

Usuários de Hipolipemiantes e a Rede de Saúde em uma Capital do Sul do Brasil

Users lipid-lowering and health network on a southern brasil's capital

Usuarios de hipolipemiantes y red de salud en capital a sur del brasil

Mayra Ayumi Yaedu Hames¹, Marina Rajiche Mattozo Rover², Taynara Silveira³, Silvana Nair Leite⁴, Bernd Heinrich Storb⁵

Resumo

Objetivo: Caracterizar os usuários de medicamentos hipolipemiantes do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF) sob os aspectos sócio demográficos, tipo de atendimento em saúde e os serviços de saúde a que estão vinculados em Florianópolis, discutindo as potencialidades e fragilidades do processo de atenção à saúde destes usuários conforme o preconizado nas linhas de cuidado definidas no Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) específico. **Métodos:** Iniciou-se com a busca de usuários de hipolipemiantes do CEAF no sistema informatizado de gerenciamento da assistência farmacêutica estadual. Adicionalmente foram coletadas informações do sistema informatizado de saúde municipal. Os

dados coletados foram registrados em planilha Excel e analisados estatisticamente, utilizando o teste qui-quadrado. **Resultados:** A partir destas análises, pode-se perceber que a maioria dos usuários de hipolipemiantes do CEAF são atendidos pela atenção básica, majoritariamente idosos e mulheres de baixa escolaridade possuem comorbidades associadas, participam de programas oferecidos pela rede de atenção e fazem uso de outros medicamentos do Componente Básico da Assistência Farmacêutica (CBAF). Portanto, o estudo proposto demonstra que o SUS vem ampliando o acesso aos serviços e à promoção da saúde à população estudada. No entanto, também é possível observar a necessidade de integração entre os serviços da atenção especializada e da rede de atenção básica à saúde, visando garantir a continuidade do cuidado.

Descritores: Assistência Farmacêutica, Componente Especializado da Assistência Farmacêutica, Dislipidemia.

Abstract

Aim: The aim of this work is to characterize the lipid-lowering medicine

¹ Ciências farmacêutica – Assistência Farmacêutica. E-mail: mayra.yaedu@hotmail.com

² Ciências Farmacêuticas - Assistência Farmacêutica. E-mail: marinarover@yahoo.com.br

³ Ciências Farmacêuticas - Assistência Farmacêutica. E-mail: taynara.s@hotmail.com

⁴ Ciências Farmacêuticas - Assistência Farmacêutica. E-mail: silvana.nair@hotmail.com

⁵ Ciências Farmacêuticas - Assistência Farmacêutica. E-mail: bhstorb@yahoo.com.br

users of the Specialized Component of Pharmaceutical Assistance (CEAF) on the socio demographics, medication, type of health care, as well as the health services to which they are linked in Florianópolis, discussing the strengths and weaknesses of the health care process for these users as recommended on the care lines established in the specific Clinical Protocol and Therapeutic Guidelines (PCDT). **Method:** It started searching for lipid-lowering users of CEAF in the computerized system of management of state pharmaceutical assistance. In addition, information was collected from the computerized system of municipal health. The collected data were recorded in Excel spreadsheet and analyzed statistically by using chi-square test. **Results:** Based on these analysis, it can be noticed that the most lipid-lowering users of CEAF are assisted by primary care, mostly elderly, low education women have associated comorbidities, participate in programs provided by the care network making use of other medicines of the Basic Program for Pharmaceutical Assistance (CBAF). Hence, the proposed study shows that the SUS has increased access to services and the promotion of health to the studied population. However, it can also see the need for integration

enters the services of specialized care and primary care network to health in order to ensure continuity of care.

Key words: Pharmaceutical Care, The Specialized Program for Pharmaceutical Assistance, Dyslipidemia.

Resumen

Objetivo: Caracterizar los usuarios de drogas hipolipemiantes del Componente Especializado de la Asistencia Farmacéutica (CEAF) en las características demográficas sociales, el tipo de cuidado de la salud; y los servicios de salud a los que están vinculados en Florianópolis, discusiones sobre las fortalezas y debilidades del proceso de atención de salud para estos usuarios como se recomienda en las líneas de atención definidas en el Protocolo de Clínica y Directrices Terapéuticas (PCDT) específico. **Métodos:** Se comenzó con la búsqueda de usuarios hipolipemiantes de CEAF en el sistema informatizado de gestión de la asistencia farmacéutica estatal. Además, la información se recogió del sistema informático de la salud municipal. Los datos recogidos se registraron en hoja de cálculo Excel y se analizaron estadísticamente mediante la prueba de chi cuadrado. **Resultados:** A partir de estos análisis, se puede ver que la mayoría de los usuarios

hipolipemiantes de CEAF son atendidos por la atención primaria, en su mayoría ancianos, mujeres, bajo nivel de educación, tengan comorbilidades, participar en los programas ofrecidos por la red de atención y hacer uso componente básico de otros medicamentos del Programa Básico de Asistencia Farmacéutica (CBAF). Por lo tanto, el estudio propuesto muestra que el SUS há aumentado el acceso a los servicios y promoción de la salud à la población de estudio. Sin embargo, también se puede ver la necesidad de la integración entra en los servicios de atención especializada y la red de atención primaria a la salud con el fin de asegurar la continuidad de la atención.

Descritores: Servicios Farmacéuticos, El Programa Especializado de Asistencia Farmacéutica, La Dislipidemia.

Introdução

As doenças cardiovasculares (DCV) estão entre as maiores causas de morbidade e mortalidade no mundo ocidental¹. Estas são doenças multifatoriais e se desenvolvem no decorrer da vida. Entre seus fatores de risco estão o tabagismo, a inatividade física, a carência de uma alimentação saudável e a obesidade; os quais são reconhecidamente passíveis de

prevenção a partir de estratégias comuns de melhoria dos hábitos de saúde da população².

A Doença Arterial Coronariana (DAC) é um exemplo de DCV, e a forte relação entre a dislipidemia e os estágios da doença aterosclerótica, e da dislipidemia com os outros fatores de risco, a coloca como um dos fatores de risco mais importantes^{3,4,5}.

Entretanto, o diagnóstico precoce e a triagem em cascata das famílias podem mudar a história natural desta grave enfermidade². Medidas não farmacológicas também são fundamentais no tratamento da dislipidemia, visando a redução do risco cardiovascular³. Aos portadores de formas graves de dislipidemia, que apresentam pequena ou nenhuma resposta a modificações do estilo de vida, recomenda-se iniciar o tratamento farmacológico com hipolipemiantes e conforme a resposta, seguir para o aumento de dose ou associação com outros hipolipemiantes. Esse tratamento exige monitorização laboratorial e seguimento clínico mais frequente, em virtude da maior incidência de eventos adversos².

Nas últimas duas décadas, avanços importantes foram obtidos com o desenvolvimento de hipolipemiantes com potenciais crescentes na redução da

hipercolesterolemia. O mercado brasileiro oferece, atualmente, seis opções de hipolipemiantes: ácido nicotínico, estatina, fibrato, inibidor seletivo da absorção intestinal de colesterol e sequestrador de ácidos biliares⁶.

Para o tratamento das dislipidemias, o Sistema Único de Saúde (SUS) disponibiliza através do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF), três diferentes classes de medicamentos: as estatinas, os fibratos e o ácido nicotínico. Através do Componente Básico da Assistência Farmacêutica (CBAF), o SUS disponibiliza apenas uma estatina, a sinvastatina.

Considerando a atenção básica à saúde, por suas características de vínculo, continuidade do cuidado e promoção da saúde⁵, fundamental para a atenção às pessoas portadoras de doenças ou fatores de risco para o desenvolvimento de doenças crônicas – como as dislipidemias – o presente estudo buscou caracterizar os usuários de medicamentos hipolipemiantes atendidos pelo CEAF em Florianópolis e os serviços de atenção básica ofertados no município, a que estão vinculados.

Os dados obtidos com este estudo poderão também ser utilizados

na construção de propostas de intervenção para o atendimento integral e identificação das possibilidades de vinculação do tratamento nos serviços de saúde que já atendem estes pacientes nos seus locais de residência. Estas medidas facilitarão o acompanhamento multiprofissional, o acesso aos tratamentos (farmacológicos e não farmacológicos) em seus territórios, visando reduzir a fragmentação do cuidado, a garantia da integralidade e a efetiva prevenção das DCV.

Revisão da literatura

O CEAF é uma importante estratégia para a ampliação do acesso aos medicamentos no SUS⁶, que objetiva a garantia da integralidade do tratamento medicamentoso, em nível ambulatorial, organizado em linhas de cuidado definidas em Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT)². Estes protocolos têm o objetivo de racionalizar a prescrição e o fornecimento dos medicamentos, estabelecendo claramente os critérios de diagnóstico de cada doença, o tratamento preconizado com os medicamentos disponíveis nas respectivas doses, mecanismos de controle, acompanhamento e verificação de resultados dos tratamentos. Os

medicamentos disponibilizados, em geral, ou têm elevado valor unitário ou devido à cronicidade do tratamento, tornam-se excessivamente caros para serem suportados pela população. Desta forma, há possibilidade da não adesão medicamentosa pelos usuários se o pronto acesso a estes medicamentos não estiver garantido pelo SUS.

Segundo o PCDT, a sinvastatina é a primeira linha de cuidado para a hipercolesterolemia, a qual segundo a regulamentação do CEAF, deve ser fornecida pelos municípios via CBAF. É importante destacar que os fármacos incluídos como primeira linha de cuidado nos PDCT, devem ser garantidos pelo CBAF visando contribuir para a melhora do prognóstico das doenças, para a redução da necessidade de atenção especializada e para redução dos recursos financeiros diretos e indiretos envolvidos^{1,6}.

No estado de Santa Catarina o CEAF é gerenciado pela Secretaria Estadual de Saúde - SES e a dispensação é responsabilidade dos municípios desde a pactuação entre os gestores em 2014.

Na lógica do atendimento integral dos usuários, faz-se necessária uma interação entre os PCDT, a Relação Nacional de Medicamentos

Essenciais (RENAME) e a Relação Nacional de Serviços e Ações de Saúde (RENASES), visto que para acesso aos medicamentos é imprescindível o cumprimento de todas as exigências constantes nos PCDT, que incluem exames e consultas com clínicos gerais ou especialistas.

Os exames para diagnóstico e monitoramentos do tratamento das dislipidemias fazem parte do elenco de serviços disponibilizados pelo SUS. Após o início o tratamento com estatinas, não é necessária a monitorização frequente do perfil lipídico, salvo sob orientação médica. Para os usuários que utilizam outros hipolipemiantes, a aferição do perfil lipídico pode ser realizada anualmente com o intuito de excluir dúvidas e monitorar a adesão medicamentosa dos pacientes. Para usuários de estatinas e fibratos, provas de função hepática (aminotransferases/transaminases) e muscular (creatinofosfoquinase) devem ser realizadas no início do tratamento, após 6 meses e toda vez que for alterada a dose do medicamento ou associados outros fármacos que aumentem o risco de toxicidade⁷.

Além disso, é fundamental o acompanhamento multiprofissional destes pacientes e a garantia da continuidade assistencial^{2,3}. Nesse

contexto, e considerando que o tratamento da dislipidemia compreende além da terapia medicamentosa, a conduta não medicamentosa, a atenção básica possui um papel essencial no controle e prevenção através de grupos de atividades educativas, na identificação de fatores de risco, no acompanhamento e no encaminhamento ágil e adequado para o tratamento especializado, quando necessário, visando um melhor resultado terapêutico e prognóstico dos casos².

Nesta lógica, o uso do medicamento está no contexto do tratamento e não deve ser visto a parte, como um processo isolado. Ele precisa ser considerado na perspectiva da integralidade, ou seja, no contexto das diferentes dimensões das práticas sanitárias. Desta maneira, as chances de sucesso terapêutico e de benefícios destes tratamentos estarão potencializadas.

Materiais e métodos

O estudo proposto foi desenvolvido em Florianópolis - Santa Catarina, cidade que possui cerca de 470 mil habitantes, segundo últimos dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), dos quais 5720 são atendidos pelo CEAF.

Este município possui Índice de Desenvolvimento Humano de 0,847; considerado pelo Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento um índice “muito alto”.

Iniciou-se a pesquisa com a coleta de dados em dois sistemas informatizados: o sistema utilizado nas unidades que desenvolvem atividades do CEAF e o sistema utilizado na rede de atenção básica do município. A coleta de dados foi realizada no período de agosto a outubro de 2015.

O estado de Santa Catarina utiliza um sistema informatizado para o acompanhamento e gerenciamento do CEAF, o qual promove a gestão de medicamentos, mas não interoperava com nenhum outro sistema de saúde utilizado nos municípios. Apresenta funcionalidades como: cadastramento dos profissionais com permissão de uso e dos usuários, dados referentes aos medicamentos e aos PCDTs vigentes, cadastramento de renovações e adequações das solicitações de medicamentos, avaliação e autorização das solicitações de medicamentos, registro da dispensação, manutenção de registro dos médicos prescritores, fluxo de estoque, e geração de relatórios gerais.

Com a emissão de um relatório dos usuários de todos os medicamentos

hipolipemiantes neste mesmo período, foi possível coletar os seguintes dados: nome completo dos usuários, o número do Cartão Nacional do SUS (CNS) e o medicamento hipolipemiante que faz uso, bem como a sua concentração. Através da pesquisa pelo cadastro de cada usuário foi possível coletar ainda: data de nascimento; regularidade do acesso aos medicamentos; nome do médico da última solicitação; local do último atendimento médico (por exemplo: Centro de Saúde - CS, clínicas particulares, hospitais) e a data de solicitação do medicamento hipolipemiante.

O segundo sistema, o utilizado pela rede de saúde de Florianópolis, contém um prontuário eletrônico de todos os pacientes que fazem uso dos serviços municipais de saúde, facilitando o atendimento de forma integral, uma vez que disponibiliza informações sobre todos os tipos de atendimentos realizados na rede de serviços municipais de saúde, tais como: a dispensação de medicamentos, as consultas, exames e participação de grupos, para todos os profissionais da saúde que trabalham na rede pública de saúde. Os dados pesquisados por usuário foram: sexo, idade, escolaridade, Distrito Sanitário (DS) pertencente, tratamentos prévios,

comorbidades, visita do Agente Comunitário de Saúde (ACS), programas que participa e os utilização dos medicamentos da farmácia do CS.

Com base nos registros do sistema de gerenciamento do estado, a população estudada foi dividida em dois grupos. O primeiro grupo refere-se aos usuários de hipolipemiantes do CEAF que são atendidos nos CS municipais e o segundo dos usuários de hipolipemiantes do CEAF que são atendidos em outros serviços de saúde como hospitais públicos e privados e clínicas privadas. Esta divisão foi feita com base na origem da prescrição de hipolipemiante atual.

Para efeito de análise, os dados foram tabulados utilizando o software Microsoft Excel[®] (versão 8). Para avaliar a diferença entre estes grupos, realizou-se análise estatística pelo teste Qui-Quadrado, considerando o valor de p significativo e menor que 0,05. Para isso, foi utilizado o software R Commander (R Project), versão 2.1-7, 2015.

Adicionalmente foi realizada a busca das especialidades dos médicos prescritores de medicamentos hipolipemiantes do CEAF, no site do Conselho Regional de Medicina de Santa Catarina. Os médicos pesquisados que estavam inscritos no site e não

possuíam informações em seu cadastro, foram classificados como “não informado”. Já aqueles que não estavam inscritos, foram classificados por “não encontrado”.

Os programas oferecidos pela Prefeitura Municipal de Florianópolis e desenvolvidos pelos CS, foram obtidos no site da secretaria municipal de saúde do município.

As faixas etárias utilizadas neste estudo foram adaptadas para melhor caracterização da população estudada. Não foram empregados outros pontos de corte, como os utilizados pelo IBGE, pois quando empregados neste estudo houveram faixas sem representação dos usuários, o que infere no cálculo do p.

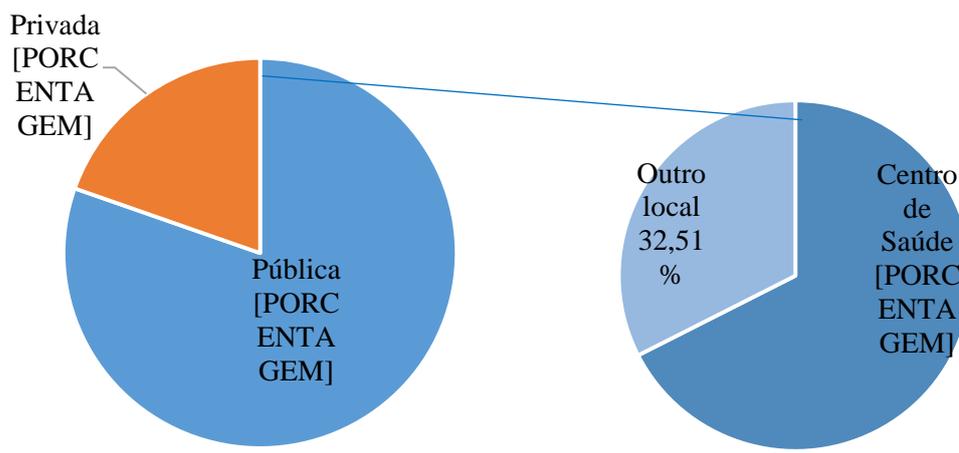
Esta pesquisa faz parte do projeto de “Avaliação da capacidade de gestão do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica em Santa Catarina” e foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina, sob o Parecer nº 712.031 de 2014.

Resultados

Segundo dados de agosto de 2015, Florianópolis atende 5720 usuários/mês do CEAF, dentre estes, 846 recebiam os hipolipemiantes, representando cerca de 14,20% dos atendimentos realizados. Para o tratamento das dislipidemias, em Santa Catarina há padronizado no CEAF os seguintes medicamentos: ácido nicotínico, atorvastatina, bezafibrato, ciprofibrato, genfibrozila, lovastatina e pravastatina. E no município de Florianópolis é disponibilizada, como primeira linha de cuidado para a hipercolesterolemia, a sinvastatina.

Dos 846, 680 usuários possuem a prescrição atual do hipolipemiante por um médico da rede pública e 166 na rede privada. Dos que possuem prescrição da rede pública, 571 são de médicos dos CS municipais, conforme apresentado na figura 1. Considerou-se estes últimos usuários regulares dos CS e os demais foram classificados como usuários de outros serviços de saúde como os hospitais e clínicas privadas, para este tratamento.

Figura 1 – Usuários de hipolipemiantes do CEAF, segundo o tipo de atendimento, 2015.



Na tabela 1 são apresentados os dados da caracterização dos usuários de hipolipemiantes do CEAF em Florianópolis, divididos em usuários

cujas prescrições do hipolipemiante é de médicos dos CS e usuários cujo a prescrição é oriunda de outra instituição.

Tabela 1 – Caracterização dos usuários de hipolipemiantes do CEAF em Florianópolis, conforme a origem da prescrição, 2015.

| Variável | Usuários dos Centros de Saúde | | Usuários de outras instituições | | Total | p-valor |
|--------------|-------------------------------|-------|---------------------------------|-------|--------|---------|
| | N | % | N | % | | |
| Sexo | | | | | | |
| Masculino | 239 | 41,86 | 115 | 41,82 | 41,84% | 0.9916 |
| Feminino | 332 | 58,14 | 160 | 58,18 | 58,16% | |
| Idade | | | | | | |
| ≤ 30 anos | 1 | 0,18 | 4 | 1,45 | 0,59% | 0.05654 |
| 31 a 50 anos | 61 | 10,68 | 23 | 8,36 | 9,93% | |
| 51 a 70 anos | 348 | 60,95 | 159 | 57,82 | 59,93% | |

| | | | | | | |
|--|-----|-------|-----|-------|--------|----------|
| > 70 anos | 161 | 28,20 | 89 | 32,36 | 29,55% | |
| Escolaridade | | | | | | |
| Analfabeto | 13 | 2,28 | 4 | 1,45 | 2,01% | 0.001663 |
| Alfabetizado | 226 | 39,58 | 74 | 26,91 | 35,46% | |
| Fundamental Completo | 110 | 19,26 | 49 | 17,82 | 18,79% | |
| Médio Completo | 166 | 29,07 | 77 | 28,00 | 28,72% | |
| Superior Completo | 51 | 8,93 | 45 | 16,36 | 11,35% | |
| Não possui prontuário* | 4 | 0,70 | 24 | 8,73 | 3,31% | |
| Não Informado** | 1 | 0,18 | 2 | 0,73 | 0,35% | |
| Medicamento CEAF | | | | | | |
| Atorvastatina | 433 | 75,83 | 245 | 89,09 | 80,14% | <0.0001 |
| Bezafibrato | 21 | 3,68 | 4 | 1,45 | 2,96% | |
| Ciprofibrato | 69 | 12,08 | 6 | 2,18 | 8,87% | |
| Genfibrozila | 6 | 1,05 | 0 | 0,00 | 0,71% | |
| Pravastatina | 6 | 1,05 | 5 | 1,82 | 1,30% | |
| Associações entre estatinas e fibratos | 36 | 6,30 | 15 | 5,45 | 6,03% | |

* “Não possui prontuário” são aqueles que não possuem cadastro no sistema municipal de saúde.

** “Não informado” são aqueles que possuem cadastro no sistema municipal de saúde, porém não tem registro da variável indicada.

Do total de usuários, 58,16% são mulheres. O uso destes medicamentos foi mais prevalente em

pacientes com faixa etária de 51 a 70 anos representando 59,93% dos usuários.

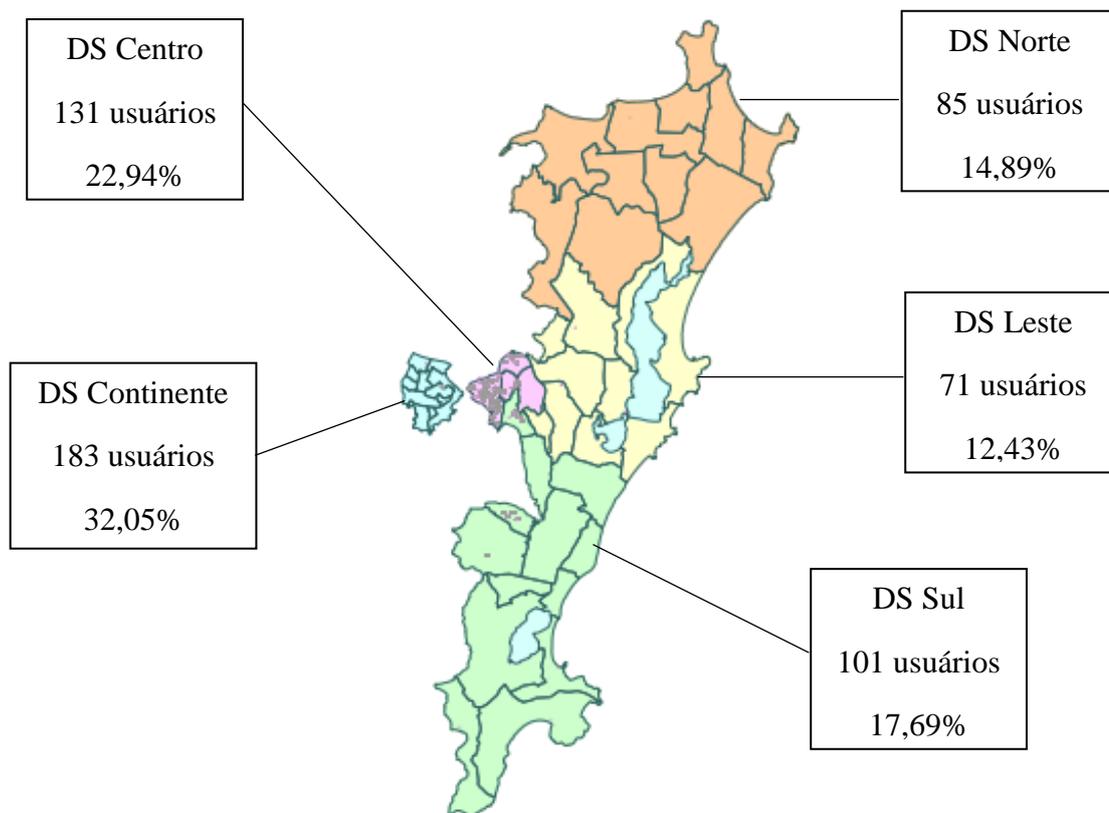
Em relação a escolaridade, a maioria é de alfabetizado. Quando comparados os dois grupos o número de usuários que possuem nível superior completo é quase duas vezes maior no grupo dos usuários dos outros serviços de saúde.

Percebe-se também uma diferença estatística entre os dois grupos de usuários estudados, em relação ao hipolipemiante utilizado, sendo que os usuários dos CS, majoritariamente,

utilizam além da atorvastatina (75,83%) outros fibratos (16,81%), enquanto que a maioria dos usuários de outros serviços utilizam a atorvastatina (89,09%) e menor proporção de fibratos (5,45%).

A distribuição dos usuários nos respectivos DS é demonstrada na figura 2, a qual apresenta os percentuais e os números totais de usuários atendidos por DS no mapa de Florianópolis.

Figura 2 - Distribuição dos Usuários por Distrito Sanitário de Florianópolis, 2015.



A caracterização dos usuários de hipolipemiantes atendidos nos CS em

relação ao tratamento prévio com sinvastatina, comorbidades, inclusão em

programas de saúde, utilização de medicamentos do CBAF e quanto ao recebimento de visita de ACS é apresentada na tabela 2.

Tabela 2 – Caracterização dos usuários de hipolipemiantes e dos Centros de Saúde em Florianópolis, 2015.

| Variável | Usuários do Centro de Saúde | |
|--|------------------------------------|----------|
| | N | % |
| Tratamentos prévios | | |
| Sinvastatina | 325 | 56,92 |
| Sem histórico | 242 | 42,38 |
| Não possui prontuário* | 4 | 0,70 |
| Comorbidades | | |
| Uma | 128 | 22,92 |
| Duas | 166 | 29,07 |
| Maior que duas | 121 | 21,19 |
| Não informado** | 156 | 27,32 |
| Visita do Agente Comunitário de Saúde | | |
| Sim | 537 | 94,05 |
| Não | 2 | 0,35 |
| Não informado** | 32 | 5,60 |
| Programas | | |
| Não participa | 75 | 13,13 |

| | | |
|-------------------------------|-----|-------|
| Participa de 1 programa | 200 | 35,03 |
| Participa de vários programas | 262 | 45,88 |
| Não Informado** | 34 | 5,95 |
| Medicamento CBAF | | |
| Sim | 424 | 76,26 |
| Não | 147 | 25,74 |

* “Não possui prontuário” são aqueles que não possuem cadastro no sistema municipal de saúde.

** “Não informado” são aqueles que possuem cadastro no sistema municipal de saúde, porém não tem registro da variável indicada.

Dentre os usuários que possuem atendimento no CS, a maioria possui duas (29,07%), uma (22,42%) e três ou mais (21,19%) comorbidades. As comorbidades mais frequentes foram: Hipertensão Arterial Sistêmica e a Diabetes Mellito tipo 2, seguindo da obesidade, hipotireoidismo, doença renal e hepática.

Quanto ao histórico de tratamento prévio com sinvastatina observou-se que, um pouco mais da metade os usuários do CS apresentam registro de tratamento prévio de sinvastatina (56,92%). Em relação a estes, ainda foi possível observar que, a maioria (94,05%) recebe visita de um ACS e participa de programas de

prevenção e cuidado relacionados às DCV. Destes, 35,03% participam de um programa e 45,88% participam de mais de um programa de saúde, com destaque para o Capital Idoso e o Hiperdia. Cabe salientar que os usuários atendidos pela rede municipal, dependendo do diagnóstico e dos medicamentos que são dispensados no CS, são incluídos automaticamente nos diferentes programas oferecidos. O quadro 1 descreve os programas de prevenção e acompanhamento importantes no cuidado dos pacientes com dislipidemia, ofertados pelos CS de Florianópolis, divulgados pela Secretaria Municipal de Saúde.

Quadro 1 – Programas oferecidos pelos Centros de Saúde de Florianópolis, relacionados a prevenção e controle das DCV, 2015.

Programas – Rede Municipal de Saúde de Florianópolis

Alimentação Saudável, Anti-Tabagismo, Capital Idoso, Diabéticos e Hipertensos (Hiperdia) e Caminhada (Floripa Ativa)

Ainda segundo os dados deste estudo, nos CS da rede municipal de Florianópolis são oferecidas consultas médicas, procedimentos, acesso aos medicamentos e encaminhamentos para realização de exame. Contam com médicos, enfermeiros e técnicos de enfermagem, e algumas possuem farmacêuticos (totalizando 43 na rede municipal), psicólogos, psiquiatras, dentistas, entre outros profissionais.

Os médicos da última prescrição de hipolipemiantes do CEAF

DISCUSSÃO

Apesar do grande impacto financeiro do CEAF e do crescimento desta estratégia de acesso a medicamentos de custo mais elevados, pouco tem sido estudado sobre a população atendida por este Componente e os serviços de saúde vinculados. A metodologia da pesquisa empregada neste estudo contemplou toda população de usuários de hipolipemiantes do CEAF residentes do Município de Florianópolis. O estudo revelou que a maior parte dos usuários

também foram pesquisados quanto a sua especialidade. Os classificados por “não informado”, representaram 30,38% do total. Já aqueles não inscritos (“não encontrado”) foram 3,55%. Quanto às especialidades, apontadas pelos médicos prescritores da última renovação do processo da Farmácia Escola, 21,63% destes possuem especialização em Medicina de Família e Comunidade; 14,78% em Cardiologia e 29,67% em outras especialidades.

são atendidos nos serviços de saúde municipais e que há diferenças significativas entre os usuários atendidos pelos CS e os que possuem atendimento em outros serviços de saúde, como: escolaridade e medicamentos utilizados.

Não foram observadas diferenças significantes no atendimento segundo sexo e idade. Seguindo a tendência mundial, há predomínio da população idosa e mulheres entre aqueles acometidos por hiperlipidemia. Este resultado também foi observado

por Acúrcio e colaboradores⁸ no estudo do perfil dos usuários hipercolesterolêmicos de medicamentos de alto custo no Brasil em 2009. Sabe-se que entre as mulheres, é frequente a maior percepção das doenças, maior tendência para o autocuidado e a busca mais frequente de assistência médica quando comparado aos homens, e este fato pode estar relacionado ao maior número de diagnósticos de dislipidemia no sexo feminino⁹. Este fato é positivo pois pode levar ao diagnóstico precoce, o que aumenta as chances de redução das complicações, e possibilita o acompanhamento de muitos dos casos ainda na atenção básica.

A maioria dos pacientes de dislipidemia desta pesquisa possui mais de 50 anos, e entre aqueles atendidos nos CS a maioria é alfabetizada (39,58%). Quando comparados ambos os grupos em relação ao ensino superior completo, este nível de escolaridade é quase duas vezes mais frequente entre aqueles atendidos por outros serviços de saúde. Este dado é relevante pois estudos demonstram que há relação entre o acesso aos medicamentos nos serviços de saúde públicos e menores níveis socioeconômicos^{10,11}. No caso de medicamentos de custo mais elevado, como daqueles adquiridos por mandados judiciais, há indicativos de

que o maior nível socioeconômico está relacionado ao maior acesso¹². Estes dados indicam a necessidade da adoção de medidas visando a ampliação do acesso a informação sobre os medicamentos disponíveis no SUS e sobre os direitos de todos os usuários a respeito de todos os serviços disponibilizados no sistema público brasileiro.

Segundo os resultados deste estudo, o hipolipemiante mais dispensado no CEAF, atualmente, é a atorvastatina (80,14%) e seu uso predominante na população estudada revela que a maior parte dos usuários possui hipercolesterolemia pura⁷. Nesse sentido, e considerando que a sinvastatina é considerada a primeira linha do tratamento para hipercolesterolemia, segundo o PCDT², chama a atenção que apenas um pouco mais da metade dos usuários dos CS possuem registro de utilização deste medicamento previamente. Entretanto, não podemos afirmar que aqueles que não possuem este registro não utilizaram, pois podem ter acessado o medicamento em outras vias, como na rede privada de farmácias. Este dado é preocupante, pois a atenção básica é uma importante via de acesso aos medicamentos para grande parte da população, e os tratamentos elencados

como primeira linha nos PCDT são ferramentas norteadoras para as condutas de manejo integral dos pacientes¹.

Ainda, a atorvastatina apresenta maior custo de tratamento por dia (média de R\$ 3,41 por comprimido de 20mg), quando comparado à sinvastatina (R\$ 0,04 por comprimido de 20mg e R\$ 0,10 por comprimido de 40mg). O custo de aquisição da atorvastatina por ano é muito alto, chegando a quase 2 milhões de reais¹³. Segundo o Ministério da Saúde, quando comparados estes dados aos de efetividade, a atorvastatina possui um custo-benefício muito baixo em comparação a sinvastatina⁹. Adicionalmente, estudos clínicos com diferentes estatinas demonstraram resultados muito similares na redução de LDL (*low-density lipoprotein*) e eventos cardiovasculares^{11,12}.

Em relação às comorbidades, a presença destas é considerada tão importante quanto os níveis das lipoproteínas, pois a associação de fatores de risco aumenta o Escore de *Framingham* e, por conseguinte, o risco de desenvolvimento de DCV. Entre os usuários atendidos pelos CS, 72,68% possuem cadastro de comorbidades, condição que destaca a necessidade de tratamento farmacológico e não

farmacológico contínuo, e em alguns casos a associação de medicamentos como os fibratos, como preveem os PCDT. Este último achado também está relacionado a alta prevalência da utilização de outros medicamentos (67,49%) por esta população.

Nos casos do envolvimento de outras comorbidades, o rigor no seguimento terapêutico é ainda mais importante, uma vez que estes pacientes são polimedicados e que as mudanças no estilo de vida são fatores importantíssimos para o sucesso terapêutico. Além disso, destaca-se a necessidade de um olhar multidisciplinar neste grupo, com destaque para o trabalho dos farmacêuticos na identificação dos casos refratários e efeitos adversos das associações de hipolipemiantes e/ou de outros medicamentos².

Na lógica de organização do SUS, a atenção básica é a porta de entrada no sistema de saúde e é neste âmbito da atenção que são atendidas as doenças mais prevalentes da população. Neste contexto, destaca-se a importância dos ACS na mediação entre a comunidade e a Equipe de Saúde da Família, nas atividades de promoção da saúde, seja pela prevenção de doenças, seja pela mobilização de recursos e práticas sociais ou mesmo pela

orientação de indivíduos e acompanhamento das famílias. Segundo dados do sistema municipal, a maioria dos usuários residem em áreas cobertas por este serviço. No entanto, sabe-se que na prática a cobertura pode variar, visto que o dado de visita dos ACS é inserido no sistema quando o usuário é cadastrado, contudo, quando ocorre a transferência de um ACS para outra área de abrangência, esta informação não é alterada no cadastro dos usuários.

No contexto dos tratamentos não farmacológicos, os programas de educação e apoio, como os oferecidos no município de Florianópolis, são estratégias importantes no controle dos fatores de risco para as DCV, e entre os oferecidos, destaca-se o Hiperdia, o Anti-tabagismo, o Floripa Ativa e o de Alimentação Saudável. O Hiperdia é voltado para o acompanhamento dos pacientes com hipertensão arterial e/ou diabetes mellitus, e gera informações que auxiliam os profissionais, por exemplo, na aquisição e distribuição de medicamentos de forma regular e sistemática¹⁴. Já o Floripa Ativa compreende um programa voltado ao cuidado com os idosos, com foco na reabilitação e prevenção de DCV por meio do incentivo e prática de atividades físicas. Além destes, alguns CS têm grupos que abordam discussões

sobre medicamentos, sobre patologias prevalentes e de incentivo à alimentação adequada. Ainda estas unidades contam com o matriciamento das Equipes de Saúde da Família (ESF), dos quais participam outros profissionais como nutricionistas e farmacêuticos do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF). Estas estratégias são potenciais para o melhor acompanhamento da saúde dos usuários, incluídos os de dislipidemia, pois estas equipes criam propostas de intervenção pedagógico-terapêutica, ampliam o campo de atuação e qualificam as ações visando um atendimento integral dos usuários e suas famílias.

A necessidade de desenvolver práticas educativas de saúde direcionadas à pessoa com dislipidemia e à sua família, é imprescindível, pois não é possível o controle adequado dos níveis de lipídeos se o paciente não for instruído sobre os princípios em que se fundamentam seu tratamento. A participação ativa do indivíduo é a única solução eficaz na prevenção de complicações por meio do automanejo da doença e na prevenção de suas complicações⁵. Segundo Bezerra e Carvalho¹⁵, estudos brasileiros comprovaram que as intervenções educativas da Atenção Farmacêutica e Atenção Básica, auxiliam para o

aumento da adesão ao tratamento medicamentoso em cerca de 70% dos casos. E segundo Romano-Lieber¹⁶, as intervenções farmacêuticas empregadas nos grupos educativos compreendem resultados positivos, reduzindo os custos, qualificando as prescrições, controlando os riscos de efeitos adversos e gerando maior adesão medicamentosa. Estes dois últimos achados chamam a atenção, pois em Florianópolis ainda há um número reduzido destes profissionais em relação aos demais profissionais e em relação ao número de unidades.

Através deste estudo, ficou evidente que a maioria da população de hipolipemiantes do CEAF utiliza o SUS, principalmente para acesso a consultas médicas, medicamentos e programas de saúde. Além do mais, fica clara a dependência entre o CEAF e os demais serviços da rede de saúde para o cumprimento das “linhas de cuidado”, descritas nos PCDT. Estas linhas representam o caminho a ser percorrido pelo usuário, cursando pelos diferentes serviços e complexidades (em alguns casos) e, assim, completando o leque de cuidados necessários para a resolutividade dos problemas de saúde². Elas são ferramentas auxiliaadoras para a organização dos serviços, portanto é tomada como a abordagem mais

adequada nas práticas assistenciais porque permite desenvolver ações que possam atender a todas as necessidades dos usuários. No entanto, sabe-se que, apesar da expressão “linha de cuidado” ter sido compreendida como um modelo ideal de organização assistencial objetivando à integralidade, a prática ainda tem muito a se desenvolver, mesmo em um município com um ótimo nível de saúde se compararmos aos demais municípios brasileiros.

Florianópolis está entre as melhores capitais do Brasil em relação assistência à saúde pelo SUS. O relatório de Planejamento do município, do ano de 2013, apontou um aumento considerável na cobertura da Estratégia de Saúde da Família, com 88,46% de cobertura naquele ano (calculada uma ESF para cada 3450 pessoas)¹⁷.

Lavras¹⁸, citando Barbara Starfie, estudiosa da atenção básica em saúde, expõem que atenção básica é o primeiro contato da assistência, de forma a satisfazer suas necessidades de saúde de maneira abrangente e resolutiva, indicando atenção por especialistas apenas em situações incomuns. Ainda, segundo a autora, a atenção básica deve coordenar os cuidados quando as pessoas recebem assistência em outros níveis de atenção.

Em relação às DCV, a detecção precoce da dislipidemia e a utilização da terapêutica adequada promovem a redução da gravidade dos eventos associados, sendo, portanto, elementos fundamentais para elaboração de políticas públicas para o sistema de saúde. O cuidado continuado (acompanhamento) é fundamental para o sucesso do tratamento. No caso do uso dos medicamentos do CEAF, não é possível identificar claramente como acontece a coordenação do processo de cuidado, uma vez que muitos destes usuários são atendidos tanto pelo sistema público, quanto pelo privado¹⁹, ou ainda não é possível acessar as informações. Porém é possível inferir que os usuários vinculados à rede de atenção básica recebem atenção continuada, de forma longitudinal, e com aspectos de integralidade, como consultas regulares, visitas de agentes de saúde e participação em grupos de educação em saúde.

Outro fator que ainda limita a coordenação do cuidado é a falta de integração entre os serviços e entre os sistemas de informação. Desta forma, não é possível acessar, na rede de atenção básica, as informações sobre a dispensação dos medicamentos do CEAF como: a regularidade de dispensação dos hipolipemiantes,

renovação das solicitações e intercorrências no uso dos medicamentos. Outra questão a ser observada é que a centralização da dispensação em um único serviço obriga os usuários a um deslocamento mensal em busca dos medicamentos, sendo que a maioria deles já frequenta a unidade de saúde do seu bairro para outros serviços e, mensalmente, para a retirada de outros medicamentos de uso contínuo.

Segundo dados deste estudo, a maior parte dos usuários de hipolipemiantes do CEAF em Florianópolis são residentes do Distrito Continente, região da cidade que requer grande tempo de deslocamento até a unidade do CEAF, o que somado aos problemas de transporte no município, dificultam o acesso a estes medicamentos por boa parte da população.

Assim, fica clara a necessidade de efetivação de um modelo que garanta a continuidade assistencial^{4,5}. Segundo Hartz (2004)³, a implantação de redes de atenção em saúde do idoso, no Brasil, no que se refere a qualidade de inovações assistenciais de integração de serviços, revela que os gestores municipais estão, cada vez mais, inclinados a integralidade da atenção. O modelo de organização das redes de

atenção preconiza também uma maior descentralização das atividades e sua hierarquização. Esta lógica de organização deve ser utilizada para a organização dos serviços, incluindo o acesso aos medicamentos. Assim, este acesso deve estar cada vez mais próximo dos usuários, buscando compreender seu contexto - onde vive, onde desenvolve as suas atividades, onde tem acesso facilitado e onde há possibilidade de criar vínculo com as equipes de saúde e participar das atividades educativas ali.

Atualmente, cabe ao paciente deslocar-se entre os serviços para a garantir o cuidado⁴. Nesse sentido, a descentralização deste serviço, assistindo os usuários no CS mais próximo do local de sua residência, diminuiria o deslocamento dos usuários e facilitaria o acesso. Segundo estudo de Silva e Costa²⁰, a implantação da descentralização do CEAF, na 15ª Região de Saúde em um município do Ceará, superou suas limitações e aumentou a quantidade de usuários cadastrados de 18 para 709, de 2009 a 2013.

Por fim, como já relatado em outros estudos, o atendimento encontra-se fragmentado devido à fragilidade da articulação entre os serviços e as práticas clínicas desenvolvidas pelos

profissionais⁷. Este cenário é um obstáculo à garantia do acesso, da continuidade e do cuidado integral. Por isso, é fundamental a organização dos serviços de forma a facilitar o acesso dos usuários e superação das limitações da rede assistencial para, assim, alcançarmos melhores resultados em relação à saúde da população.

CONCLUSÃO

Neste estudo foi realizado, pela primeira vez, o mapeamento dos usuários por distrito sanitário do município, possibilitando estudos sobre a descentralização destes medicamentos em Florianópolis. A descentralização pode ser uma alternativa para melhorar o acesso, aumentar a adesão, aumentar o vínculo com o CS e para diminuir o deslocamento do usuário entre os serviços.

Sabe-se também, que o acesso do usuário aos medicamentos, como ação isolada, não garante sucesso terapêutico na maioria dos casos, assim como nas dislipidemias. Portanto, é necessário o acompanhamento dos usuários de forma mais ampla e facilitada.

Com a caracterização dos usuários e dos serviços ofertados, observou-se que os usuários necessitam transitar entre diferentes serviços, em

busca da garantia da integralidade, e que o acompanhamento e as informações sobre a adesão, acesso e uso dos medicamentos não são compartilhados entre os serviços, o que também pode comprometer o cuidado. Destaca-se que a coleta e análise dos dados dos usuários são fundamentais para que os serviços possam ser adequados às necessidades e especificidades de seus usuários e, assim, para que a equidade, princípio do SUS, seja alcançada.

A importância de um atendimento integral e contínuo é fundamental para a adesão aos tratamentos farmacológicos e não farmacológicos, visando a prevenção e controle dos fatores de risco às DCV. Conforme os resultados obtidos, a atenção básica tem sido estruturada para prover uma assistência mais global a estes usuários, uma vez que já vem disponibilizando além de consultas, exames, medicamentos, visitas domiciliares e programas de prevenção e promoção da saúde. Ou seja, embora

com dificuldades e limitações, o SUS, neste município, vem caminhando para o cumprimento das diretrizes estabelecidas nos PCDT o que, pelas diferenças no desenvolvimento do SUS entre os estados, não deve ser a realidade da maioria dos municípios do país.

Este estudo limita-se ao CEAF e a rede básica de atenção de um município de médio porte do sul do Brasil, município esse que apresenta um serviço público de saúde entre os melhores do país. É clarividente que são necessárias mais análises visando o entendimento da articulação entre os serviços, como se organizam e de que forma poderiam se readequar a fim de garantir a integralidade do atendimento.

Por fim, os dados obtidos neste estudo poderão ser utilizados na construção de propostas de intervenção mais efetivas para o atendimento integral na rede municipal em Florianópolis a fim de melhorar o acesso à saúde desta população.

Referências

1. BRASIL. Ministério da Saúde. Da Excepcionalidade às Linhas de Cuidado: o Componente Especializado da Assistência Farmacêutica. Brasília, DF; 2010.
2. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria SAS/MS nº 200 de 25 de fevereiro de 2013. Dislipidemia: Prevenção de Eventos Cardiovasculares e Pancreatite. Protocolo Clínico de Diretrizes Terapêuticas. Brasília, DF; 2013.

3. HARTZ, Z.M.A.; CONTANDRIOPOULOS, A.P. Integralidade da atenção e integração de serviços de saúde: desafios para avaliar a implantação de um “sistema sem muros”. *Cad Saúde Pública*; 2004; v. 20, supl. 2, p. 331-336.
4. SHIMIZU, H.E. Percepção dos gestores do Sistema Único de Saúde acerca dos desafios da formação das Redes de Atenção à Saúde no Brasil. *Physis*; 2013; v. 23, n. 4, p. 1101-1122.
5. KUSCHNIR, R.; CHORNY, A. H. Redes de Atenção à Saúde: contextualizando o debate. *Cien Saude Colet*; 2010; v. 15, n. 5, p. 2307-2316.
6. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria no 2.982, de 26 de novembro de 2009. Aprova as normas de execução e de financiamento da Assistência Farmacêutica na Atenção Básica. *Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF*; 2009.
7. ACC/AHA. Guideline on the Treatment of Blood Cholesterol to reduce atherosclerotic Cardiovascular Risk in Adults: A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines. Published online. Greenville Avenue, Dallas; 2013.
8. ACURCIO, F.A. et al. Perfil demográfico e epidemiológico dos usuários de medicamentos de alto custo no Sistema Único de Saúde. *Rev. Bras. Est. Pop.* 2009; v.26, n.2, p. 263-282.
9. PEREIRA, J. C.; BARRETO, S. M.; PASSOS, V. M.A. O perfil de saúde cardiovascular dos idosos brasileiros precisa melhorar: estudo de base populacional. *Arq. Bras. Cardiol.*; 2008; v.91, n.1, p.1-10.
10. PANIZ, V.M.V.; FASSA A.G.; FACCHINI, L.A.; BERTOLDI, A.D., PICCINI, R.X., TOMASI, E. et al. Acesso a medicamentos de uso contínuo em adultos e idosos nas regiões Sul e Nordeste do Brasil. *Cad. Saúde Pública* 2008; v. 24, n. 2, p. 267-80.
11. CARVALHO, M.F.; PASCOS, A.R.P.; SOUZA-JÚNIOR, P.R.B.; DAMACENA, G.N.; SZWARCOWALD, C.L. Utilization of medicines by the Brazilian population, 2003. *Cad. Saúde Pública* 2005; v. 21, Suppl:S100-8.
12. PROVIN, M.P.; LEITE, S.N.; AMARAL, R.G. Social inequalities in lawsuits for drugs. *Braz. J. Pharm. Sci.* [online]. 2013; vol.49, n.3. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1984-82502013000300008&script=sci_arttext>. Acesso em 18 nov. 2015.
13. FILHO, J.A.R.; WANDERLEY, A.G.; SILVA, A.S. Intervenções a partir da análise custo-benefício em prescrições de estatinas e fibratos do Componente Especializado de Assistência Farmacêutica. *Rev Cienc Farm Básica Apli.*; 2013, v. 34, n. 4, p. 571-577.
14. BRASIL. Ministério da Saúde. Hiperdia – Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos – Manual de Operação. Rio de Janeiro, 2002.
15. BEZERRA, D.S.; SILVA, A.S.; CARVALHO, A.L.M. Avaliação das características dos usuários com Hipertensão Arterial e/ou Diabetes Mellitus em uma Unidade de Saúde Pública no

Município de Jaboatão dos Guararapes - PE, Brasil. Revista de Ciências Farmacêuticas Básica e Aplicada; 2009; v. 30, n. 1, p. 69-73.

16. ROMANO-LIEBER *et al.* Revisão dos estudos de intervenção do farmacêutico no uso de medicamentos por pacientes idosos. Cad. Saúde Pública; 2002; v. 18, n. 6, p.1499-1507.

17. Secretaria Municipal de Saúde. Planeja Floripa - Relatório do 3º Diagnóstico Estratégico da Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis: subsídio para a construção do Plano Municipal de Saúde 2014-2017. Florianópolis, Santa Catarina; 2013.

Participação dos autores:

HAMES MAY trabalhou na concepção teórica, coleta de dados, análise estatística e elaboração e redação final do texto; ROVER MRM trabalhou na concepção teórica, elaboração, análise estatística e redação

18. LAVRAS, C. Atenção primária à saúde e a organização de redes regionais de atenção à saúde no Brasil. Saúde Soc;2011; v. 20, n. 4, p. 867-874.

19. ROVER, M.R.M.; VARGAS-PELAEZ, C.M.; FARIAS, M.R.; LEITE, S.N. Acesso a medicamentos de alto preço em Brasil: la perspectiva de médicos, farmacêuticos y usuarios. Gac Sanit; 2015 in press.

20. SILVA, A.A.S.; COSTA, S.M.C. A descentralização do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica na 15ª Região de Saúde do estado do Ceará. Rev. Bras. Farm. Hosp. Serv. Saúde; 2015; v.6, n1, p. 37-49

final do texto; SILVEIRA T auxiliou na coleta dos dados e discussão dos resultados; STORB BH trabalhou na análise estatística. LEITE SN trabalhou na concepção teórica, elaboração, análise estatística e redação final do texto.

Recebido: 07.06.2016

Revisado: 01.07.2016

Aprovado: 04.07.2016