir pouca integração entre profissionais¹⁸. Mesmo com o dentista presente em quase todas as Unidades Básicas de Saúde (UBS), o acesso ao tratamento odontológico ainda é restrito, sendo direcionado preferencialmente às crianças e às gestantes¹⁹.

Os aspectos comentados reforçam o fato de que entre os grandes desafios para a saúde pública está a transição epidemiológica que, no Brasil, apresenta caráter diferenciado que não ocorre necessariamente através da substituição das doenças infecto-contagiosas por doenças crônico-degenerativas, acidentes e violências. Essas características de transição epidemiológica “prolongada ou polarizada”²⁰ sobrecarregam os serviços de saúde.

De acordo com o Ministério da Saúde, no ano de 2006, as doenças circulatórias foram responsáveis por 32,01% dos óbitos no Brasil, o equivalente a 302.817 mortes⁵. Entre os fatores potencialmente controláveis, a hipertensão arterial e o diabetes mellitus são destaques críticos no contexto da saúde pública⁷.

Dados do ano de 2001 do Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus revelaram que aproximadamente 15 milhões de brasileiros tinham hipertensão arterial, sendo 12.410.753 usuários do SUS. Em relação ao diabetes mellitus, estima-se que 3.643.855 são usuários do SUS²¹.

O aumento da demanda por serviços de saúde decorrente da alta prevalência das doenças crônicas, geralmente, não é acompanhada pela garantia de acesso e pela qualidade dos serviços. Apesar da magnitude observada nos

números do SUS relativos ao ano de 2005, onde foram realizadas cerca de 450 milhões de consultas médicas e 80 mil cirurgias cardíacas, as desigualdades persistem no âmbito socioeconômico, nas diferenças regionais e no nível de escolaridade da população²².

Nos países em desenvolvimento os medicamentos representam cerca de 30 a 40% dos gastos com saúde³. No Brasil, o medicamento é o fator que mais contribui para o aumento das despesas familiares com saúde, referente a 35,3% dos gastos²³. O grande número de medicamentos existentes para o tratamento das doenças cardiovasculares e do diabetes mellitus torna flexíveis as abordagens do ponto de vista clínico e também financeiro. Porém, devido à persistência das desigualdades sociais, os benefícios da farmacoterapia não são homoganeamente distribuídos nas classes sociais²⁴.

Cada vez mais é necessária a elaboração de táticas e de políticas que controlem e promovam o Uso Racional de Medicamentos (URM) e garantam o acesso de medicamentos essenciais à população. O URM consiste em que os pacientes recebam a medicação apropriada para suas necessidades clínicas, em doses adequadas, por tempo suficiente, e que represente o mínimo custo para o paciente e para comunidade²⁵.

Vários mecanismos foram criados para promover e fiscalizar o URM. A OMS criou, em 1977, uma lista de Medicamentos Essenciais, atualizada a cada dois anos⁴.

Em outubro de 1998 foi aprovada a Política Nacional de Medicamentos (PNM) com a finalidade de nortear todas as ações no campo da política de medicamentos no país²⁶. Anteriormente, o Ministério da Saúde elaborou a partir da CEME (Central de Medicamentos), a RENAME (Relação Nacional de Medicamentos Essenciais) baseada no quadro nosológico do país, atualizada em 2008²⁷ e com nova atualização a ser publicada em maio de 2010.

O Programa Saúde da Família (PSF) foi implantado no ano de 1994 como uma estratégia para revigorar a Atenção Básica do SUS. Frente à alta prevalência de doenças crônicas no Brasil, o PSF constitui-se num importante meio de reorganização da Atenção Básica, tendo como um dos principais focos a prevenção e o controle de doenças crônicas²¹.

Com o intuito de alertar para a gravidade dos dados estatísticos e orientar os serviços de saúde para o manejo de doenças crônicas, o Ministério da Saúde

lançou, em 2006, a série de Cadernos de Atenção Básica para a Prevenção Clínica de Doença Cardiovascular, Cerebrovascular e Renal Crônica (nº 14), Hipertensão Arterial Sistêmica (nº 15) e Diabetes Mellitus (nº 16)²⁸.

Em maio do ano de 2004 foi criado pelo Governo Federal o programa Farmácia Popular, em parceria com a Caixa Econômica Federal, que credencia farmácias comerciais para oferecerem medicamentos essenciais a preços baixos²⁹.

A criação do programa Farmácia Popular reforça a idéia de que a provisão de medicamentos no Brasil deve ser avaliada continuamente. A opção do governo pela inserção do co-pagamento por medicamentos na saúde parece indicar que são necessárias alternativas para ampliação do acesso a medicamentos³⁰.

Também no ano de 2004, o Conselho Nacional de Saúde, através da Resolução nº 338, aprovou a Política Nacional de Assistência Farmacêutica³¹. Apesar da regulamentação da Assistência Farmacêutica nos mais diversos níveis hierárquicos, Ministério da Saúde, CONASEMS (Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde) e CONASS (Conselho Nacional de Secretários de Saúde), a prática da assistência farmacêutica no Brasil ainda é incipiente³².

Diversos estudos apontam desde carências de recursos humanos (profissionais farmacêuticos), a problemas físicos e materiais para prática da assistência farmacêutica³². De acordo com Araújo e Freitas (2006)³³ é necessária uma mudança de paradigma para implementação da assistência farmacêutica no Brasil. A mudança não depende apenas da prática do farmacêutico, mas do comprometimento do serviço de saúde como um todo, empenhado no estabelecimento de diálogo entre profissionais e pacientes. A organização do sistema de saúde no Brasil onde predomina o modelo curativo representa um grave entrave para a prática da assistência farmacêutica³⁴.

No ano de 2008 foi lançado o Formulário Terapêutico Nacional (FTN), elaborado com a participação de uma subcomissão da COMARE (Comissão Técnica e Multidisciplinar de Atualização da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais) e de alguns Centros de Informação de Medicamentos (CIM). O Formulário contém informações científicas, isentas e embasadas em evidências sobre os medicamentos selecionados na RENAME, visando subsidiar os profissionais de saúde para o URM³⁵.

Com base nos princípios da regionalização e descentralização do SUS que fomenta ações embasadas em políticas locais, o estado do Paraná elaborou um

elenco de medicamentos padronizados nos programas gerenciados pelo CEMEPAR (Central de Medicamentos do Paraná) divididos em Medicamentos Básicos, a serem disponibilizados pelas Secretarias Municipais de Saúde, Medicamentos Estratégicos, Excepcionais e de Programas Especiais³⁶.

Assim como a maior parte dos estados brasileiros, o Paraná apresenta tendência de envelhecimento populacional, demonstrado por uma queda na taxa de fertilidade de 6,3 para 1,18 filhos por mulher em idade fértil, entre os anos de 1970 e 2004. Em 1950 a esperança de vida ao nascer era de 47,9 anos e passou a 72,2 em 2004, um aumento absoluto de 24,2 anos em média. A mortalidade proporcional por causas no Paraná, no ano de 2004, apontou as doenças cardiovasculares como principal causa, responsável por 33,0% dos óbitos⁶.

Situada ao norte do Paraná a cidade de Londrina conta com uma ampla rede de saúde, onde se tem observado um aumento gradativo do número de pessoas cobertas pelo PSF e Agentes Comunitários de Saúde (ACS). Em 2001 eram 183.133 pessoas cadastradas, passando para 371.614 pessoas em 2006³⁷.

A Secretaria Municipal de Saúde de Londrina preconiza a utilização do Sistema HiperDia (Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos) nas suas Unidades Ambulatoriais. Este sistema cadastra e acompanha os portadores de hipertensão arterial e/ou diabetes mellitus, gerando informações para gestores locais, gestores das secretarias municipais, estaduais e Ministério da Saúde. Constitui importante meio de geração de indicadores de saúde, como a incidência e a prevalência de casos de hipertensão arterial e diabetes mellitus³⁸.

No ano de 2006 foi elaborado pela Secretaria Municipal de Saúde de Londrina o Protocolo de Saúde do Adulto, com o objetivo de normatizar o padrão de atendimento à saúde e de propiciar a utilização de evidências clínicas comprovadas para o tratamento da hipertensão arterial, do diabetes mellitus e das dislipidemias. Neste protocolo constam os medicamentos disponíveis para o tratamento da hipertensão arterial nas Unidades de Saúde de Londrina (Tabela 1), além dos agentes anti-hipertensivos disponíveis no Brasil, com as respectivas posologias e número de tomadas por dia³⁸.

Tabela 1 – Medicamentos disponíveis para o tratamento da hipertensão arterial nas Unidades de Saúde de Londrina.

Diuréticos		<ul style="list-style-type: none"> • Hidroclorotiazida 25 mg • Furosemida 40 mg
Inibidores Adrenérgicos- Ação Central	Ação Central	<ul style="list-style-type: none"> • Metildopa 500 mg • Clonidina 0,100 mg (uso interno para crises hipertensivas)
	Beta-Bloqueadores	<ul style="list-style-type: none"> • Propranolol 40 mg
Antagonistas – Canais de Cálcio		<ul style="list-style-type: none"> • Nifedipina 20 mg
Inibidores da ECA		<ul style="list-style-type: none"> • Captopril 25 mg • Enalapril 5 e 20 mg

Fonte: Prefeitura do Município de Londrina³⁸.

No protocolo sobre diabetes mellitus, além de constarem as insulinas disponíveis no mercado brasileiro, estão descritos o mecanismo de ação e o efeito clínico dos antidiabéticos orais (Tabela 2). Também se encontram descritas as abordagens para o tratamento das principais complicações do diabetes mellitus e as peculiaridades dos agentes anti-hipertensivos utilizados no paciente diabético³⁸.

Tabela 2 – Medicamentos antidiabéticos: mecanismo de ação e efeito clínico.

Medicamentos	Mecanismo de Ação	Redução da Glicemia de Jejum (mg/dl)	Redução da Glico-Hemoglobina (%)	Efeito sobre o Peso Corporal
Sulfoniluréias, Glinidas	Aumento da secreção de insulina	60 - 70	1,5 – 2,0	Aumento
Metformina	Aumento da sensibilidade à insulina principalmente no fígado	60 - 70	1,5 – 2,0	Diminuição
Acarbose	Retardo da absorção de carboidratos	20 - 30	0,7 – 1,0	Sem efeito
Tiazolidinedionas	Aumento da sensibilidade à insulina no músculo	35 - 40	1,0 – 1,2	Aumento

Fonte: Prefeitura do Município de Londrina³⁸

Para o tratamento medicamentoso das dislipidemias, o protocolo cita os seguintes medicamentos: estatinas, colestiramina, fibratos, ácido nicotínico e ômega-3, além dos fármacos adjuvantes na prevenção da aterosclerose clínica:

ácido acetil salicílico (AAS), inibidores da enzima de conversão da angiotensina (IECA) e betabloqueadores³⁸.

A Tabela 3 descreve a evolução da população de Londrina num período de 40 anos, de 1960 a 2000³⁷ e mostra que a cidade acompanha a transição demográfica que ocorre em capitais brasileiras²².

Pode-se observar que nas idades de 0 a 29 anos os percentuais diminuíram no sexo masculino e no feminino. Na faixa etária dos 30 anos até 70 anos ou mais, houve aumento dos percentuais de ambos os sexos, sendo os números mais expressivos na população feminina³⁷.

Tabela 3 – Evolução da população do município de Londrina, por faixa etária e sexo – 1960, 1980 e 2000.

FAIXAS ETÁRIAS	ANO											
	1960				1980				2000			
	Mascu- lino	%	Femi- nino	%	Mascu- lino	%	Femi- nino	%	Mascu- lino	%	Femi- nino	%
0 a 9 anos	20 249	15,14	19 337	14,46	35 623	11,81	34 831	11,54	38 734	8,66	37 273	8,34
10 a 19 anos	15 306	11,44	15 781	11,80	34 754	11,52	35 996	11,93	42 005	9,40	41 545	9,29
20 a 29 anos	13 000	9,72	12 193	9,12	26 832	8,89	30 244	10,02	37 887	8,47	39 986	8,94
30 a 39 anos	8 437	6,31	7 582	5,67	19 041	6,31	20 301	6,73	33 863	7,57	38 292	8,57
40 a 49 anos	5 885	4,40	5 020	3,75	14 591	4,89	14 260	4,73	26 651	5,96	30 916	6,92
50 a 59 anos	3 462	2,59	2 778	2,08	9 576	3,17	9 152	3,03	17 775	3,98	20 358	4,55
60 a 69 anos	1 910	1,43	1 399	1,05	5 287	1,75	5 374	1,78	11 362	2,54	13 093	2,93
70 anos e mais	676	0,51	582	0,44	2 844	0,94	2 861	0,95	7 539	1,69	9 786	2,19
Idade Ignorada	55	0,04	87	0,07	74	0,02	70	0,02	-	-	-	-
Total	68 980	51,58	64 759	48,42	148 622	49,26	153 089	50,74	215 816	48,27	231 249	51,73

Fonte: IBGE - Censos Demográficos 1960, 1980 e 2000

http://home.londrina.pr.gov.br/planejamento/perfil/perfil_2007.pdf

As mudanças epidemiológicas também são evidentes quando se observa os dados sobre mortalidade em Londrina. As doenças do aparelho circulatório ocuparam, consecutivamente, o primeiro lugar como causa de morte no município num período de 11 anos, de 1996 a 2006. A mortalidade proporcional por causas em todas as idades medida no ano de 2005 está representada na Figura 1. As doenças do aparelho circulatório representaram a primeira causa de morte em Londrina, responsáveis por 30,9% dos óbitos³⁷.

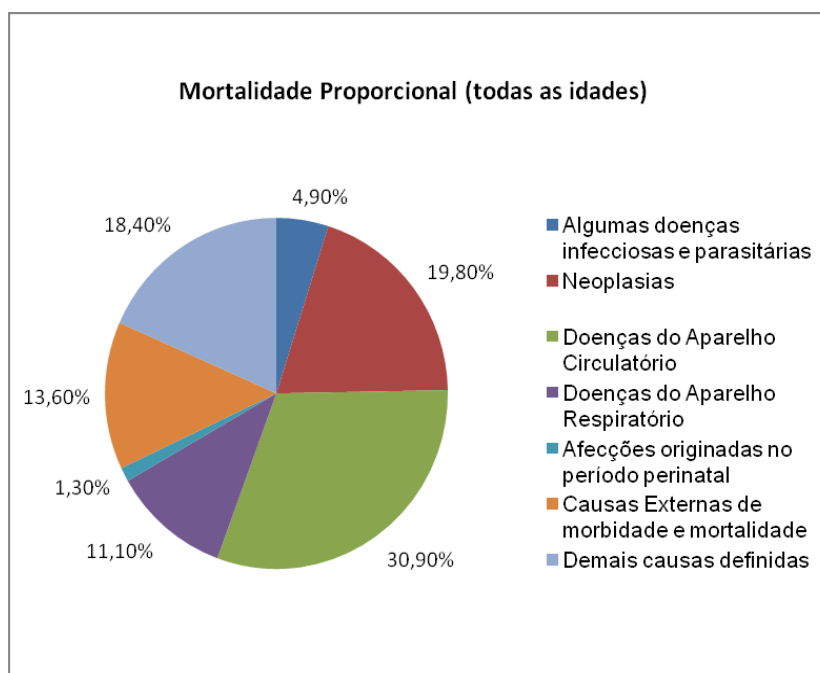


Figura 1 – Mortalidade proporcional por causas, Londrina, PR, 2005.

Fonte: SIM – Sistema de Informação sobre Mortalidade, 2005.

Neste contexto, os Estudos de Utilização de Medicamentos (EUM) são recomendados pela OMS, particularmente para países em desenvolvimento, constituindo-se numa importante abordagem dos problemas relacionados a medicamentos²⁵.

Os requisitos para que os medicamentos sejam utilizados de forma racional são complexos e envolvem uma série de eventos dos quais participam diversos atores sociais: pacientes, profissionais de saúde, legisladores, formuladores de políticas públicas, indústria, comércio e governo. Dessa forma, chama-se a atenção para a importância de se estudar as diversas variáveis que influenciam na utilização de medicamentos³⁹. O conhecimento das características dos usuários de medicamentos de uma população e a análise de como são utilizados os medicamentos representam um passo indispensável para que estratégias de intervenção sejam traçadas.

Neste estudo, em se tratando de indivíduos que consumiam medicamentos cardiovasculares e antidiabéticos e que, em sua maioria, dependiam do SUS para o tratamento de suas enfermidades, partiu-se da hipótese de ocorrência de uso irregular desses medicamentos em razão das dificuldades reconhecidamente

encontradas por esses usuários. Entre estas, as evidentes desvantagens socioeconômicas apresentadas pelo grupo estudado, a prática incipiente da atenção farmacêutica prestada, o desabastecimento de medicamentos essenciais na rede de atenção primária à saúde, as dificuldades de aquisição de medicamentos de grupos farmacológicos alternativos para o tratamento da hipertensão arterial e do diabetes mellitus (como os bloqueadores do receptor da angiotensina – BRA), além da necessidade de uso simultâneo de várias drogas para o tratamento das enfermidades cardiovasculares e do diabetes mellitus, geralmente designada polifarmácia.

Conforme relataram Jesus et al (2008) os motivos para interrupção do tratamento medicamentoso da hipertensão arterial não devem ser avaliados isoladamente e apontaram haver influência da renda e da falta de orientação quanto ao uso dos medicamentos como determinantes para o uso irregular⁴⁰.

Em relação à utilização de várias drogas, o termo polifarmácia, conforme relatado por Aronson (2004) costuma ser utilizado pejorativamente indicando o emprego de várias drogas de forma inapropriada. No entanto, o autor lembra que quando se trata de polifarmácia é importante qualificá-la em inapropriada ou apropriada, referindo-se ao fato de que a polifarmácia pode ser necessária para o sucesso do tratamento medicamentoso, como tem se observado em muitos casos de diabetes mellitus⁴¹.

Os estudos europeus definem a polifarmácia em termos quantitativos utilizando, para isso, classificações variadas⁴². Como não existe consenso quanto ao número de medicamentos que caracterizam a polifarmácia, alguns estudos partem da utilização de três ou mais medicamentos⁴³⁻⁴⁴, ou do uso de quatro ou mais medicamentos conforme valor adotado pelo Reino Unido⁴⁵, ou, ainda, a categorização em polifarmácia menor (duas a três drogas), polifarmácia moderada (quatro a cinco drogas) e polifarmácia maior (mais de cinco drogas)⁴⁶. Rollason e Vogt (2003) também verificaram que a polifarmácia tem sido conceituada de várias formas e sugeriram que uma definição apropriada pode ser adotada de acordo com a população estudada e com o local do estudo⁴⁷.

Embora a polifarmácia possa ser responsável por complicações da terapia especialmente em idosos, ou pelo aumento dos custos⁴⁷, pela não aderência à terapia medicamentosa, devido aos efeitos adversos e às interações medicamentosas, muitas vezes, sua prática parece ser inevitável em razão do

envelhecimento populacional e das comorbidades adquiridas ao longo da vida⁴⁸. Uma das medidas para se evitar danos decorrentes do uso de várias drogas é que suas prescrições sejam feitas quando apropriadas e, caso contrário, sejam evitadas, além de se conhecer sobre a farmacologia dos componentes indicados⁴¹.

Baseado nestas perspectivas e a par das urgências que envolvem o tratamento das doenças crônicas, percebe-se a importância de se buscar maior conhecimento sobre a população usuária de medicamentos cardiovasculares e antidiabéticos na rede de atenção primária à saúde. Além disso, a avaliação das condições de saúde bucal complementa a caracterização destes usuários e possibilita prever a existência de fatores bucais que podem influenciar no curso das doenças cardiovasculares e do diabetes mellitus.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

A principal bibliografia na qual se baseia esta pesquisa são os Estudos de Utilização de Medicamentos (EUM). A OMS define a utilização de medicamentos como: “a comercialização, distribuição, prescrição e uso de medicamentos em uma sociedade, com ênfase especial sobre as conseqüências médicas, sociais e econômicas resultantes³”.

Diversos fatores podem contribuir para o aumento da demanda por medicamentos por indivíduos ou populações. Independentemente da cultura, da história, da posição social ou econômica do indivíduo, a busca por medicamentos está associada ao contexto do processo saúde-doença. Alguns exemplos que podem ser citados são as novidades terapêuticas que exercem forte atração ao consumo, a grande variedade de medicamentos ofertados e o poderoso marketing das indústrias farmacêuticas, assim como o direito inalienável do médico em prescrever³⁹.

Os EUM surgiram na década de 70 com várias propostas de investigação, todas focadas em promover o URM, pela avaliação contínua dos medicamentos e da qualidade da assistência prestada, baseada numa abordagem epidemiológica, denominada farmacoepidemiologia. Algumas das linhas de investigação propostas pelos EUM que mais fortemente permeiam este estudo são:

- ✓ Como se desenvolve a terapêutica nas várias esferas da assistência; como se efetiva a demanda; as possibilidades de ocorrência de abuso, mau uso, subuso, uso incorreto de medicamentos no cumprimento de regimes terapêuticos³⁹;
- ✓ Desenvolvimento e efetivação de programas educacionais e informativos para promover o URM³⁹.

Em 1992 a OMS publicou a primeira edição do manual denominado “Como Investigar o Uso de Medicamentos nas Comunidades”. Este manual é lembrado, pelos próprios organizadores, como um livro pequeno, mas de grande valor, que foi reimpresso oito vezes⁴⁹.

Após um período de doze anos, em 2004, foi publicado o manual “Como Investigar o Uso de Medicamentos por Consumidores”. Este manual representa um guia prático de métodos que podem ser usados para investigar a utilização de

medicamentos pelos consumidores para identificar problemas, organizar intervenções e avaliar as mudanças obtidas⁴⁹.

Vários fatores podem influenciar na utilização de medicamentos pelos consumidores. O comportamento individual de consumo de medicamentos está associado a fatores ambientais que, juntos, determinam as condições de uso. Há diferentes variáveis que podem atuar como determinantes no consumo de medicamentos: → o conceito adquirido e a importância dada ao medicamento pelo consumidor, incluindo aspectos educacionais e econômicos; → o nível comunitário, relacionado ao contexto da saúde vivenciado pelo paciente e seus familiares, interligado aos aspectos culturais, das fontes de informação sobre medicamentos e o suprimento pela rede de abastecimento da comunidade; → o nível referente às instituições de saúde, que determina o acesso aos serviços, assim como a qualidade dos serviços prestados; → e, ainda, os níveis nacionais e internacionais, resultantes das políticas de medicamentos, da influência da mídia, do sistema judiciário, e da educação da população destinada aos conhecimentos sobre saúde⁴⁹.

Esta pesquisa está relacionada principalmente aos determinantes educacionais e econômicos, permeados por influências da organização dos serviços de saúde local, assim como na desigualdade de distribuição de renda na população brasileira que, sem dúvida, constitui-se num importante objeto de estudo.

O manual da OMS descreve vários métodos para realização destes estudos, dentre os quais as entrevistas semi-estruturadas ou estruturadas, que permitem coletar dados sobre os tipos de medicamentos disponíveis, as informações recebidas para o uso e as idéias sobre o uso correto dos medicamentos⁴⁹.

Uma síntese realizada sobre os artigos publicados sobre os EUM no Brasil revelou que a maior parte dos estudos desenvolvidos utilizou métodos quantitativos, com o objetivo de verificar o perfil da utilização de medicamentos e a prevalência de consumo. Mesmo destacando a importância dos EUM desenvolvidos foram poucas as sugestões dos autores dos estudos analisados para ações práticas e concretas que promovam o uso racional de medicamentos⁵⁰⁻⁵¹⁻⁵².

Uma relação de dez recomendações para melhorar a qualidade do uso de medicamentos em países em desenvolvimento enfatiza o estímulo à interação entre profissionais da saúde e consumidores para troca de informações e conhecimentos sobre o uso adequado de medicamentos⁵³.

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

Caracterizar os usuários de medicamentos cardiovasculares e antidiabéticos da Unidade Básica de Saúde (UBS) Centro Social Urbano (CSU).

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Caracterizar a adesão ao tratamento não medicamentoso das doenças cardiovasculares e do diabetes mellitus;
- Identificar os medicamentos cardiovasculares e antidiabéticos utilizados pelos pacientes da UBS;
- Conhecer as formas de aquisição dos medicamentos cardiovasculares e antidiabéticos;
- Identificar os medicamentos de outros grupos farmacológicos utilizados pela população estudada;
- Estimar a frequência e os fatores associados ao uso irregular de medicamentos cardiovasculares e antidiabéticos;
- Conhecer as principais referências dos pacientes quanto aos efeitos colaterais dos medicamentos cardiovasculares e antidiabéticos;
- Analisar as condições de saúde bucal e os fatores associados ao risco periodontal entre pacientes que utilizam medicamentos cardiovasculares e antidiabéticos.

4 METODOLOGIA

4.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO

Estudo transversal analítico.

4.2 LOCAL DE ESTUDO

O município de Londrina situa-se na região sul do Brasil, ao norte do estado do Paraná e possui uma população estimada em 505.184 habitantes²³.

Londrina está na modalidade de Gestão Plena do Sistema de Saúde e gere os recursos do Fundo Municipal de Saúde, responsável pela execução de ações na atenção primária à saúde, assim como pelas ações nos níveis de atenção de média e alta complexidade. A atenção primária à saúde no município está estruturada conforme a estratégia de Saúde da Família distribuída em 52 UBS, 39 na zona urbana e 13 na zona rural⁵⁴.

Conforme a divisão administrativa estabelecida na saúde do estado do Paraná, Londrina sedia a 17^a Regional de Saúde (Figura 2). A Figura 3 mostra os demais municípios da área de abrangência da 17^a Regional de Saúde (Figura 3*).

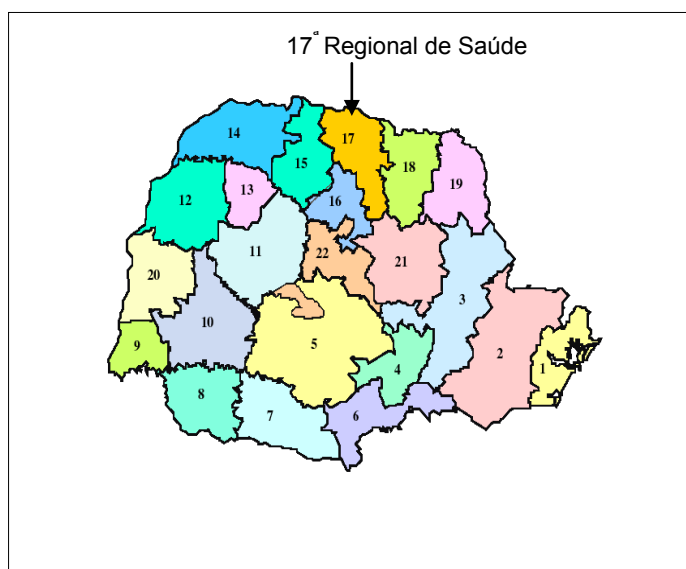


Figura 2 – Mapa do Paraná dividido em Regionais de Saúde.

Fonte: <http://200.189.113.52/ftp/Mapas/Regionais.pdf>



Figura 3 – Mapa dos municípios de área de abrangência da 17^a Regional de Saúde.

Fonte: <http://200.189.113.52/mapas/mapa-17rs.jpg>

*Não está representado no mapa o município de Assaí incorporado à 17^a Regional de Saúde no ano de 2007.

A UBS escolhida como local deste estudo foi o Centro Social Urbano (CSU), ou unidade básica de saúde “Dr. Ody Silveira” inaugurada no ano de 1979 na região central de Londrina, no bairro Vila Portuguesa. A Unidade fornece atendimento à saúde da população de 20 bairros, dois conjuntos habitacionais e uma favela⁵⁵.

A população estimada da área de abrangência do CSU no ano de 2007 era de 9.761 habitantes, com aproximadamente 6.673 pessoas (68,4%) com idade acima de 18 anos⁵⁶. Entre os fatores considerados para escolha do CSU como local de estudo estão: a heterogeneidade da população usuária do CSU que representa a diversidade dos habitantes do município de Londrina, onde vivem pessoas de diferentes classes sociais; a unidade está situada numa região de alta concentração populacional e econômica com 27.511 domicílios particulares permanentes e que concentra cerca de 6.930 empregos; a alta densidade demográfica da área, como mostra o código C3 (Figura 4)⁵⁷; o CSU é a unidade de saúde da região central que recebe a maior cota quinzenal de medicamentos cardiovasculares e antidiabéticos, em torno de 59.000 comprimidos, e ocupa a quinta posição no recebimento destes medicamentos entre todas as Unidades do município de Londrina (dados referentes ao mês de junho de 2008)⁵⁸; a estrutura organizacional da farmácia do CSU conta com uma sala destinada ao armazenamento e dispensação dos medicamentos; e a utilização de fichas de aprazamento que mantêm o cadastro de pacientes que recebem medicações de uso contínuo facilita o acesso aos dados do paciente que retira medicamentos cardiovasculares e antidiabéticos no CSU.

Além dos aspectos destacados, a receptividade da coordenação do CSU em sediar o estudo, acreditando na sua importância para o serviço e para os pacientes, também foi motivo para escolha.

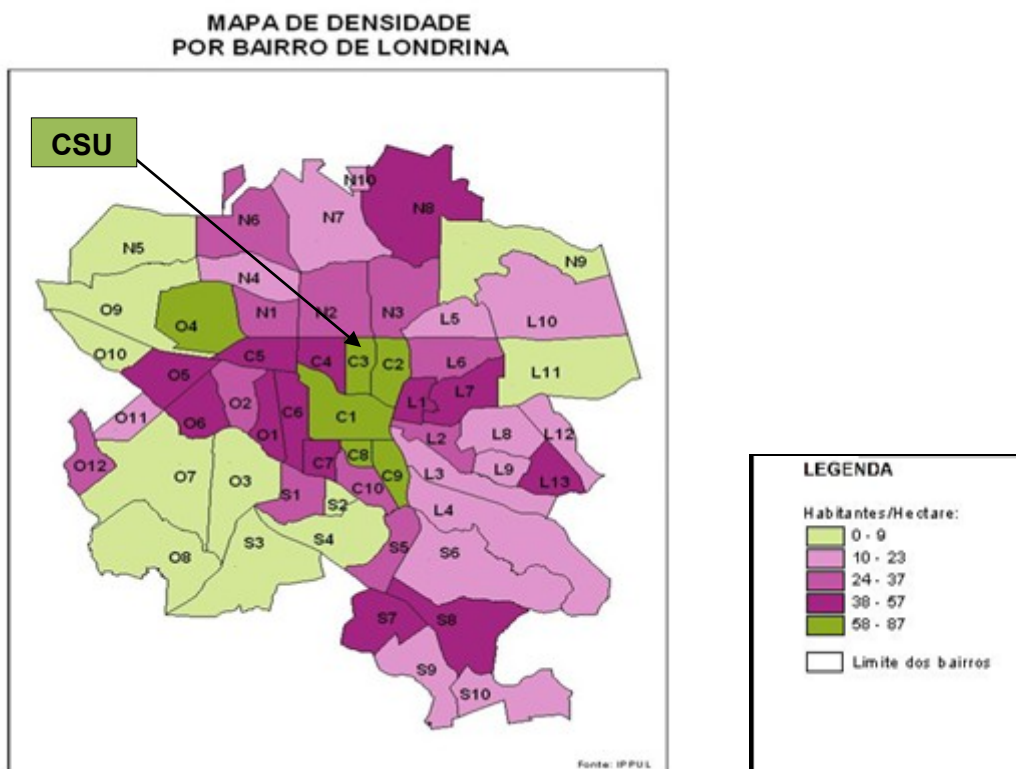


Figura 4 - Mapa da cidade de Londrina – PR dividido por bairros e suas respectivas densidades demográficas. Indicação do bairro onde se situa a unidade básica de saúde CSU: código C3.

Fonte: http://home.londrina.pr.gov.br/plano_diretor/apresentacao_produto_04.pps#343,11, Slide 11

A unidade conta com duas equipes do Programa Saúde da Família (PSF) e com cinco Agentes Comunitários de Saúde (ACS). O horário de funcionamento é das 7h00 às 19h00, de segunda à sexta-feira. O atendimento é feito pela equipe composta de enfermeiras, médico clínico geral, pediatra, ginecologista e dentista. No CSU não há PSF Saúde Bucal para oferecer atendimento integral à população. O tratamento odontológico é destinado apenas à população menor de 14 anos e às gestantes⁵⁶.

4.3 POPULAÇÃO DE ESTUDO E AMOSTRAGEM

A população de estudo foi composta por pacientes maiores de 18 anos de idade que receberam medicamentos cardiovasculares e/ou antidiabéticos no CSU.

O cálculo da amostra foi realizado no programa OpenEpi que representa uma extensão do programa Epi Info versão 6.04 para cálculos estatísticos em Saúde Pública⁵⁹.

Para o cálculo do tamanho da amostra foram considerados os seguintes parâmetros: erro tolerável de amostragem de 4,0%, frequência ou prevalência de uso irregular de medicamentos cardiovasculares e antidiabéticos e de doença periodontal estimadas em 20% e intervalo de confiança de 95%. A população com idade superior a 18 anos da área de abrangência do CSU utilizada no cálculo foi de 6.673 indivíduos, referente aos residentes no ano de 2007⁶⁰. O resultado da amostra obtida foi de 364 indivíduos, acrescido em 20% como valor estimado de perdas, resultando numa amostra de 437 pacientes.

O período considerado para a amostragem foi de 13 de abril a seis de maio de 2009. Neste período, todas as pessoas que retiraram medicamentos cardiovasculares e/ou antidiabéticos no CSU foram incluídas na amostra, até que se atingissem os 437 indivíduos para a realização do estudo.

Foram excluídos do estudo os indivíduos menores de 18 anos de idade, as gestantes e aqueles que participaram do estudo piloto. Nas residências onde havia mais de um paciente que recebeu medicamentos cardiovasculares e/ou antidiabéticos, apenas um era entrevistado após realização de sorteio.

4.4 ESTUDO PILOTO

O estudo piloto foi realizado pela pesquisadora principal, em novembro de 2008, com 20 pacientes que retiraram medicamentos cardiovasculares e/ou antidiabéticos no próprio CSU. Esta etapa da pesquisa possibilitou a readequação de algumas questões do formulário de coleta de dados, assim como a verificação da logística de dispensação de medicamentos nesta Unidade. Com isso, pôde-se planejar como registrar os pacientes a serem entrevistados e explicar aos funcionários do CSU envolvidos na dispensação de que maneira realizar esse registro.

4.5 METODOLOGIA DA COLETA DE DADOS

Os dados foram coletados através de entrevistas com formulário composto por questões estruturadas, semi-estruturadas e abertas (Apêndice A), respondidas pelos próprios pacientes e/ou pelo cuidador. Os entrevistadores foram, além da pesquisadora principal, dois estudantes do terceiro ano de medicina da Universidade

Estadual de Londrina (UEL) e duas mestrandas em Saúde Coletiva da UEL, todos devidamente treinados pela pesquisadora principal. O treinamento envolveu explicação detalhada sobre os objetivos da pesquisa, sobre as questões do formulário de coleta de dados e sobre a necessidade de realização de sorteio entre pacientes moradores de uma mesma residência. Um manual de instruções sobre como proceder à coleta de dados foi entregue aos entrevistadores (Apêndice C).

A coleta de dados iniciou-se no dia 13 de abril de 2009 e estendeu-se até setembro de 2009. As entrevistas ocorreram na própria UBS no momento de retirada dos medicamentos cardiovasculares e/ou antidiabéticos ou, posteriormente, na residência ou no local de trabalho do paciente. O contato com o usuário era feito por telefone, quando existente, diretamente no endereço ou através do ACS. Nos casos onde houve dificuldade de acesso devido a endereços mal cadastrados ou inexistentes, como em favelas, ou em ambientes violentos que oferecessem risco aos entrevistadores, contou-se com o apoio dos ACS.

Algumas medidas foram tomadas para se evitar perdas: a realização de até cinco visitas em horários e dias diferentes; a entrevista de pacientes que não moravam na área de abrangência do CSU, mas que retiraram medicamentos nesta Unidade; e busca pelo endereço atualizado daqueles que haviam se mudado. As perdas integraram os casos onde houve recusa em participar da pesquisa, ou após cinco visitas em horários e dias alternados, ou por motivo de mudanças de endereço que não puderam ser atualizados e nos casos de falecimentos.

4.6 VARIÁVEIS DE ESTUDO

4.6.1 VARIÁVEIS INDEPENDENTES

As variáveis independentes foram subdivididas em variáveis socioeconômicas e demográficas, variáveis relacionadas à saúde e ao estilo de vida, à saúde bucal, referentes ao conhecimento dos pacientes sobre o tratamento medicamentoso e variáveis ligadas à utilização dos serviços de saúde.

4.6.1.1 VARIÁVEIS SOCIOECONÔMICAS E DEMOGRÁFICAS

- Sexo

- ✓ Feminino;
- ✓ Masculino.

- Idade

Para caracterização a idade foi considerada em anos e estratificada nas seguintes faixas etárias:

- ✓ 18 a 45 anos;
- ✓ 46 a 59 anos;
- ✓ 60 ou mais anos de idade.

Para análise da associação entre as variáveis definiu-se o grupo de não idosos (até 59 anos) e o grupo de idosos (60 anos ou mais).

- Escolaridade

Foram considerados os anos completos de estudo divididos da seguinte forma:

- ✓ Nenhum (sem escolaridade);
- ✓ 1 a 4 anos de estudo;
- ✓ 5 a 8 anos de estudo;
- ✓ 9 ou mais anos de estudo;

Para análise de associação entre as variáveis estratificou-se em: nenhum estudo, de um a quatro anos de estudo e cinco ou mais anos de estudo.

- Situação conjugal

- ✓ Solteiro;
- ✓ Casado (formal e informal);
- ✓ Separado/Divorciado;

- ✓ Viúvo.

Para a verificação de associações com outras variáveis foram definidos dois grupos: casados (vivem com companheiro formalmente ou não) e não casados (vivem sem companheiro).

- Trabalho remunerado

- ✓ Sim;
- ✓ Não.

Os indivíduos aposentados foram considerados como não realizam trabalho remunerado.

- Classe Econômica (Classe de Consumo)

Para esta classificação os dados foram ordenados segundo o Critério de Classificação Econômica Brasil (CCEB) da Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (ABEP)⁶¹. Esse instrumento (item B5 do Apêndice 1) estima o poder de compra e a classificação econômica dos entrevistados, divididos em classes A até E.

- ✓ Classe A1: 42 a 46 pontos;
- ✓ Classe A2: 35 a 41 pontos;
- ✓ Classe B1: 29 a 34 pontos;
- ✓ Classe B2: 23 a 28 pontos;
- ✓ Classe C1: 18 a 22 pontos;
- ✓ Classe C2: 14 a 17 pontos;
- ✓ Classe D: 8 a 13 pontos;
- ✓ Classe E: 0 a 7 pontos.

Para o estudo das associações com outras variáveis as classes foram categorizadas em classe A2/B1/B2/C1/C2 e classe D/E, conforme a distribuição encontrada na análise.

4.6.1.2 VARIÁVEIS RELACIONADAS À SAÚDE E AO ESTILO DE VIDA

- Doenças auto-referidas

As informações sobre as doenças foram categorizadas em respostas sim, não e não sabe informar. Para análise posterior foram consideradas não as respostas negativas, assim como aquelas em que os entrevistados não souberem responder sobre sua condição. As enfermidades questionadas foram:

- ✓ Diabetes Mellitus;
- ✓ Hipertensão Arterial;
- ✓ Insuficiência Cardíaca;
- ✓ Depressão;
- ✓ Asma/Bronquite/Enfisema;
- ✓ Infarto Agudo do Miocárdio;
- ✓ Acidente Vascular Cerebral;
- ✓ Hipercolesterolemia.

- Tabagismo

O tabagismo foi dividido da seguinte forma:

- ✓ Fumante;
- ✓ Ex-fumante há seis meses;
- ✓ Ex-fumante há mais de seis meses;
- ✓ Nunca fumou.

Para análise entre variáveis o tabagismo foi categorizado em: fumante, ex-fumante e nunca fumou.

- Dieta

Para verificação da dieta dos entrevistados fez-se uma questão semi-estruturada que permitiu identificar suas principais características.

- ✓ Sim;

- ✓ Não.

- ✓ Os principais hábitos alimentares que influenciam no controle das doenças cardiovasculares e do diabetes mellitus foram categorizados em:

- Dieta hipocalórica;
- Restrição de sal;
- Restrição de açúcar;
- Dieta gordurosa;
- Nenhuma dieta;
- Outra.

- Atividade física regular

Considerou-se prática regular de atividade física qualquer exercício monitorado ou não realizado ao menos três vezes por semana, por aproximadamente 30 minutos, como preconizado pela Sociedade Americana de Cardiologia⁶².

- ✓ Sim;

- ✓ Não.

- Consumo de bebidas alcoólicas

A ingestão de bebidas alcoólicas foi considerada quanto ao número de dias da semana que se bebe, independente do volume ingerido.

- ✓ Nunca bebe;

- ✓ Bebe de 1 a 2 dias na semana;
- ✓ Bebe de 3 a 6 dias na semana;
- ✓ Bebe diariamente;
- ✓ Bebe eventualmente.

Posteriormente, para análise entre variáveis, o consumo de bebidas alcoólicas foi categorizado em: consome de um a sete dias na semana (bebe de um a dois dias na semana, de três a seis dias na semana ou bebe diariamente) e consumo eventual ou não consumo de bebidas alcoólicas (bebe eventualmente ou nunca bebe).

- Internação hospitalar prévia

Foram registradas como ocorrência de internação hospitalar aquelas que aconteceram nos últimos doze meses da data da entrevista, por qualquer causa.

- ✓ Sim;
- ✓ Não.

4.6.1.3 VARIÁVEIS RELACIONADAS À SAÚDE BUCAL

- Uso de prótese dentária

Questionou-se a utilização de algum tipo de prótese dentária nos arcos superior ou inferior categorizadas em:

- ✓ Pivô ou coroa;
- ✓ Ponte móvel ou fixa;
- ✓ Prótese total superior e inferior;
- ✓ Prótese total superior ou inferior.

- Frequência de escovação

Anotou-se o número de vezes ao dia em que o paciente escovava os dentes ou a prótese total. Para análise de associação entre variáveis categorizou-se em menos de três vezes ao dia e em três ou mais vezes ao dia.

- Utilização do fio ou fita dental

Foram registradas quantas vezes ao dia ou na semana o paciente utilizava o fio ou a fita dental. O uso de linha não foi considerado como resposta afirmativa, e os portadores de prótese total superior e inferior foram excluídos desta análise.

- Dor nos dentes

Foi considerada a presença de sensação dolorosa contínua ou esporádica em um ou mais dentes.

- ✓ Sim;

- ✓ Não.

- Sangramento gengival

Foi considerada resposta afirmativa quando o paciente referia ter sangramento gengival regularmente, de forma espontânea ou freqüentemente associada ao uso do fio ou da escova dental.

- ✓ Sim;

- ✓ Não.

- Mobilidade dental

A resposta foi afirmativa nos casos com um ou mais dentes com mobilidade.

- ✓ Sim;

- ✓ Não.

- Dentes perdidos

Para identificar e quantificar a perda de elementos dentais foi perguntado o número de dentes perdidos, assim estratificado:

- ✓ Nenhum;
- ✓ De 1 a 3 dentes perdidos;
- ✓ De 4 a 9 dentes perdidos;
- ✓ Mais de 10 dentes perdidos;
- ✓ Todos perdidos.

Para associação entre as variáveis o número de dentes perdidos foi dividido em de zero a três, de quatro a nove e mais de 10 dentes perdidos.

4.6.1.4 VARIÁVEL SOBRE O CONHECIMENTO DO TRATAMENTO MEDICAMENTOSO

- Duração do tratamento da hipertensão arterial ou doença cardiovascular e do diabetes mellitus.

- ✓ Foi questionado qual o tempo de duração do tratamento da hipertensão arterial/doença cardiovascular e do diabetes mellitus.

As respostas foram categorizadas em:

- ✓ Menos de um ano;
- ✓ De um a cinco anos;
- ✓ Por toda a vida;
- ✓ Não sabe.

Posteriormente, para análise da associação entre variáveis fez-se a recategorização em: sabe o tempo de tratamento (por toda a vida) e não sabe o tempo de tratamento (menos de um ano, de um a cinco anos e não sabe).

- Acesso à informação via Internet

Esta variável foi obtida questionando-se o acesso à Internet pelos pacientes entrevistados. As respostas sim incluíam acesso residencial ou em outro local,

seguidas pelo questionamento sobre o uso deste meio para a busca de informações sobre saúde.

- ✓ Sim;
- ✓ Não.

4.6.1.5 VARIÁVEIS RELACIONADAS À UTILIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE

- Acesso a plano de saúde particular

- ✓ Sim;
- ✓ Não.

- Data da última visita domiciliar da equipe do PSF

- ✓ Há seis meses;
- ✓ De seis meses a um ano;
- ✓ Há mais de um ano;
- ✓ Não recebeu visita.

Posteriormente, para que se verificasse a associação com outras variáveis, categorizou-se em: de seis meses a um ano, há mais de um ano e não recebeu visita do PSF.

- Data da última consulta médica

A data da última consulta médica abrangeu as consultas realizadas na UBS ou em outro serviço de saúde, divididas nas categorias:

- ✓ Há 6 meses;
- ✓ De 6 meses a 1 ano;
- ✓ Há mais de 1 ano.

4.6.1.6 Variáveis relacionadas à utilização de medicamentos

- Medicamentos utilizados

✓ Foram registrados os medicamentos cardiovasculares e antidiabéticos referidos pelos entrevistados, assim como medicamentos de outros grupos farmacológicos. Sempre que possível foi solicitado ao entrevistado que mostrasse a cartela do medicamento. Caso não houvesse uma cartela do medicamento no momento da entrevista e o paciente não soubesse informar o nome correto, era realizado contato telefônico posterior para obtenção do nome do medicamento.

Foram considerados todos os medicamentos que não pertenciam ao grupo dos cardiovasculares ou dos antidiabéticos, inclusive colírios, vitaminas, fitoterápicos e medicamentos homeopáticos.

- Número de medicamentos utilizados

Para análise de associação entre variáveis o número de medicamentos cardiovasculares e antidiabéticos utilizados foi categorizado em: de um a dois medicamentos e de três a dez medicamentos. Foram considerados apenas os medicamentos do grupo dos cardiovasculares, dos antidiabéticos e do grupo dos antitrombóticos.

- Local de aquisição dos medicamentos cardiovasculares e antidiabéticos

Quanto ao local de aquisição do medicamento do grupo dos cardiovasculares e antidiabéticos foi assim relacionado:

- ✓ Unidade Básica de Saúde;
- ✓ Unidade Básica de Saúde e Farmácia comercial;
- ✓ Farmácia comercial;
- ✓ Farmácia Popular;
- ✓ Regional de Saúde ou Villa da Saúde;
- ✓ Outro local;

- Efeito colateral do medicamento

Em caso de resposta afirmativa o formulário contou com alguns dos efeitos mais comumente observados com o uso destas medicações:

- Inchaço;
- Diarréia;
- Câimbra;
- Cefaléia;
- Dor muscular;
- Insônia;
- Poliúria;
- Boca seca;
- Tosse seca;
- Outros.

- Motivos para uso irregular do medicamento

Os motivos pelos quais o paciente não tomava o medicamento foram categorizados como a seguir (foi possível a escolha de mais de uma opção):

- ✓ Esquece de tomar;
- ✓ Só toma quando se sente mal;
- ✓ Prefere não tomar por causa dos efeitos colaterais;
- ✓ Não quer tomar medicamentos todos os dias;
- ✓ O medicamento não estava disponível na UBS;
- ✓ Não pôde comprar;
- ✓ Quando ingere bebidas alcoólicas não toma;
- ✓ Pula uma tomada porque acha que não precisa;
- ✓ Outra razão.

4.6.2 VARIÁVEIS DEPENDENTES

4.6.2.1 USO IRREGULAR DE MEDICAMENTOS CARDIOVASCULARES E ANTIDIABÉTICOS

- Regularidade no uso de medicamentos cardiovasculares e antidiabéticos

Quanto à regularidade com que o paciente tomava o medicamento, constavam no formulário as seguintes respostas:

- ✓ Diariamente no horário correto;
- ✓ Diariamente em horários diferentes;
- ✓ Esquece algumas vezes;
- ✓ Esquece muitas vezes;
- ✓ Não toma o medicamento prescrito.

Foi considerado uso irregular de medicamentos cardiovasculares e antidiabéticos quando houve as seguintes respostas: esquece algumas vezes, esquece muitas vezes ou não toma o medicamento prescrito.

4.6.2.2 RISCO PERIODONTAL

A situação de risco periodontal foi considerada presente nos casos em que o paciente referia ter sangramento gengival e/ou perceber um ou mais dentes com mobilidade.

4.7 ANÁLISE ESTATÍSTICA

Os dados obtidos foram duplamente digitados em banco de dados criado no programa Epi Info versão 3.5.1 para Windows e comparados através do programa Data Compare (Epi Info). O banco final para análise dos dados foi obtido após a correção dos campos necessários.

As características da população estudada foram analisadas através da estatística descritiva com estratificação por sexo. As proporções foram comparadas

pelo teste de qui-quadrado e pelo teste exato de Fisher nos casos em que a frequência esperada era menor que 5.

A estatística analítica buscou valores associados à utilização irregular de medicamentos cardiovasculares e antidiabéticos. Para isso, utilizou-se a análise de regressão logística cujo modelo de análise multivariada foi obtido a partir dos resultados da análise bivariada com valores de p menor que 0,20.

Procedeu-se também à análise multivariada em relação ao risco periodontal com as variáveis que apresentaram p menor que 0,20.

Em todos os testes realizados foi adotado nível de significância de 95%, ou seja, considerados estatisticamente significantes valores de $p < 0,05$.

4.8 ASPECTOS ÉTICOS

Esta pesquisa foi autorizada pela Secretaria Municipal de Saúde de Londrina e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Londrina segundo o parecer nº 241/08 (Anexo A).

Anteriormente às entrevistas fez-se a leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice B) que foi assinado pelo entrevistador e pelo paciente em duas vias após o aceite em participar da pesquisa.

Após o conhecimento dos resultados do estudo e da defesa da dissertação, as principais conclusões serão expostas à UBS e será elaborada uma forma de passar aos pacientes da Unidade informações importantes sobre os resultados da pesquisa.

5 RESULTADOS

5.1 ANÁLISE DESCRITIVA DOS DADOS

5.1.1 CARACTERIZAÇÃO DA POPULAÇÃO ESTUDADA

Foram entrevistados 397 indivíduos entre os 437 amostrados para realização do estudo, sendo 260 (65,5%) mulheres e 137 (34,5%) homens. Ocorreram 40 perdas (10,9%) entre as quais houve nove recusas em participar da pesquisa, 22 indivíduos não encontrados, cinco não localizados em sua residência após cinco visitas, dois falecimentos e duas pessoas sem condições de responder às questões do estudo.

Entre os 437 indivíduos que receberam medicamentos cardiovasculares e antidiabéticos no CSU no período do estudo, 37 (8,5%) não residiam na área de abrangência da Unidade. Destes, 22 (5,0%) não tiveram seus novos endereços encontrados e por isso estão entre as perdas ocorridas na pesquisa.

A média de idade da população estudada foi de 63,9 anos e a mediana de 66 anos, sem diferença significativa entre os sexos com relação às faixas etárias (Tabela 4).

As variáveis escolaridade, situação conjugal, classe econômica e trabalho remunerado apresentaram diferença estatisticamente significativa entre os sexos. As mulheres apresentaram menor grau de escolaridade que os homens, houve um maior número de mulheres que vivem sem companheiro, que são pertencentes à classe econômica baixa (D/E) e que exercem menos trabalho remunerado em relação aos homens (Tabela 4).

Tabela 4 – Distribuição dos usuários de medicamentos cardiovasculares e antidiabéticos referente às variáveis socioeconômicas e demográficas em relação ao sexo, Londrina, PR, 2009.

Variável	Sexo						Valor p
	Total		Feminino		Masculino		
	n	%	n	%	n	%	
Sexo	397	100,0	260	65,5	137	34,5	
Faixa etária							
18 a 45 anos	43	10,8	25	9,6	18	13,1	0,297
46 a 59 anos	91	22,9	56	21,5	35	25,5	
60 a 103 anos	263	66,2	179	68,8	84	61,3	
Escolaridade							
Nenhum	67	16,9	52	20,0	15	10,9	0,004
1 a 4 anos	177	44,6	122	46,9	55	40,1	
5 anos ou mais	153	38,5	86	33,1	67	48,9	
Situação conjugal							
Casados	203	51,1	102	39,2	101	73,3	<0,001
Não casados	194	48,9	158	60,8	36	26,3	
Classe econômica							
A2,B1,B2,C1 e C2	282	71,0	172	66,2	110	80,3	0,004
D e E (classe baixa)	115	29,0	88	33,8	27	19,7	
Trabalho remunerado							
Sim	124	31,2	65	25,0	59	43,1	<0,001
Não	273	68,8	195	75,0	78	56,9	
Acesso à Internet							
Sim	101	25,4	61	23,5	40	29,2	0,260
Não	296	74,6	199	76,5	97	70,8	

Em relação às morbidades auto-referidas, a hipertensão arterial esteve mais presente nos indivíduos do sexo feminino (91,2%), sendo que na amostra geral sua prevalência foi de 88,4%. O número de indivíduos que referiram ter hipertensão arterial e diabetes mellitus foi de 107 (27,0%) e não houve diferença significativa entre os sexos (Tabela 5).

Os indivíduos que não apresentavam hipertensão arterial nem diabetes mellitus foram 14 (3,5%). Entre estes 14 indivíduos as razões referidas para utilização de medicamentos cardiovasculares e antidiabéticos estão descritas na tabela 6.

A depressão acometeu mais as mulheres (30,0%), e em ambos os sexos sua prevalência foi de 24,4% (Tabela 5).

Tabela 5 - Distribuição dos usuários de medicamentos cardiovasculares e antidiabéticos de acordo com morbididades auto-referidas segundo sexo, Londrina, PR, 2009.

Variável	Sexo						Valor p
	Total		Feminino		Masculino		
	n	%	n	%	n	%	
Hipertensão arterial							
Sim	351	88,4	237	91,2	114	83,2	0,029
Não	46	11,6	23	8,8	23	16,8	
Diabetes mellitus							
Sim	139	35,0	87	33,5	52	38,0	0,434
Não	258	65,0	173	66,5	85	62,0	
Hipertensão arterial e Diabetes mellitus							
Sim	107	27,0	73	28,1	34	24,8	0,564
Não	290	73,0	187	71,9	103	75,2	
Asma/Bronquite/ Enfisema							
Sim	31	7,8	23	8,8	8	5,8	0,387
Não	366	92,2	237	91,2	129	94,2	
Insuficiência cardíaca							
Sim	43	10,8	29	11,2	14	10,2	0,908
Não	354	89,2	231	88,8	123	89,8	
Depressão							
Sim	97	24,4	78	30,0	19	13,9	<0,001
Não	300	75,6	182	70,0	118	86,1	
Infarto agudo do miocárdio							
Sim	22	5,6	12	4,7	10	7,3	0,409
Não	369	94,4	242	95,3	127	92,7	
Acidente vascular cerebral							
Sim	43	10,8	25	9,6	18	13,1	0,366
Não	354	89,2	235	90,4	119	86,9	
Hipercolesterolemia							
Sim	154	46,0	108	47,2	46	43,4	0,599
Não	181	54,0	121	52,8	60	56,6	

Tabela 6 – Motivos para utilização de medicamentos cardiovasculares e antidiabéticos em indivíduos que referiram não apresentar hipertensão arterial ou diabetes mellitus.

Motivos referidos	Medicamento (s) utilizado (s)	n = 14
Não sabe se tem hipertensão arterial	Captopril, hidroclorotiazida	5
Sofreu AVC*	AAS, captopril e hidroclorotiazida	2
Ovário policístico e perda de peso	Cloridrato de metformina	2
Prevenir diabetes mellitus	Cloridrato de metformina	2
Tratar hipercolesterolemia	Sinvastatina	2
Tratar ICC** e pós-infarto do miocárdio	Amiodarona, nitrato, clopidogrel e sinvastatina	1

*Acidente vascular cerebral.

**Insuficiência cardíaca crônica.

A distribuição da amostra segundo a utilização dos serviços de saúde não apresentou diferença significativa entre os sexos em nenhuma de suas variáveis (Tabela 7).

Tabela 7 – Distribuição dos usuários de medicamentos cardiovasculares e antidiabéticos segundo a utilização dos serviços de saúde de acordo com o sexo, Londrina, PR, 2009.

Variável	Sexo						Valor p
	Total		Feminino		Masculino		
	n	%	n	%	n	%	
Possui plano de saúde							
Sim	103	25,9	70	26,9	33	24,1	0,622
Não	294	74,1	190	73,1	104	75,9	
Última visita PSF							
De 6 meses a 1 ano	109	27,5	78	30,0	31	22,6	0,229
Há mais de 1 ano	55	13,9	37	14,2	18	13,1	
Não recebeu visita	233	58,7	145	55,8	88	64,2	
Data da última consulta médica							
Dia da entrevista até 6 meses	347	87,4	228	87,7	119	86,9	0,938
Há mais de 6 meses	50	12,6	32	12,3	18	13,1	
Internação no último ano							
Sim	75	18,9	43	16,5	32	23,5	0,120
Não	321	81,1	217	83,5	104	76,5	

O tabagismo, o consumo de bebidas alcoólicas, a prática regular de atividade física e a dieta apresentaram diferença significativa entre aos sexos. Os homens estiveram em maior número entre os ex-fumantes (53,3%), enquanto a maior parte das mulheres nunca havia fumado (65,8%). Entre os indivíduos do sexo masculino 31,4% referiram consumir bebidas alcoólicas de um a sete dias na semana, enquanto 90,0% das mulheres não consumiam ou o consumo era eventual. A prática de atividade física regular foi maior entre os homens (26,5%) do que entre as mulheres (17,3%). Quanto à dieta, 68,5% das mulheres seguiam algum tipo de restrição alimentar, enquanto nos homens este número foi de 52,2% (Tabela 8).

Tabela 8 – Distribuição dos usuários de medicamentos cardiovasculares e antidiabéticos quanto ao estilo de vida em relação ao sexo, Londrina, PR, 2009.

Variável	Sexo						Valor p
	Total		Feminino		Masculino		
	n	%	n	%	n	%	
Tabagismo							
Fumante	43	10,8	31	11,9	12	8,8	<0,001
Ex-fumante	131	33,0	58	22,3	73	53,3	
Nunca fumou	223	56,2	171	65,8	52	38,0	
Consumo de bebidas alcoólicas							
Consumo de 1 a 7 dias na semana	69	17,4	26	10,0	43	31,4	<0,001
Consumo eventual ou não consumo	328	82,6	234	90,0	94	68,6	
Atividade física regular*							
Sim	81	20,5	45	17,3	36	26,5	0,043
Não	315	79,5	215	82,7	100	73,5	
Dieta**							
Sim	249	62,9	178	68,5	71	52,2	0,002
Não	147	37,1	82	31,5	65	47,8	

*Qualquer modalidade de exercício físico realizado ao menos três vezes por semana, durante 30 minutos.

**Dieta hipocalórica, restrição de sal, restrição de açúcar, restrição de gorduras ou outro tipo de dieta referida pelo entrevistado.

5.1.2 MEDICAMENTOS UTILIZADOS

Os anti-hipertensivos foram os medicamentos mais utilizados pelos indivíduos entrevistados. Entre os hipertensos os inibidores da enzima de conversão da angiotensina (IECA) foram os mais freqüentes (71,8%), seguidos pelos diuréticos tiazídicos (62,1%) e pelos betabloqueadores (31,3%) (Tabela 9).

Tabela 9 – Medicamentos cardiovasculares, antidiabéticos e antitrombóticos utilizados por indivíduos usuários da UBS Centro Social Urbano, Londrina, PR, 2009.

Medicamentos utilizados	n	%
Anti-hipertensivos*		
IECA**	252	71,8
Diuréticos tiazídicos	218	62,1
Betabloqueadores	110	31,3
Bloqueadores dos canais de cálcio	58	16,5
Espironolactona	26	7,4
Furosemida	24	6,8
Bloqueadores do receptor da angiotensina	23	6,5
Alfametildopa	4	1,1
Clonidina	1	0,3
Hidralazina	1	0,3
Antidiabéticos***		
Biguanidas (cloridrato de metformina)	92	66,2
Sulfoniluréias	63	45,3
Insulinas	26	18,7
Antitrombóticos****		
Ácido acetil salicílico (AAS)	101	25,4
Varfarina sódica	5	1,3
Clopidogrel	4	1,0
Outros medicamentos cardiovasculares****		
Estatinas	46	11,6
Digitálicos (Digoxina)	9	2,3
Nitratos	7	1,8
Antiarrítmicos (Amiodarona)	7	1,8
Fibratos	6	1,5

*n = 351 hipertensos.

**Inibidores da enzima de conversão da angiotensina.

***n = 139 diabéticos.

****n = 397.

Ainda em relação aos medicamentos que atuam no sistema cardiovascular, as estatinas foram referidas por 11,6% dos entrevistados, e a digoxina por 2,3%.

O AAS, pertencente ao grupo dos antitrombóticos, era utilizado por 25,4% dos indivíduos.

Entre os antidiabéticos o medicamento mais consumido foi o cloridrato de metformina (66,2%), seguido pelas sulfoniluréias (45,3%) e pelas insulinas (18,7%) (Tabela 9).

Na amostra geral foi encontrada uma média de consumo de 2,8 medicamentos cardiovasculares e antidiabéticos por pessoa, sendo que os diabéticos consumiam 3,8 medicamentos por pessoa, enquanto nos hipertensos foi encontrado o valor de 1,6. A média de medicamentos cardiovasculares e antidiabéticos utilizados por indivíduos que apresentavam as duas morbidades, hipertensão arterial e diabetes mellitus (n=107) foi de 4,3.

Entre outros grupos de medicamentos utilizados e relacionados de acordo com a classificação ATC (Anatomical Therapeutic Chemical)⁶³ destacaram-se a dipirona sódica, referida por 8,6% dos entrevistados e o cloridrato de amitriptilina (5,5%), ambos do Grupo N, o cloridrato de ranitidina (5,3%), pertencente ao Grupo A, e a levotiroxina (5,3%) inserida no Grupo G (Tabela 10).

Entre os 397 entrevistados, 274 (69,0%) relataram utilizar medicamentos de outros grupos, sendo 1,2 o número médio utilizado.

O maior número de medicamentos utilizados (5,4) foi identificado nos indivíduos que apresentavam hipertensão arterial e diabetes mellitus, considerando-se tanto os medicamentos cardiovasculares e antidiabéticos, assim como os de outros grupos.

Tabela 10 – Frequência de medicamentos utilizados de acordo com a classificação ATC (Anatomical Therapeutic Chemical), Londrina, PR, 2009.

Grupos ATC	Medicamentos	n	%*
A Trato alimentar e metabolismo	Cloridrato de ranitidina	21	5,3
	Maleato de domperidona	3	0,7
C Sistema cardiovascular	Mesilato de doxazosina	4	1,0
G Sistema gênito urinário e hormônios sexuais	Levotiroxina	21	5,3
	Estrogênio	8	2,0
	Finasterida	4	1,0
H Preparações hormonais sistêmicas**	Succinato sódico de prednisolona	1	0,2
J Anti-infecciosos de uso sistêmico	Amoxicilina	2	0,5
	Nitrofurantoína	1	0,2
L Antineoplásicos e imunomoduladores	Metotrexato sódico	1	0,2
M Sistema músculo esquelético	Diclofenaco sódico	16	4,0
	Diclofenaco de potássio	6	1,5
	Sulfato de glucosamina	5	1,2
N Sistema nervoso	Dipirona sódica	34	8,6
	Cloridrato de amitriptilina	22	5,5
	Paracetamol	18	4,5
	Dorflex***	16	4,0
	Cloridrato de fluoxetina	9	2,3
	Diazepam	8	2,0
	Dicloridrato de flunarizina	7	1,8
	Fenitoína sódica	6	1,5
	Clonazepam	5	1,2
	Torsilax****	5	1,2
P Antiparasitários, inseticidas/repelentes	Fosfato de cloroquina	3	0,7
R Sistema respiratório	Maleato de dexclorfeniramina	6	1,5
	Dipropionato de	4	1,0
	Sulfato de salbutamol	3	0,7

*Percentual calculado com base em 397 entrevistados.

**Exceto hormônios sexuais e insulinas.

***Dipirona sódica, cafeína e citrato de orfenadrina.

****Diclofenaco sódico, carisoprodol, paracetamol e cafeína.

Em relação ao local de aquisição dos medicamentos cardiovasculares e antidiabéticos a UBS foi o local mais referido pelos usuários (70,5%), seguida pela UBS e farmácia comercial em conjunto (28,%) (Tabela 11).

Tabela 11 - Locais de aquisição dos medicamentos cardiovasculares e antidiabéticos pelos usuários do Centro Social Urbano, Londrina, PR, 2009.

Locais de aquisição de medicamentos CV* e AD**	n	%
UBS	280	70,5
UBS e Farmácia comercial	113	28,5
Farmácia comercial e popular	12	3,0
Regional de Saúde	12	3,0
Outros locais***	9	2,3

*CV: cardiovascular.

**AD: antidiabético.

***Igrejas, parentes, amostras grátis.

Um total de 142 (35,8%) usuários relatou fazer uso irregular de medicamentos (esquece algumas vezes, esquece muitas vezes ou não toma o medicamento prescrito). O principal motivo alegado para o uso irregular foi o esquecimento (60,6%), seguido pelos efeitos colaterais dos medicamentos (21,8%) e pelo desrespeito ao horário prescrito ou ao intervalo entre as doses (14,0%). Identificou-se 35 indivíduos (8,8%) que relataram não tomar algum dos medicamentos cardiovasculares ou antidiabéticos prescritos (Tabela 12).

Um total de 107 (27,0%) entrevistados referiu sentir efeitos colaterais relacionados aos medicamentos cardiovasculares e antidiabéticos. Os principais efeitos colaterais relatados foram dor de estômago e azia (30,8%), mal estar, cansaço e sonolência (15,9%), poliúria (15%) e diarreia (12,1%).

Em relação ao conhecimento sobre a duração do tratamento medicamentoso das doenças cardiovasculares e do diabetes mellitus, 57,9% referiram que o tratamento seria contínuo, por toda a vida, e 42,1% não sabiam por quanto tempo deveriam tratar as morbidades.

Tabela 12 - Motivos relatados pelos usuários para o uso irregular de medicamentos cardiovasculares e antidiabéticos, Londrina, PR, 2009.

Motivos para uso irregular de medicamentos CV e AD	n*	%
	T = 142	
Esquece de tomar o medicamento	86	60,6
Não toma devido aos efeitos colaterais	31	21,8
Muda horários prescritos / não respeita intervalo entre as doses	20	14,0
Pula uma tomada porque acha que não precisa	19	13,8
Não entendeu a posologia / toma dose maior ou menor que a prescrita	11	7,7
Não pôde comprar o medicamento	10	7,0
Não buscou na UBS	9	6,3
Só toma quando se sente mal	7	4,9
Não quer tomar medicamentos diariamente	6	4,2
O medicamento não estava disponível na UBS	6	4,2
Ao ingerir bebidas alcoólicas não toma o medicamento	4	2,8

*O n total de motivos apresentados não corresponde ao T = 142 porque foi estabelecida a possibilidade de mais de um motivo por usuário.

5.1.3 DESCRIÇÃO DAS CONDIÇÕES DE SAÚDE BUCAL

O número de mulheres portadoras de prótese total superior e inferior foi de 34,6%, com diferença significativa em relação aos pacientes do sexo masculino (22,6%). Da mesma forma, 40% das mulheres são edêntulas (perda dos 32 dentes), enquanto nos homens este número foi de 25,5% resultando numa prevalência de edentulismo na amostra total de 35% (Tabela 13).

O sangramento gengival foi mais freqüente no sexo feminino em relação ao sexo masculino, com valores de 17,3% e 5,9%, respectivamente.

O risco periodontal (presença de sangramento gengival e/ou de um ou mais dentes com mobilidade) esteve presente em 28,7% dos usuários de medicamentos cardiovasculares e antidiabéticos dentados (n = 258).

Tabela 13 – Características de saúde bucal e de consulta ao dentista de acordo com o sexo, Londrina, PR, 2009.

Variável	Sexo						Valor p*
	Total		Feminino		Masculino		
	n	%	n	%	n	%	
Prótese dentária							
Nenhuma	76	19,1	35	13,5	41	29,9	<0,001
Pivô/Coroa	31	7,8	21	8,1	10	7,3	0,938
PPR/Ponte Fixa	114	28,7	76	29,2	38	27,7	0,844
PT superior ou inferior	94	23,7	70	26,9	24	17,5	0,049
PT superior e inferior	121	30,5	90	34,6	31	22,6	0,019
Dentes perdidos**							
De 0 a 3 dentes	51	19,8	28	17,9	23	22,5	0,137
De 4 a 9 dentes	66	25,6	35	22,4	31	30,4	
Mais de 10 dentes	141	54,7	93	59,6	48	47,1	
Sangramento gengival**							
Sim	33	12,8	27	17,3	6	5,9	0,012
Não	225	87,2	129	82,7	96	94,1	
Mobilidade dental**							
Sim	49	19,0	30	19,2	19	18,6	0,967
Não	209	81,0	126	80,8	83	81,4	
Dor de dente**							
Sim	43	16,7	24	15,4	19	18,6	0,608
Não	215	83,3	182	70,0	118	86,1	
Número escovações/dia							
≥ três vezes/dia	179	45,1	126	48,5	53	38,7	0,079
< três vezes/dia	218	54,9	134	51,5	84	61,3	
Uso do fio dental**							
Sim	116	45,0	75	48,1	41	40,2	0,264
Não	142	55,0	81	51,9	61	59,8	
Última consulta ao dentista							
De 6 meses a 2 anos	175	44,1	115	44,2	60	43,8	0,981
Há mais de 2 anos	222	55,9	145	55,8	77	56,2	
Risco periodontal**							
Sim	74	28,7	50	32,1	24	23,5	0,181
Não	184	71,3	106	67,9	78	76,5	

*p valor = teste qui-quadrado correção (Yates);

**análise realizada entre 258 pacientes dentados.

5.2 ANÁLISE DOS FATORES ASSOCIADOS

5.2.1 FATORES ASSOCIADOS AO USO IRREGULAR DE MEDICAMENTOS CARDIOVASCULARES E ANTIDIABÉTICOS

A partir dos resultados da análise bivariada (Tabelas 14 e 15) realizada entre as variáveis socioeconômicas e demográficas, variáveis relacionadas às doenças auto-referidas, as relativas ao estilo de vida, variáveis referentes à utilização dos serviços de saúde, e a variável uso irregular de medicamentos cardiovasculares e antidiabéticos, foram selecionados os fatores associados que participaram do modelo multivariado.

Tabela 14 - Associação entre uso irregular de medicamentos cardiovasculares e antidiabéticos com variáveis socioeconômicas e demográficas e de utilização dos serviços de saúde, Londrina, PR, 2009.

Variáveis	Faz uso irregular de medicamentos (142)		Não faz uso irregular de medicamentos (255)		Valor p p*
	n	%	n	%	
Sexo					
Masculino	56	40,9	81	59,1	0,152
Feminino	86	33,1	174	66,9	
Faixa etária					
Não idosos (até 59 anos)	53	39,6	81	60,4	0,311
Idosos (≥ 60 anos)	89	33,8	174	66,2	
Classe socioeconômica					
Classes A2/B1/B2/C1/C2	98	34,8	184	65,2	0,585
Classes D/E (classe baixa)	44	38,3	71	61,7	
Escolaridade					
Nenhum	23	34,3	44	65,7	0,474
1 a 4 anos estudo	69	39,0	108	61,0	
5 ou mais anos estudo	50	32,7	103	67,3	
Situação conjugal					
Casado	81	39,9	122	60,1	0,098
Não casado	61	31,4	133	68,6	
Trabalho remunerado					
Sim	54	43,5	70	56,5	0,039
Não	88	32,2	185	67,8	
Possui plano de saúde					
Sim	35	34,0	68	66,0	0,749
Não	107	36,4	187	63,6	
Última visita PSF					
De 6 meses a 1 ano	32	29,4	77	70,6	0,215
Há mais de 1 ano	23	41,8	32	58,2	
Não recebeu visita	87	37,3	146	62,7	
Data da última consulta médica					
Dia da entrevista até 6 meses	120	34,6	227	65,4	0,254
Há mais de 6 meses	22	44,0	28	56,0	
Internação no último ano					
Sim	25	33,3	50	66,7	0,723
Não	117	36,3	205	63,7	

* p valor = teste qui-quadrado correção (Yates);

Tabela 15 - Associação entre uso irregular de medicamentos cardiovasculares e antidiabéticos com hipertensão arterial e diabetes mellitus, depressão, número de medicamentos cardiovasculares e antidiabéticos utilizados e fatores relacionados ao estilo de vida, Londrina, PR, 2009.

Variáveis	Faz uso irregular de medicamentos (142)		Não faz uso irregular de medicamentos (255)		Valor p p*
	n	%	n	%	
Hipertensão arterial					
Sim	130	37,0	221	63,0	0,196
Não	12	26,1	34	73,9	
Diabetes mellitus					
Sim	59	42,4	80	57,6	0,054
Não	83	32,2	175	67,8	
Hipertensão arterial e Diabetes mellitus					
Sim	51	47,7	56	52,3	0,003
Não	91	31,4	199	68,6	
Depressão					
Sim	30	30,9	67	69,1	0,307
Não	112	37,3	188	62,7	
Número de medicamentos CV e AD					
1 a 2 medicamentos	72	31,6	156	68,4	0,055
3 a 10 medicamentos	70	41,4	99	58,6	
Tabagismo					
Fumante	18	41,9	25	58,1	0,663
Ex-fumante	45	34,4	86	65,6	
Nunca fumou	79	35,4	144	64,6	
Consumo de álcool					
Consumo de 1 a 7 dias na semana	28	40,6	41	59,4	0,436
Consumo eventual ou não consumo	141	34,8	214	65,2	
Atividade física regular					
Sim	32	39,5	49	60,5	0,511
Não	110	34,8	206	65,2	
Dieta					
Sim	84	33,6	166	66,4	0,286
Não	58	39,5	89	60,5	

* p valor = teste qui-quadrado correção (Yates);

A elaboração dos modelos para análise multivariada baseou-se no uso irregular de medicamentos cardiovasculares e antidiabéticos como variável dependente. Como variáveis independentes do modelo A participaram o sexo ($p = 0,152$), o trabalho remunerado ($p = 0,039$), a situação conjugal ($p = 0,098$), a hipertensão arterial e o diabetes mellitus ($p = 0,003$) e o número de medicamentos cardiovasculares e antidiabéticos utilizados ($p = 0,055$) (Tabelas 14 e 15). No modelo B foram incluídas as mesmas variáveis independentes do modelo A, sendo que a hipertensão arterial ($p = 0,196$) e o diabetes mellitus ($p = 0,054$) foram analisados separadamente.

No modelo A foi observada associação independente entre trabalho remunerado (OR = 0,60; IC 95% = 0,38-0,96; $p = 0,033$) e a variável hipertensão arterial e diabetes mellitus (OR = 1,79; IC 95% = 1,06-3,04; $p = 0,030$) em relação ao uso irregular de medicamentos cardiovasculares e antidiabéticos (Tabela 16). No modelo B houve associação independente entre trabalho remunerado (OR = 0,49; IC 95% = 0,32-0,75; $p = 0,001$) e uso irregular de medicamentos cardiovasculares e antidiabéticos (Tabela 17).

Tabela 16 - Análise multivariada dos fatores associados ao uso irregular de medicamentos cardiovasculares e antidiabéticos, Modelo A, Londrina, PR, 2009.

Modelo A	Uso irregular de medicamentos		
Variáveis	OR	IC (95%)	Valor p
Sexo (masculino/feminino)	1,24	0,77 – 1,97	0,373
Hipertensão arterial e diabetes mellitus (Sim)	1,79	1,06 – 3,04	0,030
Trabalho remunerado (não execer)	0,60	0,38 – 0,96	0,033
Situação conjugal (sem/com companheiro)	0,79	0,51 – 1,24	0,311
Número de medicamentos CV e AD (≥ 3)	1,31	0,80 – 2,14	0,282

Tabela 17 - Análise multivariada dos fatores associados ao uso irregular de medicamentos cardiovasculares e antidiabéticos, Modelo B, Londrina, PR, 2009.

Modelo B		Uso irregular de medicamentos	
Variáveis	OR	IC (95%)	Valor p
Sexo (masculino/feminino)	0,98	0,64 – 1,50	0,922
Hipertensão arterial (Sim/Não)	0,92	0,61 – 1,40	0,708
Diabetes mellitus (Sim/Não)	1,19	0,74 – 1,92	0,463
Trabalho remunerado (não exercer)	0,49	0,32 – 0,75	0,001
Situação conjugal (sem/com companheiro)	0,66	0,43 – 1,01	0,053
Número de medicamentos CV e AD (≥ 3)	1,44	0,89 – 2,35	0,138

5.2.2 FATORES ASSOCIADOS AO RISCO PERIODONTAL

Os resultados obtidos a partir da análise bivariada entre o risco periodontal e fatores associados (Tabela 18) mostraram que a faixa etária ($p = 0,005$), a hipertensão arterial e o diabetes mellitus ($p = 0,017$) e o sexo ($p < 0,20$) foram selecionadas para o modelo multivariado.

Tabela 18 - Associação entre situação de risco periodontal e variáveis socioeconômicas, demográficas, de higiene bucal, diabetes mellitus, hipertensão arterial, fumo e consumo de álcool em pacientes dentados, Londrina, PR, 2009.

Variáveis	Total	Com risco periodontal (74)		Sem risco periodontal (184)		p
		n	%	n	%	
Sexo						
Masculino	102	24	23,5	78	76,5	0,180
Feminino	156	50	32,1	106	67,9	
Faixa etária						
Não idosos (até 59 anos)	120	45	37,5	75	62,5	0,005
Idosos (≥ 60 anos)	138	29	21,0	109	79,0	
Nível socioeconômico						
Classes A2/B1/B2/C1/C2	202	57	28,2	145	71,8	0,883
Classes D/E	56	17	30,4	39	69,6	
Escolaridade						
Nenhum	29	8	27,6	21	72,4	0,772
1 a 4 anos estudo	95	25	26,3	70	73,7	
5 ou mais anos estudo	134	41	30,6	93	69,4	
Número escovações/dia						
≥ três vezes/dia	117	36	30,8	81	69,2	0,591
< três vezes/dia	141	38	27,0	103	73,0	
Uso do fio dental						
Sim	116	31	26,7	85	73,3	0,624
Não	142	43	30,3	99	69,7	
Hipertensão arterial e diabetes mellitus						
Sim	66	27	40,9	39	59,1	0,017
Não	192	47	24,5	145	75,5	
Tabagismo						
Fumante	33	7	21,2	26	78,8	0,394
Ex-fumante	84	28	33,3	56	66,7	
Nunca fumou	141	39	27,7	102	72,3	
Consumo de álcool						
Sim	58	17	29,3	41	70,7	0,964
Não	200	57	28,5	143	71,5	

A análise de regressão logística mostrou associação independente entre as variáveis ser idoso (OR = 0,23; IC 95% = 0,14-0,40; $p < 0,001$) e hipertensão arterial e diabetes mellitus (OR = 2,17; IC 95% = 1,23-3,82; $p = 0,007$) (Tabela 19).

Tabela 19 - Associação entre situação de risco periodontal com sexo, idade e hipertensão arterial associada ao diabetes mellitus em pacientes dentados segundo análise de regressão logística, Londrina, PR, 2009.

Modelo A	Risco Periodontal		
Variáveis	OR	IC (95%)	p
Sexo (masculino/feminino)	0,77	0,44 – 1,35	0,363
Idade (anos) Idosos (≥ 60)	0,23	0,14 – 0,40	$< 0,001$
Hipertensão arterial e diabetes mellitus (Sim)	2,17	1,23 – 3,82	0,007

6 DISCUSSÃO

Os resultados obtidos nesta pesquisa evidenciaram que uma proporção considerável de usuários de medicamentos cardiovasculares e antidiabéticos fazem uso irregular de tais medicamentos, e indicaram alguns fatores associados à irregularidade. Além disso, observaram-se condições insatisfatórias de saúde bucal na população estudada apontando para o alto risco de doença periodontal neste grupo de diabéticos e de hipertensos.

A amostra estudada foi representativa da população portadora de problemas cardiovasculares, em especial de hipertensão arterial e de diabetes mellitus, e que fazem tratamento medicamentoso. Participaram da pesquisa indivíduos de diferentes classes socioeconômicas, níveis de escolaridade, características de estilo de vida, de comorbidades e de utilização dos serviços de saúde, sendo que a maior parte das comparações foi estabelecida com estudos que analisaram pessoas com características semelhantes.

As mulheres representaram a maioria na amostra estudada (65,5%). Dados concordantes foram encontrados em estudos realizados na mesma cidade e na região Sul do país que tiveram em suas amostras 62,6% e 67,8% de mulheres, respectivamente⁶⁴⁻⁶⁵.

Ao compararmos as características gerais da amostra entre os sexos, não foi constatada diferença significativa com relação às faixas etárias. No entanto, foram encontradas diferenças significativas entre outras variáveis. As mulheres apresentaram menor grau de escolaridade do que os homens, mais freqüentemente viviam sem companheiro, havia mais mulheres pertencentes à classe econômica baixa (D e E), e que, além disso, não exerciam trabalho remunerado. Um estudo realizado em Santa Rosa analisou o perfil do consumo farmacêutico em idosos (média de idade 69,6 anos) e também identificou mais mulheres vivendo sem companheiro, sem trabalho remunerado e com menor escolaridade que os homens⁶⁶.

Os dados revelados acima refletem as condições socioeconômicas desiguais existentes entre os sexos nos grupos estudados, indicando que as mulheres encontram-se em piores condições que os homens.

6.1 USO DE MEDICAMENTOS

É importante ressaltar que os aspectos socioeconômicos desfavoráveis deste grupo de usuários de medicamentos cardiovasculares e antidiabéticos, em especial a classe social baixa e a pouca escolaridade, sugerem maiores chances de problemas relacionados ao uso de medicamentos.

Outros estudos indicam que os gastos com medicamentos costumam apresentar tendência crescente com a idade, que há influência da renda na obtenção de medicamentos⁶⁷⁻⁶⁸⁻⁶⁹, e que o acesso e o uso do medicamento depende da capacidade de custeio⁷⁰. Luz et al (2009)⁷¹ estudaram na região metropolitana de Belo Horizonte a subutilização de medicamentos por idosos devido a motivos financeiros e confirmaram a importância dos aspectos socioeconômicos na subutilização.

Teixeira e Lefevre (2001)⁷² realizaram um estudo qualitativo com idosos em Maringá e consideraram a questão financeira como o principal impedimento ao tratamento medicamentoso prescrito, mesmo considerando a oferta de medicamentos na rede pública. Como alerta, os autores apontam para a necessidade do desenvolvimento de programas de educação sobre medicamentos.

Vale destacar que, além das dificuldades encontradas no seguimento do tratamento medicamentoso, os resultados apontaram baixa adesão ao tratamento não-medicamentoso da hipertensão arterial e do diabetes mellitus no grupo estudado. É amplamente reconhecida a importância da adoção de um estilo de vida saudável que envolve alimentação balanceada, eliminação do hábito de fumar, consumo controlado de álcool, controle do peso corporal e do estresse e, finalmente, a prática de atividade física regular⁷³⁻⁷⁴.

Entre os indivíduos estudados 80,0% relataram não exercer atividade física regular. Este valor é superior ao encontrado em outros estudos realizados no Brasil com população de faixa etária semelhante⁶⁴⁻⁷⁵⁻⁷⁶. Estes dados são preocupantes porque esses indivíduos costumam apresentar comorbidades que intensificam o risco de complicações cardiovasculares, renais, e de desfechos mais graves como infarto agudo do miocárdio e acidente vascular cerebral⁷⁴⁻⁷⁷⁻⁷⁸.

A prática regular de atividade física representa apenas uma das maneiras de reduzir o risco de complicações, mas pode influenciar significativamente no curso dessas doenças⁷⁹.

Com relação à alimentação 63,0% dos entrevistados relataram seguir algum tipo de dieta ou restrição alimentar, sendo que 11,6% afirmaram controlar as calorias ingeridas, 20,4% restringiam o açúcar, 26,4% utilizavam menos sal na dieta, e 37,8% restringiam a ingestão de gorduras. Sturmer et al (2006)⁸⁰ obtiveram resultados melhores em estudo de base populacional realizado em Pelotas onde 93,9% dos indivíduos que referiram ter hipertensão arterial não utilizavam sal adicional na dieta e 51,8% não consumiam gordura em excesso. Deve-se notar, no entanto, que no estudo citado a quantidade de sal na dieta foi avaliada quanto ao uso adicional de sal e não quanto ao sal já incorporado aos alimentos ingeridos.

Outro estudo que estimou a prevalência de fatores de risco cardiovasculares em adultos de 16 capitais brasileiras identificou a dieta inadequada como o fator mais prevalente (69,4%)⁸¹. Em nossa pesquisa, apesar de mais da metade dos usuários de medicamentos cardiovasculares e antidiabéticos afirmarem fazer restrições alimentares, duas possíveis interferências devem ser abordadas. O valor verificado de 63,0% pode estar superestimado em função de respostas com intuito de mostrar seguimento das recomendações médicas, e, além disso, os demais entrevistados (37,0%) não controlavam a alimentação apesar de apresentarem hipertensão arterial, diabetes mellitus e outras comorbidades.

Os fatores de risco para doenças cardiovasculares são considerados estatisticamente independentes e sua correlação não necessariamente implica em somatória desses fatores. No entanto, a possibilidade de somatória de fatores de risco tem sido estudada e confirmada⁸². A existência de “*clustering*” ou acúmulo de fatores de risco, apesar de não poder ser estimada com os dados disponíveis em nosso estudo, pode ocorrer neste grupo de indivíduos e merece atenção especial quanto ao tratamento medicamentoso e não-medicamentoso instaurados.

No aspecto preventivo, ressalta-se a importância da prevenção primária, onde os esforços estão voltados na prevenção dos primeiros eventos clínicos entre indivíduos que estão em risco de desenvolvê-los. A presença de fatores de risco pode resultar no desenvolvimento de aterosclerose, ou em outras alterações vasculares ou miocárdicas. A prescrição de medicamentos anti-hipertensivos associados à mudanças de hábitos alimentares em indivíduos hipertensos são exemplos de intervenções eficientes para se evitar desfechos graves como o acidente vascular cerebral⁸³.

Em relação ao tratamento medicamentoso, os anti-hipertensivos foram os fármacos mais utilizados, entre estes os IECA (63,5%), em seguida os diuréticos tiazídicos (54,9%), os betabloqueadores (27,7%) e os bloqueadores dos canais de cálcio (14,6%).

Em outros estudos sobre utilização de medicamentos também se observou os IECA como os anti-hipertensivos mais utilizados, seguidos pelos diuréticos tiazídicos e pelos betabloqueadores⁶⁶⁻⁸⁴⁻⁸⁵⁻⁸⁶. No entanto, outros pesquisadores identificaram os diuréticos tiazídicos como os medicamentos do sistema cardiovascular mais consumidos, seguidos pelos que atuam no sistema renina-angiotensina, bloqueadores dos canais de cálcio e betabloqueadores⁶⁴⁻⁶⁸⁻⁸⁷.

Os medicamentos mais utilizados para o tratamento da hipertensão arterial identificados neste trabalho estão em concordância com os disponíveis nas Unidades Básicas do município de Londrina³⁸, sendo a UBS o local onde mais se adquiriu os medicamentos cardiovasculares e antidiabéticos (70,5%).

Outra referência importante sobre medicamentos é a Relação Nacional de Medicamentos Essenciais – RENAME, que se constitui numa lista de medicamentos baseada fundamentalmente nas Listas Modelo de Medicamentos Essenciais da OMS. O objetivo principal dessas listas é garantir e renovar os medicamentos disponíveis na rede pública de saúde, em consonância com as revisões feitas pela OMS a partir de dados da medicina baseada em evidências²⁷.

Entretanto, uma falha na readequação da lista de medicamentos disponíveis para o tratamento da hipertensão arterial na atenção primária de Londrina refere-se ao grupo dos bloqueadores do receptor da angiotensina (BRA) utilizado por 5,8% dos entrevistados. Os BRA representam uma alternativa aos IECA porque bloqueiam mais seletivamente os receptores da angiotensina não exercendo efeito sobre o metabolismo da bradicinina, cujo aumento é um dos responsáveis pela tosse, efeito colateral mais freqüente entre os IECA⁸⁸. Em referência ao tratamento anti-hipertensivo em diabéticos, é recomendado que estes pacientes sejam tratados com um IECA ou com um BRA⁸⁹, sendo que o último serve como substituto nos casos de intolerância aos IECA⁹⁰.

Além disso, o atenolol, utilizado por 5,0% dos entrevistados, o metoprolol e o bisoprolol, referidos por 2,5%, não constavam na lista de medicamentos da rede básica de saúde do município. Entre estes, o atenolol e o metoprolol também fazem parte da RENAME e a importância desses medicamentos está relacionada à

seletividade aos receptores beta. O atenolol e o bisoprolol são bloqueadores beta seletivos e o metoprolol possui cardiosseletividade relativa, propriedades que conferem maior segurança na indicação desses betabloqueadores a hipertensos asmáticos, diabéticos ou com doença vascular periférica⁸⁸⁻⁹¹. Uma importante indicação dos betabloqueadores refere-se ao tratamento de indivíduos pós-infartados que não possuem contra-indicações absolutas ao uso de betabloqueadores⁹².

Em relação aos antidiabéticos, o cloridrato de metformina era utilizado por 66,2% dos indivíduos que relataram ter diabetes mellitus (n = 139), seguido pelas sulfoniluréias (45,3%) e pelas insulinas (18,7%). O estudo de Faria et al (2009)⁹³ realizado com pacientes diabéticos em um centro universitário no interior paulista encontrou valores maiores na utilização de insulina (41,3%), porém também identificou o cloridrato de metformina como o medicamento mais utilizado (80,5%) e, então, as sulfoniluréias (39,0%). A maior parte dos antidiabéticos referidos pelos entrevistados integrava a lista de medicamentos do município de Londrina.

Várias pesquisas ressaltam a importância do tratamento medicamentoso em diabéticos tipo 2. Resultados interessantes sobre os efeitos do tratamento com antidiabéticos foram relatados com a realização do estudo randomizado United Kingdom Prospective Study. O grupo de pacientes com diabetes mellitus tipo 2 que recebeu sulfoniluréias e insulina apresentou redução no risco de desenvolver doença microvascular, infarto do miocárdio, e morte por qualquer causa que persistiram por 10 anos, em relação ao grupo que seguiu tratamento convencional (dieta). Os pacientes que receberam cloridrato de metformina apresentaram queda significativa e persistente do risco de infarto do miocárdio e morte por qualquer causa⁹⁴.

Outros dados deste mesmo ensaio clínico advertiram que a prescrição precoce de terapia com captopril ou atenolol em pacientes com diabetes mellitus tipo 2 e hipertensão arterial reduziu o risco de complicações decorrentes dessas doenças, quando comparados ao grupo que não recebeu IECA ou betabloqueadores. No entanto, o controle da hipertensão arterial deve ser contínuo para a manutenção dos benefícios apresentados⁹⁵.

Entre os medicamentos utilizados no tratamento das dislipidemias e como adjuvantes para prevenção da aterosclerose clínica, destacam-se as estatinas. Vários estudos comprovaram a importância da redução dos níveis de LDL - C (low-

density lipoprotein-cholesterol) para prevenção de eventos cardiovasculares em pacientes sem evidências clínicas de coronariopatias (prevenção primária), e nos casos de coronariopatia estabelecida ou na presença de risco para doença (prevenção secundária)⁹⁶⁻⁹⁷.

Vale ressaltar ainda, que entre pacientes diabéticos a meta de dosagem de LDL-C a ser atingida é inferior daquela buscada por indivíduos sem a doença⁹⁷ o que faz da estatina um fármaco importante no tratamento de diabéticos com dislipidemias.

As doenças cardiovasculares representam a primeira causa de morbidade e de mortalidade entre indivíduos diabéticos, além de aumentar consideravelmente os custos com o tratamento da doença. Como ocorre com 27,0% dos pacientes entrevistados que referiram ser hipertensos e diabéticos é comum observar a coexistência de fatores de risco. Quando em associação às dislipidemias aumenta a importância da prescrição de drogas hipolipemiantes para redução dos riscos cardiovasculares nestes pacientes, de acordo com protocolos clínicos⁹⁰.

Outro medicamento importante, o AAS, pertencente ao grupo dos antitrombóticos, encontra sua principal indicação na profilaxia primária de eventos trombóticos cardiovasculares⁸⁸. De acordo com o documento da Associação Americana do Coração que detalha os objetivos, procedimentos e recomendações para promoção da saúde cardiovascular e redução de doenças, a aspirina, assim como a estatina, deve ser utilizada em associação às mudanças no estilo de vida para prevenção da recorrência do infarto agudo do miocárdio⁷⁷ e do acidente vascular cerebral⁹⁸.

A dificuldade de obtenção de estatinas na rede pública de saúde do município de Londrina parece ser uma das razões para o baixo índice de utilização observado. Para ter direito ao recebimento gratuito deste medicamento o paciente deve ter em mãos os resultados de exames comprobatórios de elevação do LDL-C após a prescrição médica baseada em recomendações do Protocolo Clínico de Saúde do Adulto e, então, dirigir-se à 17ª Regional de Saúde de Londrina. Embora aparentemente simples este procedimento exige tempo e paciência por parte dos pacientes, além de não ser devidamente esclarecido pela equipe da UBS. Assim como aconteceu com a insulina, que passou a ser entregue diretamente nas UBS para pacientes cadastrados, espera-se que o mesmo ocorra com os medicamentos hipolipemiantes.

Ao contrário das estatinas, o AAS é distribuído na atenção primária aos pacientes com prescrição médica. O principal problema em sua utilização parece estar relacionado às informações ou às dificuldades de entendimento das mesmas a respeito da importância da droga para prevenção de eventos trombóticos cardiovasculares, fazendo com que muitos pacientes descontinuem seu uso.

Deve-se salientar que neste estudo não houve análise de prontuários médicos e que, portanto, não foi avaliada ou discutida a qualidade das prescrições médicas.

Além das considerações socioeconômicas e da indisponibilidade de alguns medicamentos essenciais na lista dos municípios, há de se considerar outros fatores que podem ter influenciado no uso irregular de medicamentos cardiovasculares e antidiabéticos. Um deles diz respeito ao impacto causado pelo desabastecimento de medicamentos nas UBS. Podemos citar como exemplos a nifedipina, único bloqueador dos canais de cálcio disponível para tratamento da hipertensão arterial, e o captopril, um dos IECA mais prescritos aos pacientes da Unidade, que costumam faltar no estoque de medicamentos. Mesmo assim, o resultado encontrado parece ser razoável, pois apenas 4,2% dos indivíduos que fazem uso irregular de medicamentos relataram a indisponibilidade do medicamento na Unidade.

Vasconcelos et al (2005) estudaram a utilização de medicamentos por idosos de uma UBS de Fortaleza e ressaltaram que mesmo que os medicamentos de uso contínuo, inclusive o captopril, fossem distribuídos pela UBS, havia períodos de fornecimento irregular. Os autores relataram que o medo da UBS não fornecer o medicamento ou de não ter condições de comprá-lo, fazia com que 28,8% dos pacientes deste estudo “economizassem” comprimidos de captopril, utilizando subdosagem⁹⁹.

Outros autores, como Reis e Perini (2008)¹⁰⁰, citam o aumento das enfermidades como consequência imediata à falta de medicamentos, e a insegurança que se instala no processo assistencial, podendo levar a erros de medicação e a reações adversas em decorrência de substituições de medicações. Além disso, a principal causa de hipertensão arterial resistente é a descontinuidade da prescrição estabelecida⁹⁹.

Na mesma linha de pesquisa, um estudo transversal realizado no ano de 2001 em Brasília observou aspectos da assistência farmacêutica na atenção

primária e identificou a falta de medicamentos essenciais como o captopril e o cloridrato de metformina¹⁰¹.

Loyola Filho et al (2008)⁶⁸ chamam a atenção para a desigualdade existente no Brasil em relação à disponibilidade de medicamentos na rede pública e privada. Os autores atribuem este fato às deficiências existentes no setor público concernentes ao armazenamento, distribuição e dispensação de medicamentos, prejudicando a qualidade da assistência farmacêutica prestada.

O número de consultas observado neste estudo (em torno de 90,0% nos últimos 12 meses) pode ser considerado satisfatório ao compararmos com trabalho que avaliou a utilização dos serviços de saúde por portadores de doenças crônicas e identificou que 56,6% dos indivíduos referiram ao menos uma consulta médica nos últimos 12 meses¹⁰². Deve-se lembrar, no entanto, que este resultado pode estar relacionado à forma como a amostra foi selecionada em nosso estudo, ou seja, indivíduos que utilizavam a UBS para consulta ou para retirada de medicamentos.

Além disso, na Unidade estudada, a ficha de aprazamento armazena os dados de pacientes cadastrados no HiperDia com a função de controlar a entrega mensal de medicamentos de uso contínuo acompanhada de aferição da pressão arterial e verificação da periodicidade com que os pacientes têm passado por consulta médica. O Protocolo de Saúde do Adulto estratifica o número de consultas médicas de acordo com a aderência do paciente ao tratamento e em razão da existência de lesão em órgãos-alvo ou de comorbidades³⁸.

Do total de 142 indivíduos (35,8%) que faziam uso irregular de medicamentos cardiovasculares e antidiabéticos, 60,6% referiram o esquecimento como o principal motivo para o uso irregular. Devido ao delineamento do estudo não foi possível analisar os fatores que desencadearam o esquecimento.

Vale lembrar que foi considerado uso irregular de medicamentos os casos onde se esquecia algumas vezes, esquecia muitas vezes, ou não se tomava o medicamento prescrito. A mudança dos horários prescritos, mas sem deixar de tomar o medicamento, embora não tenha caracterizado uso irregular, foi relatado por 14,0% dos entrevistados, e as referências aos efeitos colaterais como razão para o uso irregular dos medicamentos foi referida por 21,8% dos usuários.

Rocha et al (2008)¹⁰³ em estudo com idosos também identificaram o esquecimento (33,4%) como o principal motivo para não tomar o medicamento,

porém encontraram valores maiores em relação a outros motivos, como a prática de aumento da dose (26,4%) e de interrupção do uso ao se sentirem melhor (23,3%).

A análise multivariada dos fatores associados ao uso irregular dos medicamentos cardiovasculares e antidiabéticos mostrou que a coexistência da hipertensão arterial e do diabetes mellitus (27,0% dos entrevistados) apresentou associação ao uso irregular das medicações, independente do número de medicamentos utilizados.

Percebe-se que a associação entre as doenças aumenta o número de medicamentos utilizados diariamente e eleva as chances de uso irregular, mas apesar da influência do número de medicamentos utilizados, observou-se um impacto maior da presença da hipertensão arterial e do diabetes mellitus no uso irregular de medicamentos.

Os pacientes diabéticos consumiam em média 3,9 medicamentos cardiovasculares e antidiabéticos, enquanto nos hipertensos este número era de 1,6. Aqueles que apresentaram as duas morbidades utilizavam em média 4,3 medicamentos cardiovasculares e antidiabéticos e uma média de 5,4 medicamentos, quando também foram considerados os medicamentos pertencentes a outros grupos farmacológicos.

É importante destacar que apenas os medicamentos cardiovasculares e antidiabéticos foram considerados para o cálculo do número de medicamentos utilizados. De acordo com dados de um estudo longitudinal sobre polifarmácia, desenvolvido na Holanda, para que caracterize prática de polifarmácia, os medicamentos utilizados devem ter sido prescritos por ao menos 60 dias⁴⁶. Por esta razão, os medicamentos de outros grupos farmacológicos não integraram o cálculo do número de medicamentos utilizados, visto que nem sempre eram utilizados continuamente.

Embora não tenha sido identificada associação independente entre o número de medicamentos utilizados e o uso irregular, muitos estudos têm atribuído uma parcela importante da responsabilidade dos problemas relacionados ao uso irregular de medicamentos à prática da polifarmácia²⁴⁻¹⁰³⁻¹⁰⁴. Estudos mostram que quanto maior a idade, maior a prevalência de doenças crônicas e, conseqüentemente, mais medicamentos são utilizados¹⁰⁵⁻¹⁰⁶⁻¹⁰⁷.

A análise multivariada revelou, ainda, que indivíduos que não exerciam trabalho remunerado tinham menores chances de utilização irregular dos

medicamentos cardiovasculares e antidiabéticos. Esta associação pode estar relacionada ao fato de que mais homens exerciam trabalho remunerado e de que mais freqüentemente faziam uso irregular dos medicamentos. As mulheres, por sua vez, exerciam menos trabalho remunerado e apresentaram menor freqüência de uso irregular dos medicamentos cardiovasculares e antidiabéticos.

É também possível inferir, de acordo com outros autores, que as mulheres possuem maior preocupação com a saúde do que os homens¹⁰⁸ e que procuram mais os serviços disponíveis, independente do seu estado de saúde. As mulheres tendem a seguir os conselhos médicos e o tratamento recomendado, além de existir uma maior variedade de programas destinados à saúde da mulher¹⁰⁹. Possivelmente, apesar de realizarem trabalhos domésticos e cuidados com familiares, as mulheres, por exercerem menos trabalho remunerado que os homens tenham maior flexibilidade de horários para busca por atendimento de saúde ou para retirar medicamentos na UBS.

No entanto, independentemente do sexo, aqueles que exercem trabalho remunerado, seja no setor formal ou informal, seguem as difíceis condições impostas pelo mercado de trabalho. Muitas vezes, a maior parte do tempo é dedicada ao trabalho e nem sempre a remuneração recebida é suficiente para o sustento da família. Com isso, o ritmo de trabalho rigoroso pode diminuir a disponibilidade de tempo para os cuidados com a saúde e dificultar o sucesso do tratamento medicamentoso.

Como já questionado anteriormente, os resultados apontam para uma falta de conscientização dos usuários na questão referente à manutenção da terapia medicamentosa. Este fato pode ser verificado a partir dos motivos referidos para o uso irregular que além do esquecimento, implicaram numa somatória de razões que sugerem desconhecimento e dúvidas em relação à terapia medicamentosa. A possibilidade de mudar horários prescritos, omitir uma dose, não entender a posologia, aumentar ou reduzir a dose prescrita por conta própria e não querer tomar medicamentos diariamente sugere falta de conhecimento que pode ser conseqüência da baixa escolaridade, assim como da comunicação insuficiente entre a equipe de saúde e o paciente.

Luz et al (2009)⁷¹ evidenciaram que, a qualidade da comunicação entre profissionais da saúde e pacientes, especialmente a comunicação médico-paciente pode influenciar na utilização de medicamentos. Como a quantidade de consultas

médicas não revelou ser um problema no grupo estudado, pois 87,4% haviam consultado o médico nos últimos seis meses, pode-se sugerir falhas no entendimento da prescrição médica ou na ênfase dada à importância do tratamento medicamentoso no controle da hipertensão arterial, do diabetes mellitus e de outras comorbidades.

Outros estudos reforçaram a existência de dificuldades no uso de medicamentos devido ao desconhecimento dos usuários a respeito do tratamento medicamentoso¹¹⁰⁻¹¹¹, sendo que em dois deles a baixa escolaridade e a condição socioeconômica desfavorável foram associadas ao pouco conhecimento sobre medicamentos¹¹²⁻¹¹³.

Pode-se dizer que ao discutirmos o uso irregular de medicamentos em doenças crônicas com foco nas dificuldades apresentadas pelos usuários, partimos da concepção clássica de auto-cuidado que pressupõe que o portador de enfermidade crônica saiba interpretar seus sintomas e gerenciar sua doença. A alteração feita pelo próprio paciente no regime terapêutico prescrito representa uma das formas encontradas por ele para suprir falhas no entendimento sobre a terapêutica medicamentosa e no relacionamento entre paciente e serviços de saúde, na tentativa de adaptar-se ao tratamento¹¹⁴.

Um estudo transversal realizado na Suécia identificou uma peculiaridade em relação aos indivíduos hipertensos que faziam terapia medicamentosa. Esses pacientes acreditavam que os anti-hipertensivos eram drogas necessárias, porém maléficas, fato não observado entre usuários de psicotrópicos. Dessa forma, foi proposto que houvesse maior cuidado durante o fornecimento de informações escritas ou orais para esses pacientes e para o público em geral¹¹⁵.

O fornecimento de instruções individualizadas aos pacientes ao invés de instruções padronizadas foi uma das intervenções bem sucedidas descritas por Morrow et al (2005)¹¹⁶. O estudo de Fillit et al (1999) propôs aos pacientes idosos que utilizavam várias medicações a agendarem uma consulta médica com o intuito de revisar os medicamentos utilizados. Previamente, cada médico recebeu um guia de prática clínica em polifarmácia e artigos sobre medicação individualizada. Os autores concluíram que o programa foi satisfatório e que este tipo de intervenção pode diminuir os riscos decorrentes da polifarmácia em idosos¹¹⁷.

Na realidade brasileira, qualquer que seja a forma de intervenção proposta, deverá contar com melhorias na assistência farmacêutica prestada na rede de

atenção primária. Pode-se distinguir a assistência farmacêutica na área relacionada à gestão, responsável pelo abastecimento e acesso aos medicamentos, e na área referente ao uso do medicamento, que envolve diferentes profissionais, usuários e suas atitudes, e que refletirão no uso racional dos medicamentos³⁴.

De acordo com o trabalho de Araújo et al (2008)¹¹⁸, a assistência farmacêutica é parte integrante do sistema de atenção primária à saúde e da qual depende a qualidade do uso de medicamentos. Os autores propõem a reformulação de políticas sociais e a racionalização da utilização de medicamentos desde a prescrição até a utilização por parte do usuário.

Os resultados encontrados nesta população parecem seguir a mesma direção dos relatos de outros estudos citados. As doenças como o diabetes mellitus e a hipertensão arterial, em razão de seu caráter crônico, de sua alta prevalência, da elevada morbidade e mortalidade e de exercerem influências enormes nos gastos com saúde, merecem atenção por parte das políticas públicas de saúde.

Medidas comprovadamente efetivas são descritas por Laing et al (2001)⁵³ com o intuito de melhorar o uso de medicamentos nos países em desenvolvimento: a utilização de protocolos de tratamento; listas de medicamentos essenciais; organização de comitês farmacêuticos e terapêuticos; treinamento de profissionais baseado em problemas; e educação direcionada ao serviço. Os autores citam, ainda, outras medidas promissoras, mas que, no entanto, não foram suficientemente testadas: discussões interativas entre os envolvidos na promoção do uso de medicamentos, treinamento de gestores do abastecimento de medicamentos e programas educativos voltados aos consumidores.

6.2 CONDIÇÕES DE SAÚDE BUCAL

Este estudo demonstrou uma inadequada condição de saúde bucal nos usuários de medicamentos cardiovasculares e antidiabéticos. Além disso, evidenciou que os diabéticos e hipertensos estudados têm maiores chances de apresentarem doença periodontal.

As más condições de saúde bucal foram observadas a partir da prevalência de edentulismo (35,0%), perda dentária (35,5% com mais de 10 dentes perdidos), sangramento gengival (12,8 %) e mobilidade dentária (19,0%).

A média de idade encontrada nesta pesquisa foi 63,8 anos com 35,0% de edêntulos, o que torna a comparação dos resultados compatível com pesquisas realizadas com população idosa e que, por esta razão, obtiveram valores maiores de edentulismo. Mesas, Andrade e Cabrera (2006)¹¹⁹ também no município de Londrina identificaram 43,1% de edêntulos na faixa etária de 60 a 74 anos. Outro estudo realizado em Piracicaba analisou as condições de saúde bucal de idosos e observou uma prevalência de edentulismo de 60,6%¹²⁰.

Nosso estudo identificou diferenças estatisticamente significativas entre os sexos, sendo que as mulheres encontraram-se em condições piores que os homens em relação às variáveis escolaridade (20,0% de analfabetas), trabalho remunerado (75,0% não exerciam), nível socioeconômico (33,8% pertencentes às classes D e E), uso de prótese dentária (34,6% com prótese total nas duas arcadas) e sangramento gengival (17,3%). Colussi et al¹²¹ conduziram um estudo com 277 idosos cuja média de idade era de 70,1 anos e obtiveram um valor maior de mulheres edêntulas (59,8%) onde também foi encontrado baixo nível de escolaridade (26,7% de analfabetos), no entanto, este valor referiu-se a ambos os sexos. Mesas, Andrade e Cabrera (2006)¹¹⁹ não verificaram diferença significativa entre os sexos com relação à escolaridade e ao nível socioeconômico. No entanto, houve diferença entre os sexos na variável perda dentária, sendo que 53,1% das mulheres idosas não tinham dentes presentes, contra 28,0% dos homens.

O sangramento gengival relatado por 12,8% dos pacientes dentados foi superior ao observado em estudo que avaliou as condições de saúde bucal de adultos e de idosos em Rio Claro, estado de São Paulo, e que encontrou em torno de 4,0% e 2,0% de sangramento gengival, respectivamente¹²². No entanto, a pesquisa citada obteve os dados através de exame clínico, condição que confere maior validade aos dados, indicando que o valor de 12,8% pode estar superestimado.

A mobilidade dentária, referida em nosso estudo por 19,0% dos entrevistados, costuma ocorrer como consequência da perda de inserção periodontal devido do avanço da doença periodontal¹²³ e reflete condições periodontais precárias. Entretanto, este dado dificilmente será comparado aos obtidos em estudos onde a perda de inserção periodontal foi medida pelo exame clínico. Sem pretensão de estabelecer comparação, em outro estudo foi encontrada

perda de inserção de 6-8 mm em 5,0% dos idosos examinados e de 0-3 mm em 85,2% dos idosos¹²².

Como consequência, observou-se alta prevalência de perda dentária que reflete às dificuldades de acesso às ações de promoção da saúde bucal e ao tratamento odontológico. A progressão da cárie dentária e da doença periodontal acaba determinando a extração dos elementos dentais envolvidos, desfecho que tende a aumentar com a idade¹²⁴. Dessa forma, indivíduos adultos e idosos que já apresentam condições de saúde bucal deterioradas necessitam de tratamento de reabilitação. A assistência odontológica pública deve ser ampliada e qualificada para que os serviços odontológicos especializados, que envolvem reabilitação protética e periodontal, estejam ao alcance destas pessoas¹⁸.

O percentual de 48,1% pacientes com baixa escolaridade (zero a quatro anos estudo) foi menor que o valor de 61,7% (zero a três anos estudo) obtido no estudo baseado em dados de uma amostra de 28.943 idosos brasileiros da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios¹²⁵. No entanto, há de se considerar que determinantes sócio-culturais, como a baixa escolaridade, elevam o risco de doenças bucais e exigem ações direcionadas por parte dos serviços de saúde¹²⁶. Como exemplo, há o estudo multicêntrico realizado com idosos finlandeses que encontrou associação positiva entre baixo nível educacional e prevalência de edentulismo¹²⁷.

É importante ressaltar que, apesar dos edêntulos terem sido excluídos da análise multivariada para obtenção do risco periodontal em diabéticos e hipertensos, a perda dentária é um indicativo de doença periodontal prévia e após a extração de um dente a evidência da periodontite é eliminada, no entanto, os danos sistêmicos parecem persistir¹²⁸⁻¹²⁹.

Os dados acima são explicados por Desvarieux et al (2003)¹²⁸ que realizaram estudo transversal baseado na hipótese de que, em indivíduos com média de idade de 66 anos, o edentulismo e a perda dentária revelam ter ocorrido doença periodontal que não é mais observável devido à realização de extrações dentárias como resultado de infecção severa. De acordo com os autores, os resultados do estudo não podem ser interpretados com causais, mas sugerem que, na população estudada, a perda dentária é um sinal de doença periodontal passada e estava relacionada à aterosclerose subclínica.

Foi observada a presença de risco periodontal em 28,6% dos indivíduos não edêntulos e estes apresentavam uma associação independente com a hipertensão arterial e com o diabetes mellitus, após ajuste em relação à idade e ao sexo.

Outros estudos também encontraram associação entre doença periodontal e hipertensão arterial, geralmente incluída no grupo das doenças cardiovasculares. Uma pesquisa feita na Suécia relacionou a severidade da doença periodontal à história de hipertensão arterial e infarto do miocárdio e identificou associação significativa entre a severidade da doença periodontal e hipertensão arterial mesmo após ajuste para idade, gênero, número de dentes e fumo¹³⁰. Outro estudo sueco que envolveu pacientes com idade entre 35 e 65 anos revelou diferença significativa entre a ocorrência de hipertensão arterial em pacientes com periodontite quando comparados com indivíduos sem doença periodontal ou com doença periodontal leve¹³¹.

Em relação ao diabetes mellitus, um estudo realizado nos Estados Unidos mostrou que, mesmo após ajuste dos fatores de confusão, o diabetes mellitus e a hipertensão arterial permaneceram significativamente mais prevalentes entre pacientes com maior perda de osso alveolar¹³², indicativo de doença periodontal avançada. Kaur et al (2009) analisaram a relação entre a prevalência e a extensão da doença periodontal em indivíduos diabéticos e não diabéticos participantes de um estudo de base populacional em Pomerania, na Alemanha, e confirmaram a associação entre diabetes mellitus e periodontite¹³³.

A infecção periodontal têm sido epidemiologicamente associada às doenças cardiovasculares^{11,134-135-136} e parece estar relacionada às disfunções celulares que levam ao aparecimento das doenças cardiovasculares em indivíduos hipertensos¹³⁷. No contexto dos mecanismos endógenos comuns às doenças sistêmicas, a doença periodontal é uma fonte potencial de inflamação crônica que participa do desenvolvimento de doenças cardíacas. Este fato inclui a doença periodontal como fator de risco ou como marcador para doenças cardiovasculares independente de fatores de risco tradicionais, incluindo nível socioeconômico¹³⁸⁻¹³⁹.

O diabetes mellitus também é reconhecido como fator de risco para doença periodontal severa¹⁵⁻¹⁴⁰ assim como há evidências de que alterações periodontais representam a primeira manifestação clínica do diabetes¹⁴¹. A infecção periodontal pode prejudicar o controle dos níveis glicêmicos e aumentar a incidência de complicações do diabetes mellitus¹⁴⁻¹⁴².

Esta pesquisa revelou condições insatisfatórias de saúde bucal entre os pacientes estudados, predispondo principalmente os hipertensos e diabéticos às complicações sistêmicas decorrentes da associação de fatores de risco. A OMS orienta que a prevenção e o tratamento das doenças bucais devem integrar-se aos cuidados relacionados às doenças crônicas por representarem fatores de risco comuns¹⁴³. Além de expostos aos fatores de risco (doenças crônicas e doença periodontal), 55,9% dos pacientes consultaram o dentista há mais de dois anos, o que mostra o acesso insuficiente aos serviços odontológicos e que resulta no controle inadequado das doenças periodontais.

Apesar da necessidade de pesquisas futuras para definir o risco periodontal atribuível à população com doenças cardiovasculares e diabetes mellitus¹⁴⁴, é importante que a saúde bucal de pacientes inseridos em grupos de risco seja priorizada na atenção primária à saúde.

Mais uma vez é enfatizada a necessidade de acesso ao tratamento protético-reabilitador nos pacientes estudados. Outros autores também relataram esta urgência ao verificarem a utilização de próteses em péssimas condições¹²⁴⁻¹⁴⁵. De acordo com estudo de Barbato et al (2007) os usuários de serviços públicos apresentaram maior prevalência de perdas dentárias. Este fato pode ser consequência da incapacidade do serviço em atender a demanda ou porque na rede pública mais dentes são extraídos por falta de opção de tratamento conservador. Os autores relembram que apenas a partir de 2003, com a implantação dos Centros de Especialidades Odontológicas, é que tratamentos mais complexos, como cirurgias periodontais e reabilitação protética, passaram a fazer parte das opções de tratamento oferecidas à população brasileira¹⁴⁶.

A população envolvida nesta pesquisa era usuária de medicamentos cardiovasculares e antidiabéticos que foram adquiridos, em sua maioria, na UBS que sediou o estudo e que tinham uma doença diagnosticada e um tratamento prescrito. Por esta razão, existe a possibilidade de que o uso irregular de medicamentos na população em geral seja maior que no grupo estudado, o que pode ser ainda mais preocupante. Mesmo assim, acredita-se que o estudo tenha permitido o conhecimento das características desta população e das dificuldades encontradas na realização do tratamento medicamentoso.

Da mesma forma, as condições de saúde bucal aqui levantadas também são pertencentes a esta população específica, mas foram condizentes com as

encontradas na população brasileira e reforçam a necessidade de programas de saúde voltados a grupos portadores de morbidades crônicas.

Cabe ressaltar, no entanto, que apesar da expansão de políticas e programas voltados para populações mais vulneráveis, essas ações podem ter efetividade limitada quando os problemas são abordados de forma setorializada²¹. A importância da saúde bucal em pacientes hipertensos e diabéticos, por exemplo, representa um grande desafio do sistema de saúde. As ações voltadas para este fim exigirão trabalho multidisciplinar, com atuação de médicos, dentistas e equipe de saúde, com o objetivo de levar ao entendimento da saúde bucal como determinante das condições de saúde dos indivíduos com doenças crônicas.

Este estudo apresentou algumas limitações como a obtenção de dados auto-referidos sobre morbidade, que podem ter subestimado a sua prevalência. As informações sobre saúde bucal também foram auto-referidas, sem realização de exame clínico, o que pode prejudicar a acurácia dos dados. No entanto, alguns autores têm se preocupado em estudar a legitimidade de dados auto-referidos para realização de inquéritos sobre a epidemia de doença periodontal, e têm encontrado resultados positivos¹⁴⁷.

Com relação às informações sobre a prática de atividade física, tabagismo, consumo de álcool e dieta alimentar, pelo fato de não ter havido acompanhamento e pela possibilidade de respostas incertas acerca de hábitos e estilo de vida, os dados estão mais sujeitos a variações.

7 CONCLUSÃO

- A população estudada era predominantemente do sexo feminino (65,5%) e a média de idade foi de 63,9 anos.

- 44,6% tinham de 1 a 4 anos de estudo e pertenciam à classe socioeconômica (ABEP) C1, C2 e D (78,4%).

- As mulheres apresentaram menor grau de escolaridade que os homens, viviam mais sem companheiro, exerciam menos trabalho remunerado e, com maior frequência, pertenciam à classe econômica baixa (D/E).

- Foi identificada baixa adesão à prática regular de atividade física entre os usuários de medicamentos entrevistados (20,0%); adesão satisfatória em relação à dieta alimentar (63,0%); com relação ao tabagismo 56,2% nunca fumaram e 33% são ex-fumantes; quanto ao consumo de bebidas alcoólicas predominou o consumo eventual ou não consumo (82,6%).

- Os medicamentos cardiovasculares mais utilizados pelos indivíduos com hipertensão arterial foram os anti-hipertensivos: os IECA (71,8%), os diuréticos tiazídicos (62,1%), os betabloqueadores (31,3%) e os bloqueadores dos canais de cálcio (16,5%); as estatinas foram referidas por 11,6% e os digitálicos por 2,3%.

- Os medicamentos antidiabéticos mais utilizados pelos diabéticos estudados foram: o cloridrato de metformina (66,2%), as sulfoniluréias (45,3%) e as insulinas (18,7%).

- A UBS foi o local de aquisição dos medicamentos cardiovasculares e antidiabéticos mais referido pelos usuários (70,5%), seguida pela UBS e farmácia comercial em conjunto (28,5%).

- Os medicamentos do grupo dos antitrombóticos utilizados pela população estudada foram: o AAS (25,4%), a varfarina sódica (1,3%) e o clopidogrel (1,0%).

- Em relação a outros grupos farmacológicos os medicamentos mais utilizados foram: dipirona sódica (8,6%), o cloridrato de amitriptilina (5,5%), o cloridrato de ranitidina (5,3%), a levotiroxina (5,3%), o paracetamol (4,5%) e o diclofenaco sódico (4,0%).

- A prevalência de uso irregular de medicamentos cardiovasculares e antidiabéticos nos usuários pesquisados foi de 35,8% e houve associação entre o uso irregular e o trabalho remunerado (não exercer) e a presença de hipertensão

arterial e de diabetes mellitus, independentemente do número de medicamentos cardiovasculares e antidiabéticos utilizados, do sexo e da situação conjugal.

- Os principais efeitos colaterais referidos pelos pacientes em decorrência do uso dos medicamentos cardiovasculares e antidiabéticos foram: dor de estômago e azia (30,8%), mal estar, cansaço e sonolência (15,9%), poliúria (15,0%) e diarreia (12,1%).

- As condições de saúde bucal dos usuários de medicamentos cardiovasculares e antidiabéticos reveladas pelo estudo foram insatisfatórias. A prevalência de edentulismo foi de 35,0% e a perda de mais de 10 dentes ocorreu em 35,5% dos entrevistados.

- As mulheres apresentaram piores condições de saúde bucal que os homens: edêntulas (40,0%) e sangramento gengival (17,3%).

- Os fatores associados ao risco periodontal foram a faixa etária (ser idoso) e a coexistência de hipertensão arterial e de diabetes mellitus, independentemente do sexo.

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

As doenças crônicas, como a hipertensão arterial, o diabetes mellitus e as dislipidemias, exigem tratamento multidisciplinar, envolvimento e dedicação de pacientes e profissionais. Seu caráter crônico mantém os pacientes ligados aos serviços de saúde e, muitas vezes, há dependência de medicamentos para controle da doença. Vários são os fatores que podem interferir no uso de medicamentos e no sucesso do tratamento.

Entre as medidas não medicamentosas a atividade física regular foi a menos praticada pelos entrevistados. A presença recente do profissional de educação física na rede de atenção primária do município de Londrina parece ser promissora. A formação de grupos para prática de atividades físicas e a divulgação da importância do exercício no tratamento e no controle das doenças cardiovasculares e metabólicas são medidas eficazes, desde que praticadas continuamente.

Aliás, é a continuidade ou a constância que parece ser uma das maiores dificuldades encontradas no tratamento das doenças sem cura. A ausência de um tratamento curativo exige cada vez mais de pacientes e profissionais.

A boa comunicação entre profissionais de saúde e usuários de medicamentos é de extrema importância, especialmente em populações com baixa escolaridade e baixa renda. As dificuldades apresentadas por estas pessoas exigem maior cautela ao se realizar a prescrição de um medicamento. No entanto, mesmo indivíduos sem educação escolar merecem informações a respeito de sua doença e de seu tratamento. O indivíduo que não entende sua condição dificilmente colaborará com o tratamento medicamentoso.

Coordenadores e gestores públicos devem conhecer a lista de medicamentos essenciais e garantir o seu cumprimento conforme estabelecido pelas evidências das pesquisas científicas. Medicamentos como bloqueadores do receptor da angiotensina e o betabloqueador atenolol deveriam estar disponíveis nas UBS do município de Londrina. Além disso, os medicamentos devem ser fornecidos regularmente, pois o desabastecimento pode comprometer o sucesso do tratamento e trazer danos à saúde, principalmente em pacientes com dificuldades financeiras e de compreensão.

O acesso aos medicamentos não pode ser dificultado, como é o caso das estatinas. Desde que prescrita pelo médico, este medicamento é importante no

tratamento das morbidades cardiovasculares e metabólicas e seu fornecimento deverá ser revisto pelos gestores encarregados. Para isso, os dados desta pesquisa poderão ser úteis.

Importante também reforçar que pessoas com comorbidades, como os portadores de hipertensão arterial e de diabetes mellitus, apresentaram maior dificuldade no uso dos medicamentos. Embora o estudo não tenha permitido conhecer a causa exata do uso irregular por estes pacientes, as dificuldades e os riscos ressaltam a importância da atenção destinada a estes grupos. Medidas que têm obtido sucesso referem-se à revisão periódica dos medicamentos utilizados. Esta prática é realizada pelo profissional de saúde capacitado diretamente com o usuário do medicamento ou com o cuidador. Dúvidas podem ser tiradas, erros de utilização podem ser corrigidos e a conversa com o paciente pode propiciar o conhecimento de suas dificuldades em relação ao tratamento medicamentoso.

Outro aspecto merecedor de atenção são as condições desfavoráveis em que se encontram as mulheres desta população. Apesar dos avanços observados nos últimos anos, as desigualdades sociais existentes em nossa sociedade também estão presentes na questão do gênero. As piores condições de saúde bucal no sexo feminino observadas na população estudada indicam a importância da ampliação do acesso ao tratamento bucal durante todos os ciclos da vida, continuamente, mesmo após o período de gestação.

Como já comentado, o acesso ao tratamento odontológico reabilitador deve ser ampliado no município e programas de saúde bucal destinados a pacientes adultos e idosos devem ser elaborados e colocados em prática. Problemas bucais sem tratamento prejudicam a qualidade de vida.

Finalmente, durante a realização do estudo, a atenção básica no município de Londrina encontrava-se em processo de reestruturação devido, principalmente, à mudança da equipe de gestores e de profissionais após as eleições municipais. Neste período, entre as dificuldades observadas, estavam as equipes de Saúde da Família incompletas e programas de saúde interrompidos. Dessa forma, destaca-se a importância de se fortalecer os pressupostos da política nacional de atenção básica, organizadas pela estratégia Saúde da Família. O fortalecimento da atenção básica poderá influenciar positivamente no uso de medicamentos e nas condições de saúde bucal para que as complicações cardiovasculares sejam evitadas.

REFERÊNCIAS

- 1- Ebrahim S. Doenças crônicas em países em desenvolvimento: mais pesquisa ou mais ação? Conferência. In: XVIII Congresso Mundial de Epidemiologia - VII Congresso Brasileiro de Epidemiologia; 2008 Set 20-24; Porto Alegre. Disponível em:
http://www.epi2008.com.br/apresentacoes/CONFERENCIA%2022_09_11h45_pdf/Sah%20Ebrahim.pdf
- 2- World Health Organization. The World Health Report 2002: reducing risks, promoting healthy life [Internet]. Geneva; 2002 [Acesso 2008 Ago 27]. Disponível em: http://www.who.int/whr/2002/en/whr02_en.pdf
- 3- World Health Organization. The World medicines situation [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2004 [Acesso 2008 Ago 22]. Disponível em: <http://apps.who.int/medicinedocs/pdf/s6160e/s6160e.pdf>
- 4- World Health Organization. Essential medicines and pharmaceutical policies (EMP) [Internet]. Geneva; 2008 [Acesso 2008 Jul 14] Disponível em: <http://www.who.int/medicines/en/>
- 5- Ministério da Saúde (Brasil). Indicadores e Dados Básicos – Brasil – 2008. Indicadores de Dados Básicos do Brasil (IDB) 2008. Indicadores de mortalidade. Brasília: Ministério da Saúde; 2008 [Acesso 2010 Abril 22]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?idb2008/c04.def>
- 6- Paraná. Secretaria de Estado da Saúde. Centro de Informações e Diagnóstico em Saúde. Doenças e agravos não transmissíveis no Estado do Paraná. Curitiba; 2006.
- 7- Ministério da Saúde (Brasil). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Hipertensão arterial sistêmica para o Sistema Único de Saúde [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2006 [Acesso 2008 Maio 12]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_atencao_basica15.pdf
- 8- Ministério da Saúde (Brasil). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Diabetes mellitus [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2006 [Acesso 2008 Maio 12]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diabetes_mellitus.PDF
- 9- Pimazoni Netto A. Dados recentes reacendem a polêmica sobre o número de pessoas com diabetes no Brasil [Internet]. São Paulo: Sociedade Brasileira de Diabetes; 2008 [Acesso 22 Set 2009]. Disponível em: <http://www.diabetes.org.br/colunistas-da-sbd/debates/296-dados-recentes-reacendem-a-polemica-sobre-o-numero-de-pessoas-com-diabetes-no-brasil>
- 10- Vergnes JN, Arrivé E, Gourdy P, Hanaire H, Rigalleau V, Gin H, et al. Periodontal treatment to improve glycaemic control in diabetic patients: study protocol of the randomized, controlled DIAPERIO trial. *Trials*. 2009 Aug;2:10:65.

- 11- Blaizot A, Vergnes JN, Nuwwareh S, Amar J, Sixou M. Periodontal diseases and cardiovascular events: meta-analysis of observational studies. *Int Dent J*. 2009 Ago; 59(4):197-209.
- 12- Ministério da Saúde (Brasil). Cadernos de Atenção Básica nº17. Saúde Bucal. Brasília; 2006. [Acesso 2010 Abr 22] Disponível em: http://dab.saude.gov.br/docs/publicacoes/cadernos_ab/abcdad17.pdf
- 13- Mattila KJ, Nieminen MS, Valtonen VV, Rasi VP, Kesaniemi YA, Syrjala SL, et al. Association between dental health and acute myocardial infarction. *BMJ*. 1989 Mar 25;298(6676):779-81
- 14- Friedewald VE, Kornman KS, Beck JD, Genco R, Goldfine A, Libby P, et al. The American Journal of Cardiology and Journal of Periodontology editors' consensus: periodontitis and atherosclerotic cardiovascular disease. *J Periodontol*. 2009 Jul; 80(7):1021-32.
- 15- Taylor GW, Borgnakke WS. Periodontal disease: associations with diabetes, glycemic control and complications. *Oral Dis*. 2008 Apr;14(3):191-203.
- 16- Chávarry NG, Vettore MV, Sansone C, Sheiham A. The relationship between diabetes mellitus and destructive periodontal disease: a meta-analysis. *Oral Health Prev Dent* 2009;7(2):107-27.
- 17- Rose LF, Mealey B, Minsk L, Cohen W. Oral care for patients with cardiovascular disease and stroke. *J Am Dent Assoc* 2002 Jun;133 Suppl:37S-44S.
- 18- Ministério da Saúde (Brasil). Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal. Brasília; 2004 [Acesso 2010 Abr 22] Disponível em: http://dab.saude.gov.br/docs/publicacoes/geral/diretrizes_da_politica_nacional_de_saude_bucal.pdf
- 19- Silva AM, Vargas AMD, Ferreira EF, Abreu MHNG. A integralidade da atenção em diabéticos com doença periodontal. *Ciência & Saúde Coletiva*; (No prelo). [Acesso em 2010 Abr 22] Disponível em: http://www.abrasco.org.br/cienciaesaudecoletiva/artigos/artigp_int.php?id_artigo=1905
- 20- Pontes RJS, Ramos Jr AN, Kerr LRS, Bosi MLM. Transição Demográfica e Epidemiológica. In: Medronho RA, Bloch KV, Luiz RR, Werneck GL. *Epidemiologia*. 2. Ed. São Paulo: Atheneu; 2009. p. 123-151.
- 21- Ministério da Saúde (Brasil). Secretaria de Políticas de Saúde. Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus [Internet]. Brasília; 2001 [Acesso 2008 Ago 23] Disponível em: http://dtr2004.saude.gov.br/dab/docs/publicacoes/geral/plano_reorganizacao_atencao.pdf
- 22- Comissão Nacional Sobre Determinantes Sociais da Saúde. *As causas sociais das iniquidades em saúde no Brasil*. 22. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2008.

- 23- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Estimativas das populações residentes, em 1º de julho de 2008, segundo os municípios. 2008 [Acesso 2008 Ago 15] Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/estimativa2008/estimativa.shtm>
- 24- Rozenfeld S. Prevalência, fatores associados e mau uso de medicamentos entre os idosos: uma revisão. Cad Saúde Pública [periódico na internet]. Jul 2003 [acesso 16 Jul 2008];19(3):717-724. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v19n3/15875.pdf>.
- 25- World Health Organization. WHO medicines strategy countries at the core 2004-2007 [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2004 [Acesso 2008 Ago 22] Disponível em: http://whqlibdoc.who.int/hq/2004/WHO_edm_2004.5.pdf
- 26- Ministério da Saúde (Brasil). Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Formulação de Políticas de Saúde. Política Nacional de Medicamentos [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2001 [Acesso 2008 Set 24] Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_medicamentos.pdf
- 27- Ministério da Saúde (Brasil). Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. Relação nacional de medicamentos essenciais: Rename [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2008 [Acesso 2008 Dez] Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/rename_2008.pdf
- 28- Ministério da Saúde (Brasil). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Prevenção clínica de doenças cardiovasculares, cerebrovasculares e renais [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2006 [Acesso 2008 Maio 12]. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/abacad14.pdf>
- 29- Ministério da Saúde (Brasil). Farmácia Popular do Brasil. 2004 [Acesso 2008 Set 20] Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/area.cfm?id_area=1116
- 30- Pinto CDBS. O Programa Farmácia Popular do Brasil: modelo, cobertura e utilização frente à Política Nacional de Medicamentos [dissertação de mestrado]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca; 2008. [Acesso 2008 Set]. Disponível em: <http://bvssp.iciet.fiocruz.br/lildbi/docsonline/8/9/1398-pintocdbsm.pdf>
- 31- Ministério da Saúde (Brasil). Conselho Nacional de Saúde. Resolução N° 338, de 06 de Maio de 2004. [Acesso 2010 Abr 22]. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/resol_cns338.pdf
- 32- De Bernardi CLB, Bieberbach EW, Thomé HI. Avaliação da assistência farmacêutica básica nos municípios de abrangência da 17ª Coordenadoria Regional de Saúde do Rio Grande do Sul. Saude soc. [periódico na internet] 2006 Abr [Acesso 2008 Jun 19];15(1):73-83. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v15n1/08.pdf>
- 33- Araújo ALA, Freitas O. Concepções do profissional farmacêutico sobre a assistência farmacêutica na Unidade Básica de Saúde: dificuldades e elementos para a mudança. Rev Bras Cienc Farm [periódico na internet]. 2006 Mar [Acesso

2008 Maio 6];42(1):137-146. Disponível em:
<http://www.scielo.br/pdf/rbcf/v42n1/29868.pdf>

34- Araújo ALA, Ueta JM, Freitas O. Assistência farmacêutica como um modelo tecnológico em atenção primária à saúde. Rev Ciênc Farm Básica Apl [periódico na internet]. 2005 Out [Acesso 2008 Abr 25];26(2):87-92. Disponível em:
http://www.fcfar.unesp.br/revista_pdfs/vol26n2/trab1.pdf.

35- Ministério da Saúde (Brasil). Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. Formulário Terapêutico Nacional 2008: Rename 2006 [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2008 [Acesso 2008 Set 23]. Disponível em:
<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/multimedia/paginacartilha/docs/FTN.pdf>

36- Paraná. Secretaria de Estado da Saúde. Superintendência de Gestão de Sistemas de Saúde. Assistência farmacêutica [Internet]. Curitiba; 2008 [Acesso 2008 Mar 31]. Disponível em:
http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/cemepar/assistencia_farmaceutica_sesa.pdf

37- Prefeitura de Londrina. Secretaria de Planejamento. Perfil do Município de Londrina – 2007 (Ano-Base 2006). 2007. [Acesso 2008 Ago 22] Disponível em:
http://home.londrina.pr.gov.br/planejamento/perfil/perfil_2007.pdf

38- Prefeitura do Município de Londrina. Autarquia Municipal de Saúde. Protocolo clínico de saúde do adulto: hipertensão arterial, diabetes e dislipidemia. Londrina: Secretaria Municipal de Saúde; 2006.

39- Castro CGSO, coordenadora. Estudos de utilização de medicamentos: noções básicas. 20. ed. Rio de Janeiro: Afiliada; 2000.

40- Jesus ES, Augusto MAO, Gusmão J, Mion Júnior D, Ortega K, Pierin MG. Perfil de um grupo de hipertensos: aspectos biossociais, conhecimentos e adesão ao tratamento. Acta paul. enferm. [periódico na internet]. 2008. [Acesso 23 Abr 2010]; 21(1):59-65. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/ape/v21n1/pt_08.pdf

41- Aronson JK. In defence of polypharmacy. Editors' view. Br J Clin Pharmacol. 2004; 57(2):119-120.

42- Carvalho MFC. A polifarmácia em idosos no município de São Paulo – Estudo SABE – Saúde, Bem-estar e Envelhecimento, São Paulo, SP [dissertação de mestrado em Saúde Pública]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2007. 127p.

43- Almeida OP, Ratto L, Garrido R, Tamai S. Fatores preditores e conseqüências clínicas do uso de múltiplas medicações entre idosos atendidos em um serviço ambulatorial de saúde mental. Rev. Bras. Psiquiatr. [periódico na Internet]. 1999 Set [Acesso 2010 Jun 14]; 21(3): 152-157. Disponível em:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44461999000300006&lng=pt.

- 44- Naranjo JLR, Martin MC, Taupier IDB, Estrada LC. Polifarmacia en la tercera edad. *Rev Cubana Med Gen Integr* [online]. 2000, vol.16, n.4, p. 346-349. ISSN 0864-2125.
- 45- Wyles H, Rehman HU. 2005 apud Carvalho MFC. A polifarmácia em idosos no município de São Paulo. São Paulo, 2007. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Universidade de São Paulo. [internet]. [Acesso 2010 Abr 25]. Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/6/6132/tde-05122007-083756/publico/Maristela.pdf>
- 46- Veehof LJG, Stewart RE, Haaijer-Ruskamp FM, Jong BM. The development of polypharmacy. *A Longitudinal study. Fam Pract.* 2000;17(3):261-7.
- 47- Rollason V, Vogt N. Reduction of Polypharmacy in the Elderly: A Systematic Review of the Role of the Pharmacist. : *Drugs & Aging.* 2003; 20(11): 817-832(16).
- 48- Gorard DA. Escalating polypharmacy. Commentary. *Q J Med* [periódico na internet]. 2006 [Acesso 2010 Abr 25];99:797–800. Disponível em: <http://qjmed.oxfordjournals.org/cgi/reprint/99/11/797>
- 49- Hardon A, Hodgkin C, Fresle D. How to investigate the use of medicines by consumers [Internet]. Geneva: World Health Organization and University of Amsterdam; 2004 [Acesso 2008 Feb 20]. Disponível em: http://www.who.int/medicines/areas/rational_use/Manual1_HowtoInvestigate.pdf
- 50- Leite SN, Vieira M, Veber AP. Estudos de utilização de medicamentos: uma síntese de artigos publicados no Brasil e América Latina. *Ciênc Saúde Coletiva* [periódico na internet]. 2008 Abr [Acesso 2008 Maio 1];13(supl.):793-802. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v13s0/a29v13s0.pdf>
- 51- Melo DO, Ribeiro E, Storpirtis S. A importância e a história dos estudos de utilização de medicamentos. *Rev Bras Cienc Farm* [periódico na internet]. 2006 Dez [Acesso 2008 Julho 16];42(4):475-485. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/%0D/rbcf/v42n4/a02v42n4.pdf>.
- 52- Van der Geest S, Hardon A. Drugs use: methodological suggestions for field research in developing countries. *Health Policy Plan.* 1988; 3(2):152-158.
- 53- Laing R, Hogerzeil HV, Ross-Degnan D. Ten recommendations to improve use of medicines in developing countries. *Health Policy Plan* [periódico na internet]. 2001 mar [Acesso 2008 Jul 16];16(1): 13-20. Disponível em: <http://heapol.oxfordjournals.org/content/vol16/issue1/index.dtl>
- 54- Prefeitura de Londrina. Plano Municipal de Saúde 2008-2011. [Acesso 2009 Outubro 17] Disponível em: http://home.londrina.pr.gov.br/saude/relatorios_gestao/downloads/plano_municipal_d_e_saude_2008_2011.pdf
- 55- Prefeitura de Londrina. Centros de Saúde – Atualizado out 2008 [Acesso 2009 Outubro 17] Disponível em: http://www.londrina.pr.gov.br/saude/centros_saude/central.php3

- 56- Prefeitura de Londrina. Secretaria Municipal de Saúde. Conselho Municipal de Saúde. Relatório Anual de Gestão da Saúde ano 2007. 2008. 2007 [Acesso 2008 Ago 22] Disponível em:
http://saude.londrina.pr.gov.br/relatorios_gestao/downloads_site_relatoriosgestao_2008/relatorio_gestao_2007.pdf
- 57- Prefeitura de Londrina. Plano Diretor Participativo – 2008. [Acesso 2008 Agosto] Disponível em:
http://home.londrina.pr.gov.br/homenovo.php?opcao=home&item=plano_diretor
- 58- Prefeitura de Londrina. Centrofarma. Cota atualizada medicamentos município de Londrina – mês junho 2008. Londrina; 2008.
- 59- OpenEpi version 2.3: Open Source Epidemiologic Statistics for Public Health [Internet]. Seattle: Bill & Melinda Gates Foundation. Update 2009 [Acesso 2009 Out 17]. Disponível em: <http://www.openepi.com/Menu/OpenEpiMenu.htm>
- 60- Ministério da Saúde (Brasil). DATASUS. Secretaria Executiva. Caderno de Informações de Saúde; Informações Gerais; Município Londrina – PR. 2007 [Acesso 2008 Setembro] Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/tabdata/cadernos/pr.htm>
- 61- Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa. Critério de Classificação Econômica Brasil - CCEB, 2008. [Acesso 2008 Ago 17] Disponível em:
www.abep.org
- 62- Haskell WL, Lee IM, Pate RR, Powell KE, Blair SN, Franklin BA, et al. Physical activity and public health: updated recommendation for adults from the American College of Sports Medicine and the American Heart Association. Circulation [periódico na internet] 2007 Aug [Acesso 10 Mar 2010];116(9):1081-10. Disponível em: <http://circ.ahajournals.org/cgi/reprint/116/9/1081.pdf>
- 63- WHO Collaborating Centre for Drug Statistics Methodology, Guidelines for ATC classification and DDD assignment 2010. Oslo, 2009.
- 64- Giroto E. Adesão ao tratamento anti-hipertensivo e fatores associados na área de abrangência de uma unidade de saúde da família, Londrina, PR [dissertação mestrado em Saúde Coletiva]. Londrina: Universidade Estadual de Londrina; 2008. 189p.
- 65- Paniz VMV, Fassa AG, 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 [periódico na Internet]. 2008 Fev [acesso 2010 Mar 17];24(2):267-80. Disponível em:
<http://www.scielosp.org/pdf/csp/v24n2/04.pdf>
- 66- Flores VB, Benvegnú LA. Perfil de utilização de medicamentos em idosos da zona urbana de Santa Rosa, Rio Grande do Sul, Brasil. Cad Saúde Pública [periódico na Internet]. 2008 Jun [acesso 2010 Mar 17];24(6):1439-1446. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v24n6/24.pdf>
- 67- Lima-Costa MF, Barreto SM, Giatti L. Condições de saúde, capacidade funcional, uso de serviços de saúde e gastos com medicamentos da população

idosos brasileira: um estudo descritivo baseado na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. *Cad Saúde Pública* [periódico na Internet]. 2003 Maio [acesso 2010 Mar 17];19(3):735-43. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v19n3/15877.pdf>

68- Loyola Filho AI, Uchoa E, Firmo JOA, Lima-Costa MF. Influência da renda na associação entre disfunção cognitiva e polifarmácia: Projeto Bambuí. *Rev Saúde Pública* [periódico na Internet]. 2008 Fev [acesso 2010 Mar 17];42(1):89-99. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v42n1/6086.pdf>

69- Barros AJD, Bertoldi AD. Out-of-pocket health expenditure in a population covered by the Family Health Program in Brazil. *Int J Epidemiol*. 2008 Apr;37(2):758-65.

70- Guerra Jr AA, Acúrcio FA, Gomes CAP, Miralles M, Girardi SM, Werneck GAF et al. Disponibilidade de medicamentos essenciais em duas regiões de Minas Gerais, Brasil. *Rev Panam Salud Publica* [periódico na Internet]. 2004 Mar [acesso 2010 Mar 17];15(3):168-75. Disponível em: <http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v15n3/a05v15n3.pdf>

71- Luz TCB, Loyola Filho AI, Lima-Costa MF. Estudo de base populacional da subutilização de medicamentos por motivos financeiros entre idosos na Região Metropolitana de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. *Cad Saúde Pública* [periódico na Internet]. 2009 Jul [acesso 2010 Mar 17];25(7):1578-86. Disponível em: <http://www.scielosp.org/pdf/csp/v25n7/16.pdf>

72- Teixeira JJV, Lefreve F. A prescrição medicamentosa sob a ótica do paciente idoso. *Rev Saúde Pública* [periódico na Internet]. 2001 Abr [acesso 2010 Mar 17];35(2):207-13. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v35n2/4407.pdf>

73- V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial. *Arq Bras Cardiol* [periódico na Internet]. 2007 Sep [acesso 2010 Mar 17];89(3):e24-e79. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/abc/v89n3/a12v89n3.pdf>

74- World Health Organization. Global strategy on diet, physical activity and health [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2003. http://www.who.int/dietphysicalactivity/strategy/eb11344/strategy_english_web.pdf

75- Siqueira FV, Facchini LA, Piccini RX, Tomasi E, Thumé E, Silveira DS. et al. Atividade física em adultos e idosos residentes em áreas de abrangência de unidades básicas de saúde de municípios das regiões Sul e Nordeste do Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2008 Jan;24(1):39-54.

76- Baretta E, Baretta M, Peres KG. Nível de atividade física e fatores associados em adultos no Município de Joaçaba, Santa Catarina, Brasil. *Cad. Saúde Pública* [periódico na Internet]. 2007 Jul [acesso 2010 Mar 17];23(7):1595-602. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v23n7/10.pdf>

77- Katzmarzyk PT, Church TS, Blair SN. Cardiorespiratory fitness attenuates the effects of the metabolic syndrome on all-cause and cardiovascular disease mortality in men. *Arch Intern Med*. 2004 May;164(10):1092-97.

- 78- Evenson KR, Stevens J, Thomas R, Cai J. Effect of cardiorespiratory fitness on mortality among hypertensive and normotensive women and men. *Epidemiology*. 2004 Sep;15(5):565-72.
- 79- Palatini P, Visentin P, Dorigatti F, Guarnieri C, Santonastaso M, Cozzio S. et al. Regular physical activity prevents development of left ventricular hypertrophy in hypertension. *Eur Heart J*. 2009 Jan;30(2):225-32.
- 80- Sturmer G, Dias-da-Costa JS, Olinto MTA, Menezes AMB, Gigante DP, Macedo S. O manejo não medicamentoso da hipertensão arterial sistêmica no Sul do Brasil. *Cad. Saúde Pública* [periódico na Internet]. 2006 Ago [acesso 2010 Mar 17];22(8):1727-37. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v22n8/21.pdf>
- 81- Pereira JC, Barreto SM, Passos VMA. Perfil de risco cardiovascular e autoavaliação da saúde no Brasil: estudo de base populacional. *Rev Panam Salud Publica* [periódico na Internet]. 2009 Jun [acesso 2010 Mar 17];25(6):491-98. Disponível em: <http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v25n6/v25n6a04.pdf>
- 82- Ebrahim S, Montaner D, Lawlor DA Clustering of risk factors and social class in childhood and adulthood in British women's heart and health study: cross sectional analysis. *BMJ*. 2004 Apr;328(7444):861.
- 83- Lloyd-Jones DM, Hong Y, Labarthe D, Mozzafarian D, Appel LJ, Van Horn L et al. Defining and setting national goals for cardiovascular health promotion and disease reduction: the American Heart Association's Strategic Impact Goal through 2020 and beyond. *Circulation*. 2010 Feb;121(4):586-613.
- 84- Souza JJG. Hipertensão arterial referida e uso de anti-hipertensivos em adultos na cidade de São Paulo, 2003: um estudo de base populacional. [dissertação mestrado em Saúde Pública]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo; 2006. 112p.
- 85- Fleith VD, Figueiredo MA, Figueiredo KF, Oliveira RL, Moura EC. Perfil de utilização de medicamentos em usuários da rede básica de saúde de Lorena, SP. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2008 Abr;13(supl):755-62.
- 86- Oliveira CAP, Marin MJS, Marchioli M, Pizoletto BHM, Santos RV. Caracterização dos medicamentos prescritos aos idosos na Estratégia Saúde da Família. *Cad Saúde Pública*. 2009 Maio;25(5):1007-16.
- 87- Schroeter G, Trombetta T, Faggiani FT, Goulart PV, Creutzberg M, Viegas K. et al. Terapia anti-hipertensiva utilizada por pacientes idosos de Porto Alegre/RS, Brasil. *Sci Med*. 2007 Jan/Mar;17(1):14-9.
- 88- Benowitz NL. Fármacos anti-hipertensivos. In: Katzung BG. *Farmacologia básica e clínica*. 9. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2005. cap. 11, p. 135-54.
- 89- Eriksson JW, Jansson PA, Carlberg B, Hägg A, Kurland L, Svensson MK. et al. Hydrochlorothiazide, but not Candesartan, aggravates insulin resistance and causes visceral and hepatic fat accumulation: the mechanisms for the diabetes preventing effect of Candesartan (MEDICA) Study. *Hypertension*. 2008 Dec;52(6):1030-37.

- 90- American Diabetes Association. Standards of medical care in diabetes – 2007. *Diabetes Care*. 2007 Jan;30(suppl 1):S4-S41.
- 91- Barnett MJ, Milavetz G, Kaboli PJ. Beta-Blocker therapy in veterans with asthma or chronic obstructive pulmonary disease. *Pharmacotherapy*. 2005 Nov;25(11):1550-9.
- 92- Krumholz HM, Radford MJ, Wang Y, Chen J, Heiat A, Marciniak TA. National use and effectiveness of beta-blockers for the treatment of elderly patients after acute myocardial infarction: National Cooperative Cardiovascular Project. *JAMA*. 1998 Aug;280(7):623-9.
- 93- Faria HTG, Zanetti ML, Santos MA, Teixeira CRS. Conhecimento sobre terapêutica medicamentosa em diabetes: um desafio na atenção à saúde. *Acta Paul Enferm* [periódico na Internet]. 2009 Set [acesso 2010 Mar 17];22(5):612-17. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v22n5/03.pdf>
- 94- Holman RR, Paul SK, Bethel MA, Matthews DR, Neil HA. 10-Year Follow-up of intensive glucose control in type 2 diabetes. *N Engl J Med*. 2008 Sep;359(15):1577-89.
- 95- Holman RR, Paul SK, Bethel MA, Neil HAW, Matthews DR. Long-term follow-up after tight control of blood pressure in type 2 diabetes. *N Engl J Med*. 2008 Oct; 359(15):1565-76.
- 96- Cannon CP, Braunwald E, McCabe CH, Rader DJ, Rouleau JL, Belder R. et al. Intensive versus moderate lipid lowering with statins after acute coronary syndromes. *N Engl J Med*. 2004 Apr;350(15):1495-504.
- 97- Ardern CI, Katzmarzyk PT, Janssen I, Church TS, Blair SN. Revised adult treatment panel III guidelines and cardiovascular disease mortality in men attending a preventive medical clinic. *Circulation*. 2005 Sep;112(10):1478-85.
- 98- Ibrahim SA, Kwok CK. Underutilization of oral anticoagulant therapy for stroke prevention in elderly patients with heart failure. *Am Heart J*. 2000 Aug;140(2):219-20.
- 99- Vasconcelos FF, Victor JF, Moreira TMM, Araújo TL. Utilização medicamentosa por idosos de uma Unidade Básica de Saúde da Família de Fortaleza - CE. *Acta paul. enferm.* [Internet]. junho 2005 [Acesso Maio 2010] ; 18(2): 178-183. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002005000200010&lng=en.
- 100 - Reis AMM, Perini E. Desabastecimento de medicamentos: determinantes, conseqüências e gerenciamento. *Ciênc. Saúde Coletiva*. 2008 Abr;13(supl):603-10.
- 101- Naves JOS, Silver LD. Evaluation of pharmaceutical assistance in public primary care in Brasília, Brazil. *Rev Saúde Pública*. 2005 Abr;39(2):223-30.
- 102- Almeida MF, Barata RB, Montero CV, Silva ZP. Prevalência de doenças crônicas auto-referidas e utilização de serviços de saúde, PNAD/1998, Brasil. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2002 Jan;7(4):743-56.

- 103- Rocha CH, Oliveira APS, Ferreira C, Faggiani FT, Schroeter G, Souza AC. Adesão à prescrição médica em idosos de Porto Alegre, RS. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2008 Abr;13(supl):703-10.
- 104- Hanlon JT, Schmader KE, Ruby CM, Weinberger M. Suboptimal prescribing in older inpatients and outpatients. *J Am Geriatr Soc*. 2001;49(2):200-9.
- 105- Couto BE, Albuquerque IL, Medeiros MAS. Uso abusivo de medicamentos por idosos em comunidade de Fortaleza – Ceará. *RBPS*, 2007; 20(1):12-16.
- 106- Bedell SE, Jabbour S, Goldberg R, Glaser H, Gobble S, Young-Xu Y. et al. Discrepancies in the use of medications. Their extent and predictors in an outpatient practice. *Arch Intern Med*. 2000;160:2129-34.
- 107- Flores LM, Mengue SS. Uso de medicamentos por idosos em região do sul do Brasil. *Rev Saúde Pública*. 2005 Dez;39(6):924-29.
- 108- Bertoldi AD, Barros AJ, Hallal PC, Lima RC. Utilização de medicamentos em adultos: prevalência e determinantes individuais. *Rev Saúde Pública*. 2004;38(2):228-38.
- 109- Barreto SM, Kalache A, Giatti L. Does health status explain gender dissimilarity in healthcare use among older adults? *Cad. Saúde Pública [Internet]*. 2006, vol.22(2), p.347-355.
- 110- Shiri C, Srinivas SC, Futter WT, Radloff SE. The role of insight into and beliefs about medicines of hypertensive patients. *Cardiovasc J Afr*. 2007 Nov-Dec;18(6):353-7.
- 111- Clementsen PS, Kristensen KS, Kamp-Jensen M, Kampmann JP. Patients' knowledge about their own medication-does verbal information help? A blind randomized study. *Ugeskrift for Laeger*. 1992 Aug;154(33):2264-6.
- 112- Akici A, Kalaca S, Ugurlu MU, Toklu HZ, Iskender E, Oktay S. Patient knowledge about drugs prescribed at primary healthcare facilities. *Pharmacoepidemiol Drug Saf*. 2004 Dec;13(12):871-6.
- 113- Kim N, Talwalkar J, Holmboe E. Challenges in ambulatory resident education: medication knowledge in disadvantaged patients. *Conn Med*. 2006 Oct;70(9):549-57.
- 114- Holm S. Justifying patient self-management – evidence based medicine or the primacy of the first person perspective. *Med Health Care Philos*. 2005;8(2):159-64.
- 115- Isacson D, Binge-fors K. Attitudes towards drugs – a survey in the general population. *Pharm World Sci*. 2002 Jun;24(3):104-10.
- 116- Morrow DG, Weiner M, Young J, Steinley D, Deer M, Murray MD. Improving medication knowledge among older adults with heart failure: a patient-centered approach to instruction design. *Gerontologist*. 2005 Aug;45(4):545-52.

- 117- Fillit HM, Futterman R, Orland BI, Chim T, Susnow L, Picariello GP et al. Polypharmacy management in medicare managed care: changes in prescribing by primary care physicians resulting from a program promoting medication reviews. *Am J Manag Care*. 1999 Apr;5(5):587-94.
- 118- Araújo ALA, Pereira LRL, Ueta JM, Freitas O. Perfil da assistência farmacêutica na atenção primária do Sistema Único de Saúde. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2008 Abr;13(supl):611-17.
- 119- Mesas AE, Andrade SM, Cabrera MAS. Condições de saúde bucal de idosos de comunidade urbana de Londrina, Paraná. *Rev Bras Epidemiol*. 2006 Dez; 9(4):471-80.
- 120- Silva DD, Sousa MLR, Toledo R, Lisboa CM. Condições de saúde bucal em idosos na cidade de Piracicaba. *Rev Assoc Paul Cir Dent*. 2002 Maio/Jun;56(3):183-87.
- 121- Colussi CF, Freitas SFT, Calvo MCM. Perfil epidemiológico da cárie e do uso e necessidade de prótese na população idosa de Biguaçu, Santa Catarina. *Rev Bras Epidemiol*. 2004 Mar;7(1):88-97.
- 122- Silva DD, Sousa MLR, Wada RS. Saúde bucal em adultos e idosos na cidade de Rio Claro, São Paulo, Brasil. *Cad. Saúde Pública*. 2004 Mar-Abr; 20(2):626-631.
- 123- Barilli ALA, Passos ADC, Marin-Neto JA, Franco LJ. Doenças Periodontais em Pacientes com Doença Isquêmica Coronariana Aterosclerótica, em Hospital Universitário. *Arq. Bras. Cardiol*. 2006 Dez; 87(6):695-700.
- 124- Frazão P, Antunes JLF, Narvai PC. Perda dentária precoce em adultos de 35 a 44 anos de idade. Estado de São Paulo, Brasil, 1998. *Rer. Bras. Epidemiol*. 2003; 6(1).
- 125- Matos DL, Giatti L, Lima-Costa MF. Fatores sócio-demográficos associados ao uso de serviços odontológicos entre idosos brasileiros: um estudo baseado na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. *Cad Saúde Pública*. 2004 Set/Out;20(5):1290-97.
- 126- World Health Organization. Strategies and approaches in oral disease prevention and health promotion – WHO, 2009.
- 127- Haikola B, Oikarinen K, Soderholm AL, Remes-Lyly T, Sipila K. Prevalence of edentulousness and related factors among elderly Finns. *J Oral Rehabil*. 2008 Nov; 35(11):827-35.
- 128- Desvarieux M, Demmer RT, Rundek T, Boden-Albala B, Jacobs DR, Papapanou PN. et al. Relationship between periodontal disease, tooth loss and carotid artery plaque. the Oral Infections and Vascular Disease Epidemiology Study (INVEST). *Stroke*. 2003 Sep;34(9):2120-125.
- 129- Joshipura KJ, Hung HC, Rimm EB, Willett WC, Ascherio A. Periodontal disease, tooth loss, and incidence of ischemic stroke. *Stroke*. 2003 Jan;34(1):47-52.

- 130- Holmlund A, Holm G, Lind L. Severity of periodontal disease and number of remaining teeth are related to the prevalence of myocardial infarction and hypertension in a study based on 4,254 subjects. *J Periodontol.* 2006 Jul;77(7):1173-8.
- 131- Engström S, Gahnberg L, Högberg H, Svärdsudd K. Association between high blood pressure and deep periodontal pockets. A nested case-referent study. *Ups J Med Sci.* 2007;112(1):95-103
- 132- Al-Emadi A, Bissada N, Farah C, Siegel B, Al-Zaharani M. Systemic diseases among patients with and without alveolar bone loss. *Quintessence Int.* 2006 Nov/Dec;37(10):761-5.
- 133- Kaur G, Holtfreter B, Rathmann WG, Schwahn C, Wallaschofski H, Schipf S, et al. Association between type 1 and type 2 diabetes with periodontal disease and tooth loss. *J Clin Periodontol.* 2009 Sep;36(9):765-74.
- 134- Demmer RT, Desvarieux M. Periodontal infections and cardiovascular disease. *J Am Dent Assoc.* 2006 Oct;137 Suppl:14S-20S.
- 135- Alves C, Andion J, Brandão M, Menezes R. Mecanismos patogênicos da doença periodontal associada ao diabetes melito. *Arq Bras Endocrinol Metab.* 2007 Out; 51(7):1050-7.
- 136- Rai B, Kaur J, Jain RK, Anand SC. Periodontal disease and coronary heart disease. *JK Science.* 2009 Oct/Dec;11(4):194-5
- 137- Higashi Y, Goto C, Jitsuiki D, Umemura T, Nishioka K, Hidaka T, et al. Periodontal infection is associated with endothelial dysfunction in healthy subjects and hypertensive patients. *Hypertension.* 2008 Feb;51(2):446-53.
- 138- Humphrey LL, Fu R, Buckley DI, Freeman M, Helfand M. Periodontal disease and coronary heart disease incidence: a systematic review and meta-analysis. *Evid Based Dent.* 2009;10(1):22.
- 139- Cronin A. Periodontal disease is a risk marker for coronary heart disease? *J Gen Intern Med.* 2008 Dec;23(12):2079-86
- 140- Li X, Kolltveit KM, Tronstad L, Olsen I. Systemic diseases caused by oral infection. *Clin Microbiol Rev.* 2000 Oct;13(4):547-58
- 141- Lamster IB, Lalla E, Borgnakke WS, Taylor GW. The relationship between oral health and diabetes mellitus. *J Am Dent Assoc.* 2008 Oct;139 Suppl:19S-24S.
- 142- Awartani FA. Evaluation of the relationship between type 2 diabetes and periodontal disease. *Saudi M J.* 2009 Jul;30(7):902-6.
- 143- Petersen PE, Ogawa H. Strengthening the prevention of periodontal disease: the WHO approach. *J Periodontol.* 2005 Dec;76(12):2187-93.

144- Williams RC, Barnett AH, Claffey N, Davis M, Gadsby R, Kellet M, et al. The potential impact of periodontal disease on general health: A consensus view. *Curr Med Res Opin.* 2008 Jun;24(6):1635-1643.

145- Silva SRC, Valsecki Júnior A. Avaliação das condições de saúde bucal dos idosos em um município brasileiro. *Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health.* 2000; 8(4):268-271.

146- Barbato PR, Nagano HCM, Zanchet FN, Boing AF, Peres MA. Perdas dentárias e fatores sociais associados em adultos brasileiros: uma análise dos dados do Estudo Epidemiológico Nacional (Projeto SB Brasil 2002-2003). *Cad. Saúde Pública.* 2007 Ago; 23(8):1803-1814.

147- Taylor GW, Borgnakke WS. Self-reported periodontal disease: validation in an epidemiological survey. *J Periodontol.* 2007 Jul;78(7 suppl):1407-20.

APÊNDICES

APÊNDICE A

DIGITADO 1ª () 2ª ()

FORMULÁRIO PARA COLETA DE DADOS**1. IDENTIFICAÇÃO**

1.1 Nº _____	1.2 NOME:	1.3 DATA DA ENTREVISTA __/__/____
1.4 ENDEREÇO:		
1.5 ENTREVISTADOR:		1.6 TELEFONE:
1.7 GÊNERO:	1 <input type="checkbox"/> MASCULINO 2 <input type="checkbox"/> FEMININO	1.8 DATA DE NASCIMENTO: __/__/____
1.9 LOCAL DA ENTREVISTA: _____		

2. DADOS SOCIOECONÔMICOS E DEMOGRÁFICOS

2.1 QUAL O SEU ESTADO CIVIL?	1 <input type="checkbox"/> Solteiro(a) 2 <input type="checkbox"/> Casado(a) 3 <input type="checkbox"/> Separado(a)/Divorciado(a) 4 <input type="checkbox"/> Viúvo(a)
2.2 QUANTOS ANOS O SR(A) ESTUDOU?	1 <input type="checkbox"/> Nenhum 2 <input type="checkbox"/> 1 a 4 anos 3 <input type="checkbox"/> 5 a 8 anos 4 <input type="checkbox"/> 9 anos ou mais
2.3 EXERCE TRABALHO REMUNERADO?	1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não

3. CLASSIFICAÇÃO ECONÔMICA (ABEP – CCEB)

POSSE DE ITENS	Quantidade de Itens				
	0	1	2	3	4 ou+
Televisão em cores	0	1	2	3	4
Rádio	0	1	2	3	4
Banheiro	0	4	5	6	7
Automóvel	0	4	7	9	9
Empregada mensalista	0	3	4	4	4
Máquina de Lavar	0	2	2	2	2
Vídeo cassete e/ou DVD	0	2	2	2	2
Geladeira	0	4	4	4	4
Freezer (separado ou duplex)	0	2	2	2	2
GRAU DE INSTRUÇÃO DO CHEFE DA FAMÍLIA					
Analfabeto até 3ª Série Fundamental / Analfabeto até primário incompleto					0
Até 4ª Série Fundamental / Primário completo a ginásial incompleto					1

Fundamental completo / Ginásial completo a colegial incompleto	2
Médio completo / colegial completo a superior incompleto	4
Superior completo	8
TOTAL ABEP	

4. SAÚDE E ESTILO DE VIDA

DOENÇAS AUTO-REFERIDAS (4.1 a 4.8)

4.1 O (a) Sr (a) tem Diabetes?	1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não 3 <input type="checkbox"/> Não sabe
4.2 Tem Asma/Bronquite/Enfisema?	1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não 3 <input type="checkbox"/> Não sabe
4.3 Tem Insuficiência Cardíaca?	1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não 3 <input type="checkbox"/> Não sabe
4.4 Tem Depressão?	1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não 3 <input type="checkbox"/> Não sabe
4.5 O (a) Sr (a) já teve Infarto Agudo do Miocárdio?	1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não 3 <input type="checkbox"/> Não sabe
4.6 O (a) Sr (a) já teve Acidente Vascular Cerebral (Derrame)?	1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não 3 <input type="checkbox"/> Não sabe
4.7 Tem Hipertensão Arterial?	1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não 3 <input type="checkbox"/> Não sabe
4.8 Tem colesterol alto?	1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não 3 <input type="checkbox"/> Não sabe
4.9 O (a) Sr (a) fuma ou já fumou?	1 <input type="checkbox"/> Fumante 2 <input type="checkbox"/> Ex-fumante há 6 meses 3 <input type="checkbox"/> Ex-fumante há mais de 6 meses 4 <input type="checkbox"/> Nunca fumou
4.10 Costuma tomar bebidas alcoólicas?	1 <input type="checkbox"/> Diariamente 2 <input type="checkbox"/> 1 a 2 vezes/semana 3 <input type="checkbox"/> 3 a 6 vezes/semana 4 <input type="checkbox"/> Nunca bebe 5 <input type="checkbox"/> Eventualmente
4.11 Faz atividade física regular?	1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não
4.12 Faz alguma dieta ou toma algum cuidado com a alimentação? _____ ► Pode marcar 1 ou mais alternativas.	• Dieta Hipocalórica; • Restrição de sal; • Restrição de açúcar; • Restrição gorduras; • Nenhuma; • Outra _____
4.13 O Sr (a) foi internado no último ano?	1 <input type="checkbox"/> Sim Por que? _____ 2 <input type="checkbox"/> Não

SAÚDE BUCAL

4.14 O Sr (a) sabe dizer se possui alguma prótese dentária? (pivô, coroa, ponte móvel ou fixa, ou dentadura superior e/ou inferior?)	1 <input type="checkbox"/> Sim Qual(s)? Superior: _____ Inferior: _____ 2 <input type="checkbox"/> Não
4.15 Quantas vezes ao dia costuma escovar os dentes?	_____ vezes ao dia.
4.16 Utiliza o fio ou fita dental? ► NÃO questionar os pacientes que possuírem prótese total superior E inferior. Ir para 4.17	1 <input type="checkbox"/> Sim _____ vezes ao dia 2 <input type="checkbox"/> Não _____ vezes semana
4.17 O Sr (a) tem sentido dores nos dentes ou na gengiva? ► Para os edêntulos perguntar apenas sobre dor na gengiva.	1 <input type="checkbox"/> Sim, na última semana 2 <input type="checkbox"/> Sim, há 15 dias 3 <input type="checkbox"/> Sim, há mais de 1 mês 4 <input type="checkbox"/> Não

4.18 Tem observado sangramento na gengiva? ► Perguntar a todos.	1 <input type="checkbox"/> Sim, na última semana 2 <input type="checkbox"/> Sim, há 15 dias 3 <input type="checkbox"/> Sim, há mais de 1 mês 4 <input type="checkbox"/> Não
4.19 Sente algum (s) dente(s) amolecido(s)? ► Perguntar apenas aos que possuem dente.	1 <input type="checkbox"/> Sim Quantos? ____ dentes 2 <input type="checkbox"/> Não
4.20 Quantos dentes já perdeu? ► Para os que utilizam prótese total superior E inferior marcar alternativa 5 (todos).	1 <input type="checkbox"/> Nenhum 2 <input type="checkbox"/> De 1 a 3 dentes 3 <input type="checkbox"/> De 4 a 9 dentes 4 <input type="checkbox"/> Mais de 10 dentes 5 <input type="checkbox"/> Todos

5. CONHECIMENTO, INFORMAÇÃO E TRATAMENTO

5.1 Quais o(s) sintoma(s) o Sr (a) acredita estarem relacionados à DCV/HA ou ao Diabetes? • Tontura, dor de cabeça, mal estar, cansaço, taquicardia, sudorese, dor nas pernas, pernas inchadas, diarreia, tosse seca...; ► **Pode marcar 1 ou mais sintomas.**

Resposta: _____

5.2 Qual o tempo de tratamento da DCV/HA ou do Diabetes?	1 <input type="checkbox"/> Menos de 1 ano 2 <input type="checkbox"/> De 1 a 5 anos 3 <input type="checkbox"/> Por toda a vida 4 <input type="checkbox"/> Não sabe
5.3 O Sr (a) tem acesso à internet?	1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não Se Não → item 6.1
5.4 Se sim, busca informações sobre saúde?	1 <input type="checkbox"/> Sim Quais? _____ 2 <input type="checkbox"/> Não

6. ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE

6.1 Possui plano de saúde?	1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não 3 <input type="checkbox"/> Não sabe
6.2 Quando recebeu a última visita da equipe do Posto de Saúde (PSF)? 1 <input type="checkbox"/> Há 6 meses 2 <input type="checkbox"/> De 6 meses a 1 ano 3 <input type="checkbox"/> Há mais de 1 ano 4 <input type="checkbox"/> Não recebeu visita	
6.3 Quando foi sua última consulta médica?	1 <input type="checkbox"/> Há 6 meses 2 <input type="checkbox"/> De 6 meses a 1 ano 3 <input type="checkbox"/> Há mais de 1 ano
6.4 Quando foi ao dentista pela última vez? Se 1, 2 ou 3 responder 6.5 Se 4 ir para bloco 7	1 <input type="checkbox"/> Há 6 meses 2 <input type="checkbox"/> De 6 meses a 2 anos 3 <input type="checkbox"/> Há mais de 2 anos 4 <input type="checkbox"/> Nunca foi ao dentista
6.5 Onde recebeu tratamento odontológico?	1 <input type="checkbox"/> Na Rede Pública de Saúde (Posto de Saúde/CEO) 2 <input type="checkbox"/> Particular ou Plano Odontológico 3 <input type="checkbox"/> Não lembra

7. UTILIZAÇÃO DE MEDICAMENTOS

7.1 Quais medicamentos utiliza para o coração / pressão alta ou para o diabetes e como o (a) Sr (a) os toma?				
Nº	Medicamentos (Nome genérico e comercial)	Dose (mg/g)	Vezes (dia)	Horário
1				
2				

3				
4				
5				
6				
7				
8				

<p>7.2 O Sr (a) utiliza outros medicamentos atualmente? Quais?</p>	<p>1 <input type="checkbox"/> Sim Qual(s)? 1- _____ 2- _____ 3- _____ 4- _____</p> <p>2 <input type="checkbox"/> Não</p>
<p>7.3 Onde adquiriu o (s) medicamento (s) cardiovasculares e/ou antidiabéticos?</p>	<p>1 <input type="checkbox"/> UBS (Posto de Saúde) 4 <input type="checkbox"/> Farmácia Popular 2 <input type="checkbox"/> UBS e Farmácia comercial 5 <input type="checkbox"/> Regional de Saúde 3 <input type="checkbox"/> Farmácia comercial 6 <input type="checkbox"/> Outro local Qual? _____</p>
<p>7.4 O (A) Sr (a) recebeu alguma informação sobre como utilizar o(s) medicamento(s) cardiovascular(s) e/ou antidiabético(s)?</p>	<p>1 <input type="checkbox"/> Sim Qual(s)? _____ 2 <input type="checkbox"/> Não _____</p> <p>Se Não → ir para 7.6</p>
<p>7.5 Quem fez a recomendação? ▶ Pode marcar mais de 1 alternativa.</p>	<p>01 <input type="checkbox"/> Médico 02 <input type="checkbox"/> Enfermeira 03 <input type="checkbox"/> Equipe da UBS 04 <input type="checkbox"/> Dentista 05 <input type="checkbox"/> Farmacêutico 06 <input type="checkbox"/> Outro</p>
<p>7.6 Sente algum efeito indesejado (colateral) que pode estar relacionado a algum medicamento cardiovascular ou antidiabético utilizado? ▶ Pode marcar mais de 1 alternativa.</p>	<p>1 <input type="checkbox"/> Inchaço 2 <input type="checkbox"/> Diarréia 3 <input type="checkbox"/> Câimbra 4 <input type="checkbox"/> Cefaléia 5 <input type="checkbox"/> Dor muscular 6 <input type="checkbox"/> Poliúria 7 <input type="checkbox"/> Insônia 8 <input type="checkbox"/> Boca seca 9 <input type="checkbox"/> Tosse seca 10 <input type="checkbox"/> Não sente efeitos colaterais decorrentes destas medicações; 11 <input type="checkbox"/> Outros efeitos: _____</p>
<p>7.7 Como o Sr (a) toma o(s) medicamento(s)? Se 2, 3, 4 ou 5 → 7.8 Se 1 → fim</p>	<p>1 <input type="checkbox"/> Diariamente no horário correto 2 <input type="checkbox"/> Diariamente em horários diferentes 3 <input type="checkbox"/> Esquece algumas vezes 4 <input type="checkbox"/> Esquece muitas vezes 5 <input type="checkbox"/> Não toma o medicamento prescrito</p>

<p>7.8 Por que deixa de tomar ou não toma corretamente o(s) medicamento(s)? ► Pode marcar mais de 1 alternativa.</p>	<p>01 <input type="checkbox"/> Esquece de tomar 02 <input type="checkbox"/> Só toma quando se sente mal 03 <input type="checkbox"/> Prefere não tomar devido aos efeitos colaterais 04 <input type="checkbox"/> Não quer tomar medicamentos todos os dias 05 <input type="checkbox"/> O medicamento não estava disponível na UBS 06 <input type="checkbox"/> Não tem condições de comprar 07 <input type="checkbox"/> Quando ingere bebidas alcoólicas não toma 08 <input type="checkbox"/> Pula uma tomada porque acha que não precisa 09 <input type="checkbox"/> Outra razão Qual? _____</p>
--	---

APÊNDICE B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

A. Informações sobre a Pesquisa:

Você está convidado (a) a participar, como voluntário (a), da pesquisa intitulada: **“CARACTERIZAÇÃO DO USO DE MEDICAMENTOS CARDIOVASCULARES E ANTIDIABÉTICOS POR USUÁRIOS DA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE CENTRO SOCIAL URBANO (CSU), EM LONDRINA - PR”**. Esta pesquisa tem por objetivo estudar a utilização dos medicamentos cardiovasculares e antidiabéticos por usuários da Unidade Básica de Saúde CSU, no Município de Londrina, Paraná. Você será esclarecido (a) sobre a pesquisa em qualquer aspecto que desejar. Sua participação não é obrigatória e, a qualquer momento, você poderá desistir de participar e retirar seu consentimento, sem que isso acarrete qualquer penalidade.

B. Procedimentos do Estudo:

Os procedimentos da pesquisa envolvem perguntas sobre a sua situação de saúde, em especial sobre a utilização de medicamentos e hábitos do seu dia-a-dia, e sobre alguns bens presentes em sua casa.

As entrevistas serão realizadas por indivíduos devidamente treinados, assim como pela pesquisadora principal. Todos os entrevistados que demonstrarem dúvidas quanto ao uso dos medicamentos serão orientados a procurarem auxílio médico para esclarecimentos.

C. Confidencialidade da Pesquisa:

As informações obtidas através dessa pesquisa serão confidenciais e asseguramos o sigilo sobre sua participação. Os dados não serão divulgados de forma a possibilitar sua identificação.

A participação no estudo não acarretará custos para você e não haverá nenhuma compensação financeira adicional.

Você receberá uma cópia deste termo onde consta o telefone e o endereço da pesquisadora principal, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação agora ou a qualquer momento.

A principal investigadora é a Sra. **Ana Carolina Bertin de Almeida Lopes**, que poderá ser encontrada no endereço: Avenida Robert Kock, 60 – Centro de Ciências da Saúde – Vila Operária – CEP: 86039-440 – Londrina – PR, telefones: **(43) 3371-5100** ou **(43) 8813-0965**. Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Londrina pelo telefone (43) 3371-2490 (atendimento às quintas-feiras pela manhã).

D. Consentimento Informado:

Eu, _____, declaro que li as informações contidas neste documento, fui devidamente informado (a) pelo(s) pesquisador (s) dos objetivos e procedimentos da pesquisa de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Concordo em participar voluntariamente desse estudo sendo que poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidades, prejuízos ou perda do meu atendimento neste serviço de saúde.

Londrina, ____ de _____ de 2009.

Assinatura do Participante da Pesquisa

NOME DO PESQUISADOR

ASSINATURA DO PESQUISADOR

APÊNDICE C – Manual de Instruções

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE LONDRINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
MESTRADO EM SAÚDE COLETIVA

MANUAL DE INSTRUÇÕES

Mestrado em Saúde Coletiva

Londrina 2009

ORIENTAÇÕES GERAIS PARA COLETA DE DADOS

1 - INTRODUÇÃO

O manual de instruções serve para esclarecer suas dúvidas e **DEVE ESTAR SEMPRE COM VOCÊ. RELEIA O MANUAL PERIODICAMENTE.** Evite confiar excessivamente na própria memória. **LEVE SEMPRE COM VOCÊ:**

- Crachá e carteira de identidade;
- Jaleco;
- Manual de instruções;
- Formulários;
- Termo de consentimento livre e esclarecido;
- Lápis, borracha, apontador, prancheta e sacos plásticos.

OBS: Levar o material para o trabalho de campo em número maior que o estimado.

2 - CRITÉRIOS DE INCLUSÃO NO ESTUDO

Serão incluídos no estudo os pacientes com idade a partir de 18 anos que receberem medicamentos cardiovasculares e/ou antidiabéticos, residentes na área de abrangência da Unidade Básica de Saúde Centro Social Urbano (CSU).

3 - CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO NO ESTUDO

Todas as pessoas menores de 18 anos e gestantes não participarão do estudo. Nas situações onde houver mais de um membro de uma mesma residência que retiraram medicamentos cardiovasculares e/ou antidiabéticos, apenas uma será entrevistado após realização de sorteio.

4 - ETAPAS DO TRABALHO DE CAMPO

4.1 RECONHECIMENTO DA REGIÃO

Em caso de dúvidas com relação à região onde será desenvolvido o estudo, basta checar o mapa fornecido com todas as ruas da área. Ainda existindo dúvidas, favor entrar em contato com o responsável pelo estudo.

4.2 ENTREVISTA

Apresentamos em seguida orientações gerais sobre como abordar e entrevistar. Estas orientações são o código de conduta do entrevistador. Informações específicas serão apresentadas mais adiante.

- Quando chegar à frente da casa a ser visitada, o (a) entrevistador (a) deve bater e sempre aguardar que alguém apareça para recebê-lo (a). Se necessário, bater palmas e/ou pedir ajuda aos vizinhos para chamar o morador da casa. Caso a entrevista não tenha sido agendada previamente, quando o morador estiver ausente no momento da entrevista, perguntar aos vizinhos qual o melhor horário para encontrá-lo em casa e o telefone. Assim, o (a) entrevistador (a) deverá voltar outro dia em outro horário (dependendo das informações prestadas pelos vizinhos) para nova tentativa.
- Procure apresentar-se de uma forma simples e sem exageros. Tenha bom senso no vestir. Se usar óculos escuros, retire-os ao abordar um domicílio. Não masque chicletes, nem coma ou beba algum alimento durante a entrevista. Nem pense em fumar quando estiver fazendo contato ou entrevistando qualquer morador, mesmo que este fume e lhe ofereça.
- Informe os objetivos da pesquisa. Obtenha o consentimento verbal da pessoa para iniciar a entrevista. Não peça que o entrevistado assine o Termo de Consentimento no início da pesquisa.
- Seja sempre gentil e educado, pois as pessoas não têm obrigação de recebê-lo. A primeira impressão causada na pessoa que o recebe é muito importante.
- Caso não tenha havido contato telefônico prévio com o paciente deixe claro logo de início que você faz parte de um projeto de pesquisa da Universidade Estadual de Londrina, e que quer apenas conversar. É importante ressaltar que você não quer vender nada.
- Trate os entrevistados adultos por Sr e Sra, sempre com respeito. Só mude este tratamento se o próprio pedir para ser tratado de outra forma.
- Chame o entrevistado sempre pelo nome (por ex. Dona Maria, Seu José), assim como as crianças. Jamais chame alguém de tio, tia, vô, vó, mãe, etc. Isto é sempre interpretado como desinteresse pela pessoa.
- Durante a entrevista, de vez em quando, faça referência ao nome do entrevistado. É uma forma de ganhar a atenção e manter o interesse do entrevistado. Por exemplo: “Dona Maria, agora vamos falar sobre...” e não simplesmente “Agora vamos falar sobre...”.
- “Nunca demonstre censura, aprovação ou surpresa diante das respostas. Lembre-se que o propósito da entrevista é obter informações e não transmitir ensinamentos ou influenciar a conduta das pessoas. A postura do entrevistador deve ser sempre neutra em relação às respostas”.
- **Leia as perguntas para o entrevistado. Se necessário e conveniente, explique o conteúdo da questão do modo que você achar mais adequado para o entrevistado entender, só não se esqueça de evitar surpresa ou influenciar as respostas.**

- Dê ao paciente o Termo de Consentimento para que seja assinado e informe que é apenas um requisito da pesquisa, garantindo a ele o sigilo de todas as informações colhidas. Lembre à pessoa que ela tem o telefone do responsável pela Pesquisa no Termo de Consentimento e poderá ligar para sanar qualquer dúvida. O termo de consentimento só deverá ser entregue para assinatura ao final da entrevista.
- Entre em contato com o responsável pela pesquisa sempre que tiver dúvidas.
- Seja sempre pontual nas entrevistas agendadas.
- Não saia de casa sem ter material suficiente para o trabalho a ser realizado no dia, sempre com alguma folga para possíveis eventos desfavoráveis.
- Mantenha a mão, o seu Manual de Instruções e o consulte se necessário, durante a entrevista.

4.3 PREENCHIMENTO DOS FORMULÁRIOS

- Posicione-se de preferência frente a frente com a pessoa entrevistada, evitando que ela procure ler as questões durante a entrevista.
- Os formulários devem ser preenchidos a lápis e com muita atenção, usando borracha para as devidas correções. Em casa, faça a checagem dos formulários preenchendo a caneta.
- As letras e números devem ser escritos de maneira absolutamente legível, sem deixar margem para dúvidas. Lembre-se! Tudo isto vai ser relido e digitado.
- Em especial, o 1 não tem aba, nem pé. Faça um cinco bem diferente do nove! O oito são duas bolinhas.
- Nunca deixe nenhuma resposta em branco, a não ser as dos pulos indicados no formulário. Faça um risco diagonal no bloco ou questão que está sendo pulada e siga em frente. *Lembre-se que, no caso de uma pergunta sem resposta, você terá que voltar ao local da entrevista.*
- Não use abreviações ou siglas, a não ser que tenham sido fornecidas pelo manual.
- Datas devem aparecer sempre na ordem: dia - mês - ano e todos os espaços devem ser preenchidos. Para datas anteriores ao dia e mês 10, escreva o número precedido de 0 (zero). Exemplo: 02 / 04 / 1982.
- Nunca passe para a próxima pergunta se tiver alguma dúvida sobre a questão que acabou de ser respondida. Se necessário, peça para que se repita a resposta. Não registre a resposta se não estiver absolutamente seguro (a) de ter entendido o que foi dito pelo (a) entrevistado (a).
- Preste muita atenção para não pular nenhuma pergunta. Ao final de cada página do formulário, procure verificar se todas as perguntas da página foram respondidas.

- Nunca confie em sua memória e não deixe para registrar nenhuma informação depois da entrevista. Não encerre a entrevista com dúvidas ou espaços ainda por preencher.
- Quando você tiver dúvida sobre a resposta ou a se informação parecer pouco confiável, tentar esclarecer com o respondente, e, se necessário, anote a resposta por extenso e apresente o problema ao responsável.
- Use o pé da página, ou o verso, para escrever tudo o que você acha que seja importante para resolver qualquer dúvida. Na hora de discutir com o responsável estas anotações serão muito importantes.
- Caso a resposta seja “OUTRO”, especificar o que foi respondido no espaço reservado, segundo as palavras do informante, quando este espaço existir.

4.3.1 RECUSAS

- Em caso de recusa, anotar no formulário. A recusa será considerada uma perda, não havendo a possibilidade de substituí-la por outra pessoa. Você pode dizer que entende o quanto a pessoa é ocupada e o quanto responder um formulário pode ser cansativo, mas insista em esclarecer a importância do trabalho e de sua colaboração.

4.3.2 ENTREVISTA/PERDA/EXCLUSÃO

- Para todos os pacientes visitados, sendo ou não encontrados, aceitando ou não participar da entrevista, deve-se anotar o desfecho do processo, ou seja, o motivo (perda ou exclusão). Também é necessário preencher o formulário, com os dados de identificação presentes ou alguma informação fornecida por algum morador.

4.3.3 INSTRUÇÕES PARA O PREENCHIMENTO DOS FORMULÁRIOS

- As alternativas de resposta somente devem ser lidas se estiverem em **NEGRITO**.
- Nos casos em que um parente ou o cuidador responder pelo paciente, anotar o seu nome no item 1 (Identificação).
- Caso o respondente não entenda a pergunta, explique a pergunta de uma segunda maneira, com o cuidado de não induzir a resposta. Em último caso, enunciar todas as opções.
- Quando em dúvida sobre a resposta ou se a informação parecer pouco confiável, tentar esclarecer com o respondente, e, se necessário, anote a resposta por extenso e apresente o problema ao responsável pela pesquisa.

INSTRUÇÕES ESPECÍFICAS POR BLOCOS

BLOCO 1: IDENTIFICAÇÃO

PERGUNTA 1.1 Número: Seqüência de numeração dos formulários.

PERGUNTA 1.2 Nome: Anotar o nome completo do entrevistado.

PERGUNTA 1.3 Data da Entrevista: Anotar dia/mês/ano.

PERGUNTA 1.4 Endereço.

PERGUNTA 1.5 Entrevistador (a): Completar com o nome do (a) entrevistador (a).

PERGUNTA 1.6 Telefone: Anotar o número do telefone. Caso o paciente não queira fornecer ou não possua telefone, deixar em branco.

PERGUNTA 1.7 Gênero: Apenas observe e anote.

PERGUNTA 1.8 Data de Nascimento: Colocar dia, mês e ano (nesta ordem).

PERGUNTA 1.9 Local da Entrevista: UBS, residência do paciente ou outro local.

* OBSERVAÇÃO: as informações anteriores possivelmente já estarão presentes no formulário fornecido, não sendo necessário realizar todas estas perguntas, salvo exceções.

BLOCO 2: DADOS SOCIOECONÔMICOS E DEMOGRÁFICOS

PERGUNTA 2.1 Qual o seu estado civil? Apenas anote a resposta sem dar as opções.

PERGUNTA 2.2 Quantos anos o Sr (a) estudou? Caso apresente dúvida pode ler as respostas.

PERGUNTA 2.3 Exerce trabalho remunerado? Refere-se ao estado atual de trabalho do paciente. Para pacientes aposentados marcar Não.

BLOCO 3: CLASSIFICAÇÃO ECONÔMICA (ABEP – CCEB)

→ Televisão: contar apenas as a cores.

→ Rádio: Considerar qualquer tipo de rádio no domicílio, mesmo que esteja incorporado a outro equipamento de som ou televisor. Rádios tipo walkman, conjunto 3 em 1 ou microsystems devem ser considerados, desde que possam sintonizar as emissoras de rádio convencionais. Não pode ser considerado o rádio do automóvel.

→ Banheiro: O que define o banheiro é a existência de vaso sanitário. Considerar todos os banheiros e lavabos com vaso sanitário, incluindo os de empregada e os localizados fora de casa. Para ser considerado, o banheiro tem que ser privativo do domicílio. Banheiros coletivos (que servem a mais de uma habitação) não devem ser considerados.

→ Automóvel: Não considerar táxis, vans ou pick-ups usados para fretes, ou qualquer veículo usado para atividades profissionais. Veículos de uso misto (lazer e profissional) não devem ser considerados.

→ Empregada mensalista: Considerar apenas os empregados mensalistas, isto é, aqueles que trabalham pelo menos cinco dias por semana, durmam ou não no emprego. Não se esquecer de incluir babás, motoristas, cozinheiras, copeiras, arrumadeiras, considerando sempre os mensalistas.

→ Máquina de Lavar: Considerar máquina de lavar roupa, somente as máquinas automáticas e/ou semi-automáticas. O tanquinho NÃO deve ser considerado.

→ Vídeo cassete e/ou DVD: Pode ser considerado qualquer tipo de vídeo cassete ou aparelho de DVD.

→ Geladeira: No quadro de pontuação há duas linhas independentes para assinalar a posse de geladeira e freezer respectivamente. A pontuação será aplicada de forma independente:

a) Havendo geladeira no domicílio, independente da quantidade serão atribuídos os pontos (4) correspondentes a posse de geladeira;

b) Se a geladeira tiver um freezer incorporado – 2a. porta – ou houver no domicílio um freezer independente serão atribuídos os pontos (2) correspondentes ao freezer.

As possibilidades são:

Não possui geladeira nem freezer	0 pontos
Possui geladeira simples (não duplex) e não possui freezer	4 pontos
Possui geladeira de duas portas e não possui freezer	6 pontos
Possui geladeira de duas portas e freezer	6 pontos
Possui freezer, mas não geladeira (caso raro mais aceitável)	2 pontos

BLOCO 4 – SAÚDE E ESTILO DE VIDA

Doenças auto-referidas

PERGUNTA 4.1 O (a) Sr(a) tem Diabetes?

Não dê as opções. Apenas anote conforme sua resposta.

PERGUNTA 4.2 Tem Asma/Bronquite/Enfisema?

Não dê as opções. Apenas anote conforme sua resposta.

PERGUNTA 4.3 Tem Insuficiência Cardíaca?

Não dê as opções. Apenas anote conforme sua resposta.

PERGUNTA 4.4 Tem Depressão?

Não dê as opções. Apenas anote conforme sua resposta.

PERGUNTA 4.5 O (a) Sr (a) já teve Infarto Agudo do Miocárdio?

Não dê as opções. Apenas anote conforme sua resposta.

PERGUNTA 4.6 O (a) Sr (a) já teve Acidente Vascular Cerebral (AVC)?

Não dê as opções. Apenas anote conforme sua resposta.

PERGUNTA 4.7 Tem Hipertensão Arterial?

Não dê as opções. Apenas anote conforme sua resposta.

PERGUNTA 4.8 Tem colesterol alto?

Não dê as opções. Apenas anote conforme sua resposta.

PERGUNTA 4.9 O (a) Sr (a) fuma ou já fumou?

Não dê as opções. Apenas anote conforme sua resposta. Caso o paciente relate que tenha parado de fumar, pergunte o tempo e anote conforme as alternativas possíveis.

PERGUNTA 4.10 Costuma tomar bebidas alcoólicas?

Não dê as opções. Apenas anote conforme sua resposta. Se a resposta for às vezes ou outra que indique uma frequência muito pequena, assinale a opção EVENTUALMENTE.

PERGUNTA 4.11 Faz atividade física regular?

PERGUNTA 4.12 Faz alguma dieta ou toma algum cuidado com a alimentação?

Ao lado da questão existem alguns exemplos apenas para orientar o entrevistador e não deverão ser listadas aos pacientes, a não ser que julgue necessário para obter a resposta correta.

PERGUNTA 4.13 O Sr (a) foi internado no último ano?

Prestar atenção em marcar como Sim apenas as internações ocorridas nos últimos 12 meses. Anotar a razão da internação caso o paciente se lembre.

Saúde Bucal

PERGUNTA 4.14 Sabe dizer se possui alguma prótese dentária?

Não dê as opções. Apenas anote conforme sua resposta. Se achar necessário dê algumas alternativas citadas no formulário.

PERGUNTA 4.15 Quantas vezes ao dia o Sr (a) costuma escovar os dentes?

Apenas anote conforme sua resposta correspondente ao número de vezes ao dia.

PERGUNTA 4.16 Utiliza o fio dental?

Anote conforme sua resposta e indague sobre o número de vezes por dia ou por semana. Lembre-se que só será marcado Sim para uso do fio ou fita dental, não devendo ser considerado o uso de linha. Pacientes que possuem prótese total (dentadura) superior e inferior não utilizam fio dental, portanto esta pergunta não deverá ser feita para essas pessoas (pular para 4.17).

PERGUNTA 4.17 O Sr (a) tem sentido dores nos dentes ou na gengiva?

Não dê as opções. Apenas anote conforme sua resposta. Lembrar que pacientes com prótese total em ambas as arcadas não sentem dor nos dentes, questionar apenas sobre dor na gengiva.

PERGUNTA 4.18 Tem observado sangramento na gengiva?

Apenas anote conforme sua resposta. Esta questão deverá ser feita para todos.

PERGUNTA 4.19 Sente algum (s) dente (s) amolecido (s)?

Apenas anote conforme sua resposta. Esta questão será feita apenas para pacientes que não possuam prótese total superior e inferior.

PERGUNTA 4.20 Quantos dentes já perdeu?

Não dê as opções. Apenas anote conforme sua resposta.

BLOCO 5 – CONHECIMENTO, INFORMAÇÃO E TRATAMENTO

PERGUNTA 5.1 Quais o (s) sintoma (s) o Sr (a) acredita estarem relacionados à DCV/HA ou ao Diabetes?

Anotar todos os sintomas relatados pelo paciente. Esclarecer que são os sintomas relacionados à doença e não ao tratamento.

PERGUNTA 5.2 Qual o tempo de tratamento da DCV/HA ou do Diabetes?

Anote conforme sua resposta. Se for necessário explique que a questão refere-se à duração em que o paciente acha que deverá tratar sua doença.

PERGUNTA 5.3 O Sr (a) tem acesso à internet? Apenas anote conforme sua resposta, considerando como Sim a presença de internet em casa, no trabalho ou em outro local de fácil acesso, com exceção de Lan House. Se a resposta for Não, ir para 6.1.

PERGUNTA 5.4 Se sim, busca informações sobre saúde?

Apenas anote conforme sua resposta. Quando a resposta for Sim, perguntar quais informações são buscadas.

BLOCO 6 – ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE

PERGUNTA 6.1 Possui plano de saúde?

Não dê as opções. Apenas anote conforme sua resposta. Não vale planos de transporte como Salva-Vidas.

PERGUNTA 6.2 Quando recebeu a última visita da equipe do Posto de Saúde (PSF)?

Não dê as opções. Apenas anote conforme sua resposta.

PERGUNTA 6.3 Quando foi sua última consulta médica?

Não dê as opções. Apenas anote conforme sua resposta.

PERGUNTA 6.4 Quando foi ao dentista pela última vez?

Não dê as opções. Apenas anote conforme sua resposta. Se a resposta for uma das alternativas 1, 2 ou 3 ir para questão 6.5. Caso seja a alternativa 4 ir para o bloco 7.

PERGUNTA 6.5 Onde recebeu tratamento odontológico?

Não dê as opções. Apenas anote conforme sua resposta.

BLOCO 7 – UTILIZAÇÃO DE MEDICAMENTOS

PERGUNTA 7.1 Quais medicamentos utiliza para o coração / pressão alta ou para o diabetes e como o (a) Sr (a) os toma?

ESTA QUESTÃO É REFERENTE APENAS AOS MEDICAMENTOS CARDIOVASCULARES E/OU ANTIDIABÉTICOS QUE O PACIENTE UTILIZA.

Solicite preferencialmente que mostre a(s) caixa (s) ou blister/cartela dos medicamentos cardiovasculares e/ou antidiabéticos utilizados ou mostre a receita médica com a qual pega ou compra os medicamentos. Procure confirmar se a resposta está realmente correta. Anote o nome do medicamento (nome comercial e genérico), a dose tomada e os horários que o paciente diz tomar.

OS MEDICAMENTOS MANIPULADOS TAMBÉM DEVERÃO SER CONSIDERADOS.

MEDICAMENTOS ASSOCIADOS (MAIS DE 1 PRINCÍPIO ATIVO) DEVERÃO SER LISTADOS PELO NOME COMERCIAL OU GENÉRICO, E NO CAMPO DOSE, A QUANTIDADE DE PRINCÍPIO ATIVO DE CADA COMPONENTE.

Existe a possibilidade de o paciente referir ter parado de tomar um medicamento por conta própria. Neste caso, anote o nome e dosagem do medicamento, e em vezes/dia e dias/semana anote 0 (zero), anotando na frente ou verso do formulário a situação encontrada. No caso de medicamentos prescritos em dias alternados ou em dias específicos, fazer a anotação de dias/semana e também anotar no formulário o ocorrido.

Caso o paciente responder que não sabe a dose ou o horário de tomada do medicamento, não se esquecer de anotar que ele não sabe, mesmo que seja possível estimar a dose pela observação da cartela.

PERGUNTA 7.2 O Sr (a) utiliza outros medicamentos atualmente?

Anotar todos os demais medicamentos de uso contínuo ou não utilizados pelo paciente.

PERGUNTA 7.3 Onde adquiriu o (s) medicamento (s) cardiovasculares e/ou antidiabéticos?

Ler as opções de resposta para o paciente.

PERGUNTA 7.4 O (a) Sr (a) recebeu alguma informação sobre como utilizar o (s) medicamento (s) cardiovascular (s) e/ou antidiabético (s)?

Anotar a resposta do paciente e, apenas se for necessário, citar algum tipo de orientação que costuma ser dada sobre o uso de medicamentos (horário e intervalos entre doses, por exemplo). Se a resposta for Não ir para 7.6.

PERGUNTA 7.5 Quem fez a recomendação?

Pode marcar mais de uma alternativa, caso mais de um profissional tenha orientado o paciente. Lembrar que auxiliar de enfermagem faz parte da alternativa 3 (Equipe da UBS).

PERGUNTA 7.6 Sente algum efeito indesejado (colateral) que possa estar relacionado a algum medicamento cardiovascular ou antidiabético utilizado?

Não dê as opções. Apenas anote conforme a resposta dada, assinalando a alternativa número 10 caso existam outros efeitos relatados pelo paciente que não os listados. É possível marcar mais de uma alternativa.

PERGUNTA 7.7 Como o Sr (a) toma os medicamentos?

O paciente poderá ser instruído pelo entrevistador que o objetivo desta pergunta é saber a respeito da atitude do paciente sobre os horários e intervalos entre as doses das medicações. Qualquer medicamento cardiovascular ou antidiabético que não seja tomado em horário correto ou deixe de ser tomado, o entrevistador deverá escolher entre as alternativas 2, 3, 4 ou 5. Note que os medicamentos cardiovasculares e antidiabéticos serão considerados em conjunto, não sendo possível marcar alternativas distintas para cada um. Quando a resposta for correspondente à alternativa de número 1, a entrevista está terminada. Caso contrário, ir para questão 7.8.

PERGUNTA 7.8 Por que deixa de tomar ou não toma corretamente o (s) medicamento (s)?

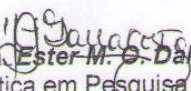
Não dê as opções. Apenas anote conforme sua resposta. É possível marcar mais de uma alternativa.

ANEXO

ANEXO 1 – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa



COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS
 Universidade Estadual de Londrina/ Hospital Universitário Regional Norte do Paraná
 Registro CONEP 268

PARECER CEP Nº 241/08 CAAE Nº 0238.0.268.000- 08	Londrina, 13 de março de 2009.
PESQUISADOR(A): ANA CAROLINA BERTIN DE ALMEIDA LOPES	
<p>Ilmo(a) Sr(a)</p> <p>O "Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Universidade Estadual de Londrina/ Hospital Universitário Regional Norte do Paraná" de acordo com as orientações da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde/MS e Resoluções Complementares, APROVA a execução do projeto:</p> <p>"CARACTERIZAÇÃO DO USO DE MEDICAMENTOS CARDIOVASCULARES E ANTIDIABÉTICOS POR USUÁRIOS DA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE CENTRO SOCIAL URBANO"</p> <p>Informamos que a Sr(a) deverá comunicar, por escrito, qualquer modificação que ocorra no desenvolvimento da pesquisa, bem como deverá apresentar ao CEP/UEL relatório final da pesquisa.</p>	
Situação do Projeto: APROVADO	
<p align="center">Atenciosamente,</p> <p align="center">  Prof.ª. Dra. Ester M. D. Dalla Costa Comitê de Ética em Pesquisa - CEP/UEL Coordenadora </p>	