

Programa Medicamento en Casa: acceso, inactividad y riesgo cardiovascular¹

Roque da Silva Araújo²

Edna Aparecida Moura Arcuri³

Victor Cauê Lopes⁴

Objetivo: verificar causas de inactividad en el Programa Medicamento en Casa, referidas por usuarios de Unidad Básica de Salud de São Paulo, comparándolas a las registradas por el programa y analizándolas en el modelo teórico Concepto de Acceso a la Salud. Métodos: estudio trasversal entrevistando 111 usuarios inactivos; y documental, en los registros del programa. Resultados: la mitad de los usuarios desconocía la condición de inactividad. Constatadas discrepancias en las informaciones usuario versus programa, observándose diferentes niveles de concordancia: Falta de médico y funcionario administrativo 0%; Traslado para otra unidad 25%; Óbito 50%; Opción desistir 50%; Cambio de dirección 57% y Cambio de esquema terapéutico 80%. Observados sentimientos de aceptación del programa por los usuarios. En el concepto de acceso a la salud, la inactividad puede ser explicada en la dimensión Información, en el grado de asimetría entre el conocimiento del paciente y del profesional de salud, identificada por los indicadores: escolaridad, conocimiento y fuentes de información. Conclusiones: debido al bajo nivel de escolaridad, el usuario no asimila las informaciones sobre las etapas del diagrama de flujo del programa, no regresa para la evaluación que garantiza su continuidad. Consecuentemente, deja de recibir medicamentos y sigue largo tiempo sin tratamiento, lo que aumenta el riesgo cardiovascular de los hipertensivos (92% de la muestra), diabéticos (44%) y dislipidémicos (31%).

Descriptores: Cooperación del Paciente; Programas de Gobierno; Evaluación de Programas y Proyectos de Salud; Salud Pública; Promoción de la Salud.

¹ Artículo parte de la disertación de maestría "Programa Remédio em Casa: Motivos da inatividade em uma Unidade Básica de Saúde do Município de São Paulo", presentada a la Universidade Guarulhos, Guarulhos, SP, Brasil.

² MSc, Enfermero, Unidade Básica de Saúde Anhanguera, Prefeitura Municipal de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil.

³ PhD, Profesor, Universidade Guarulhos, Guarulhos, SP, Brasil.

⁴ MSc, Profesor Assistente, Faculdades do Vale do Juruena, Juína, MT, Brasil.

Cómo citar este artículo

Araújo RS, Arcuri EAM, Lopes VC. Home Delivery Medicament Program: access, inactivity and cardiovascular risk. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2016;24:e2810. [Access   ]; Available in:  URL
DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.1038.2810>. mes día año

Introducción

El cambio en el perfil de morbilidad y mortalidad por enfermedades crónicas y complicaciones cardiovasculares, como el infarto agudo de miocardio y accidente vascular encefálico, viene redirigiendo las políticas públicas y científicas de atención de salud⁽¹⁾. Concomitantemente a las directivas internacionales⁽²⁻³⁾, a las tentativas de encontrar evidencias para comprender los bajos índices de adhesión al tratamiento⁽⁴⁾ a los programas gubernamentales y a la oferta de servicios para reducir los altos índices de prevalencia de esas molestias, se observan esfuerzos de autores para comprender y discutir el concepto de Acceso a la Salud.

En los años 60 sur años 60 surgieron retos en el campo de las políticas públicas o privadas de salud, con discursos acalorados por economistas sobre las incertidumbres en el bienestar económico del cuidado médico. La literatura de los años setenta fue enriquecida por reflexiones sobre el concepto de acceso a la salud, en que la obra de Donabedian marca un hilo para los estudiosos del tema⁽⁵⁾. El foco de atención se dirigió a las características de la población, con énfasis en la importancia de los determinantes individuales como renta, cobertura de salud, actitudes ante el cuidado y estructura social⁽⁶⁾.

El concepto de acceso a la salud fue ganando consistencia, con agregación de atributos socio organizacionales, tales como la condición social, cultural y educacional, variables que podrían ser evaluadas por indicadores de resultados del pasaje del usuario en el sistema, como por ejemplo su satisfacción, atributo subrayado también al inicio de los años ochenta⁽⁷⁾.

Diversos autores han revisado el concepto de acceso a la salud en el siglo actual⁽⁸⁻¹⁰⁾, observándose cuatro dimensiones pasibles de evaluación por indicadores de proceso y resultado, que auxilian en el juzgamiento de las condiciones de equidad o desigualdad en el acceso a la salud: disponibilidad; aceptabilidad; capacidad e información⁽¹¹⁾.

En este momento, los estudios que tratan del acceso a los medicamentos son más escasos, pero el tema está presente en las publicaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS)⁽¹²⁻¹³⁾.

Este estudio visa comprender porque el Programa Medicamento en Casa (PRC), ejemplo de disponibilidad de acceso al tratamiento medicamentoso, registra altos índices de inactividad. Los autores consideraron que analizar las razones del aparente abandono do programa, a la luz de las cuatro dimensiones del concepto de

acceso a la salud, podría resultar en visión amplia de las variables involucradas.

Considerando que la Hipertensión Arterial es el principal factor de riesgo cardiovascular, alcanzando especialmente la población anciana alrededor del mundo, y asociada a la Diabetes Mellitus y otros factores agrava el riesgo de complicaciones cardiovasculares⁽¹⁴⁾, la Secretaria Municipal de la Salud de São Paulo implantó, en 2005, el Programa Medicamento en Casa (PMC). La finalidad fue garantizar acceso a los medicamentos y atención continuada a los portadores de esas molestias, mediante la entrega en domicilio de los fármacos, en cantidades suficientes para el período de 90 días⁽¹⁵⁾.

El PMC priorizó al inicio los portadores de Diabetes y/o Hipertensión Arterial, estables y clínicamente controlados, monitoreados en Unidades Básicas de Salud (UBS). Posteriormente fueron incluidos portadores de dislipidemias y trastornos de la tiroides.

En estudio sobre el acceso de medicamentos por la población de baja renta, en un barrio de São Paulo, se concluyó que la búsqueda por los medicamentos en la barra de la UBS demandaba tiempo, dinero, frustración y aumento de los índices de absentismo en el trabajo. Además de recibir el medicamento en casa, a los usuarios fue garantizado el regreso programado y más exámenes para fines de control. La autora, en estudio de doctorado, concluyó que el PMC resultaba en menor riesgo de agravios, mejor vínculo con el equipo, además de mayor sensación de valorización y cuidado por los usuarios (Datos no publicados). Sin embargo, en años recientes, los líderes del programa empezaron a enfrentar aumento en los índices de inactividad, que contenían informaciones sobre las causas de abandono del usuario en continuar participando en el programa.

La finalidad de este estudio fue identificar las razones de los usuarios para dejar de adherir al Programa Medicamento en Casa, compararlas a aquellas registradas electrónicamente en la UBS en los archivos del programa, y analizar los resultados ante el actual concepto de Acceso a la Salud.

Método

Estudio trasversal, analítico, documental y de campo, desarrollado en una Unidad Básica de Salud de la región norte de la ciudad de São Paulo.

Diagrama de Flujo del Programa Medicamento en Casa: los autores consideraron de fundamental importancia iniciar la trayectoria metodológica, analizando el diagrama de flujo del programa, donde

se distingue las etapas: a) durante evaluación clínica en consulta de rutina, el paciente que responde a los requisitos del programa es insertado por el médico que le evaluó. b) con la prescripción estandarizada por el programa, después de la evaluación, el paciente va hacia la farmacia, donde el técnico del sector le incluye en el sistema GSS/Medicamento en Casa, mediante su anuencia. c) el usuario recibe las orientaciones del programa y los medicamentos prescritos para ser tomados durante los primeros 15 días, tiempo máximo previsto para que llegue a su casa, vía correos, la primera remesa de fármacos con cantidad suficiente para 90 días. Una segunda remesa es enviada para otros 90 días, totalizando así 180 días o seis meses. Sin embargo, antes del vencimiento de ese plazo, el usuario debe pasar por una nueva consulta con el médico, garantizando que la medicación no sea interrumpida. Debe regresar entre 75-90 días para evaluación en grupo o individual con el Enfermero y/o Farmacéutico para seguir activo en el Programa Medicamento en Casa, con registro de esta evaluación en su archivo. En la consulta hecha después de seis meses, el médico decide sobre la continuidad del usuario en el Programa, con su anuencia, o explicita el motivo clínico de la falta de mantenimiento. Caso no regrese, se inactiva⁽⁶⁾.

Muestra: Inicialmente fue decidido incluir todos los 136 usuarios registrados como inactivos en el programa; sin embargo, cuatro murieron, tres se cambiaron hacia otras regiones, uno estaba activo en el programa (error de registro) y no fue posible localizar 24 inactivos, resultando en una muestra de 104 participantes entrevistados y motivos de 111 comparados (04 óbitos y 03 cambios) *Tramitación ética:* El proyecto fue inicialmente aprobado por el Comité de Ética de la Secretaria Municipal de Salud del Gobierno Municipal de São Paulo, opinión 59/11, para entrevistas presenciales. Ante dificultades, el comité autorizó entrevistas por teléfono (opinión 272/11).

Reclutamiento de los participantes: fue utilizado el número del teléfono en el registro del usuario. Cuando el teléfono no más correspondía al número registrado en la UBS y la persona que contestaba era desconocida, fue efectuada una búsqueda en el registro de la tarjeta SUS o en el sistema de auxilio telefónico de aquel local, buscando el nombre del suscriptor o la dirección. Cuando aunque así no se lograba contacto, se hizo la visita domiciliaria. Se esa era imposible, el usuario era excluido de la investigación.

Recolecta de los datos: en la primera fase fueron recolectadas y registradas las informaciones en los

archivos del programa sobre los motivos de inactividad (estudio documental). En la segunda, se hicieron las entrevistas para verificarse los motivos de abandono referidos por los usuarios. La técnica de entrevista semiestructurada fue aplicada al usuario o a su cuidador en casos de incapacidades físicas o intelectuales, con tópicos relacionados a las variables socio demográficas, imprescindibles a la utilización del modelo de análisis adoptado, el concepto de Acceso a la Salud. El archivo del participante en la UBS fue utilizado como fuente de los datos, que fueron llenados durante la entrevista.

El foco principal de la entrevista enfocaba los motivos del usuario para el abandono de la participación en el programa. Se buscó explorar todas las posibilidades para que se sentía cómodo para explicar sus motivos de inactividad y identificaba los sentimientos relacionados al programa. Se subraya que, aunque el entrevistador era el gerente de la UBS en cuestión, la expectativa es que pudiera encontrar dificultades en el contacto telefónico, común en los días actuales, por motivo de seguridad social, así como restricciones en las informaciones. Sin embargo, referir algunos datos del archivo, demostrando conocimiento sobre el usuario, fue una estrategia facilitadora para el contacto inicial.

Análisis de los datos: para comprender y discutir las razones de inactividad, fue fundamental analizar la inserción de los usuarios en el diagrama de flujo del PMC, las características sociodemográficas y analizar los resultados con base en el concepto de Acceso a la Salud, descrito en cuatro dimensiones⁽⁴⁾, presentadas acá porque representa un modelo teórico interesante para la discusión de datos, después de la revisión más reciente por autores brasileños⁽¹¹⁾.

Disponibilidad: relación geográfica entre los servicios y el individuo, como distancia y opciones de transporte; relación entre tipo, alcance, calidad y cantidad de los servicios de salud prestados. Indicadores: tipo de servicio utilizado (hospitalario, médico, odontológico, emergencia, atención domiciliar), local en el cual el cuidado fue dispensado (residencia, consultorio, clínica, hospital), propósito del cuidado (preventivo, curativo), % de la población en riesgo que visitó o no un médico en un dado intervalo, número de lechos, equipos.

Poder de pago: relación entre costo de utilización de los servicios de salud y capacidad de pago de los individuos. Indicadores: renta, fuentes de renta, cobertura por seguro salud, características de la fuente regular de cuidado, costos directos e indirectos con la salud.

Información: grado de asimetría entre el conocimiento del paciente y del profesional de salud. Indicadores: escolaridad, conocimiento y fuentes de información.

Aceptabilidad: tipo de los servicios prestados y percepción de los servicios por los individuos y comunidades, influenciada por aspectos culturales y educacionales. Indicadores: creencias y actitudes con relación a la salud, conocimiento y fuentes de información sobre el cuidado con la salud, ansiedad relacionada a la salud, confianza en el sistema de salud.

Los datos fueron almacenados y analizados utilizando estadística descriptiva con ayuda del *software* SPSS, versión 17.0, que facilitó el análisis de las variables de interés.

Resultados

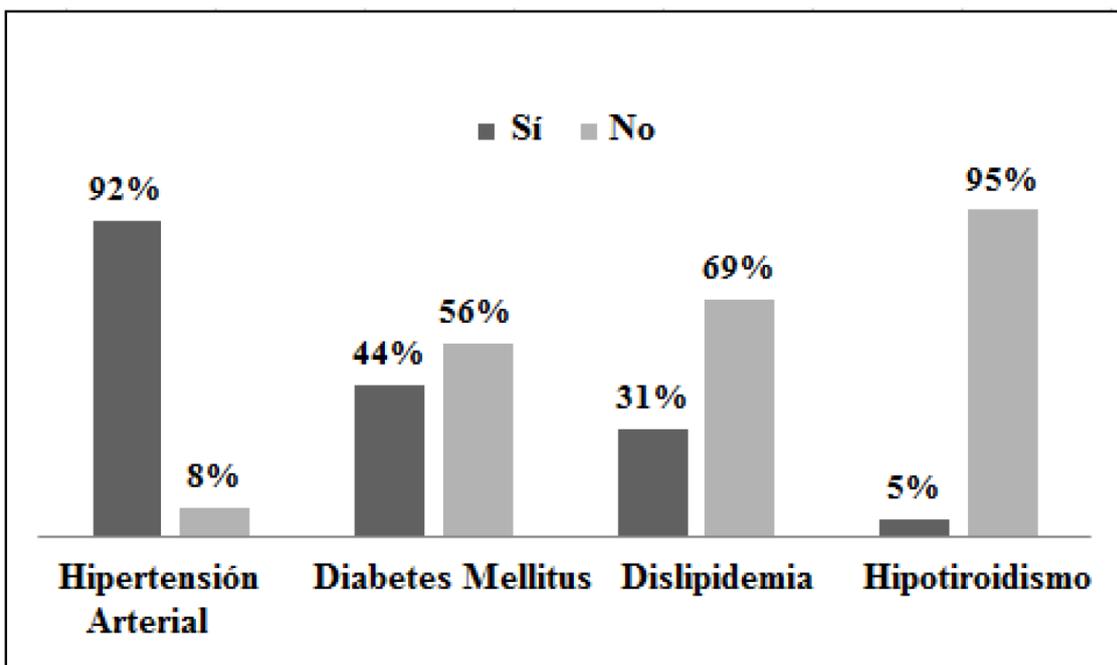
Durante las entrevistas fueron revelados datos que contestaron los objetivos. La participación de los usuarios fue añorada por el hecho de que muchos desconocían su exclusión del Programa Medicamento en Casa y necesidad de expresar sentimientos positivos con relación al programa. La Tabla 1 muestra datos sociodemográficos de los sujetos.

Tabla 1 – Frecuencia de los usuarios en función del rango de edad, sexo y escolaridad. São Paulo, SP, Brasil, 2011.

	N	%
Rango de Edad		
< 50	13	11,7
50 a 59	23	20,7
60 a 69	28	25,2
70 a 79	32	28,8
≥ 80	15	13,5
Sexo		
Masculino	35	31,5
Femenino	76	68,5
Escolaridad		
Jamás Estudió	24	21,6
Fundamental	78	70,3
Secundaria	8	7,2
Superior	1	0,9

Se verifica en la Tabla 1 que el sexo femenino predomina entre los usuarios. Se trata de una muestra poblacional compuesta predominantemente por ancianos, con dos tercios de los participantes superiores a 60 años y con bajo nivel educacional.

La Figura 1 presenta los diagnósticos que llevaron a la inclusión de los usuarios en el programa, para facilitar la observación de posibles asociaciones de factores de riesgo cardiovascular (Figura 1).



Sí = presencia de la enfermedad; No = ausencia de la enfermedad

Figura 1 - Prevalencia de las enfermedades priorizadas por el PMC entre los usuarios registrados en el Programa Medicamento en Casa. São Paulo, SP, Brasil, 2011

La Figura 1 revela que los usuarios inactivos asocian varios factores de riesgo cardiovascular, especialmente hipertensión y diabetes, además de las dislipidemias. Los usuarios siguen largo tiempo sin medicamentos, debido a la exclusión del programa, datos mostrados en la Tabla 2.

Tabla 2 - Período de la última consulta del usuario. São Paulo, SP, Brasil, 2011

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

Los datos de la Tabla 2 indican deficiencia en el tratamiento medicamentoso, considerándose que la entrega de los fármacos fue interrumpida para todos los inactivos después de 90 días. Expresaron los motivos que imposibilitaron la marcación de las consultas como dificultad en salir de la casa, falta de vacaciones para marcación para 34,2% de los inactivos, y espera grande. Los sentimientos de los participantes respecto al programa fueron expresos con convicción (Tabla 3).

Tabla 3 - Sentimientos de los usuarios sobre el Programa Medicamento en Casa. São Paulo, SP, Brasil, 2011

Sentimientos	N	%
Me gustó, porque me cuesta salir de mi casa.	29	27,9
Me gustó, por la comodidad de recibir en casa.	56	53,8
Me gustó, por la certidumbre de que no faltará el medicamento.	15	14,4
No me gustó, porque no viene todo lo que necesito.	04	3,8
Total	104	100,00

Se destacan en la Tabla 3 los sentimientos positivos referentes al PMC, expresos por 96,2 % de los usuarios, más de la mitad de ellos debido a la facilidad de recibir los medicamentos en su propia residencia. Los motivos de inactividad fueron registrados en la UBS en ocho categorías, que fueron comparadas con los motivos referidos por los usuarios. La Tabla 4 presenta la frecuencia absoluta de las dos variables comparadas para cada categoría y la frecuencia relativa del grado de concordancia entre ellas.

Tabla 4 - Concordancia entre Usuarios y PMC sobre los motivos de inactividad. São Paulo, SP, Brasil, 2011

Motivos	Usuarios	UBS	N	% concordancia
Cambio de Dirección del Usuario	4	7	7	57%
Trasferencia del Usuario hacia otra unidad	1	4	4	25%
Cambio del esquema terapéutico	4	5	5	80%
Falta de Médico para renovar la prescripción	0	14	14	0%
Falta de funcionario administrativo	0	7	7	0%
Falta de información del Usuario	24	50	50	48%
Óbito	2	4	4	50%
Opción del Usuario para no más participar	11	20	20	55%
Total			111	

La falta de concordancia entre los registros de la UBS y el relato de los inactivos en la Tabla 4 evidencia deficiencias a ser identificadas en el diagrama de flujo del PMC. Ante la relevante discrepancia en las informaciones comparadas, son descritas las verdaderas razones de los usuarios para las principales categorías:

La categoría "No informado" fue registrada en el PMC para 46 inactivos, mientras se constató: 01 por óbito; 03 cambio de dirección; 01 cambio de esquema terapéutico; 10 por problema de RH médico; 01

por problema de RH administrativo; 24 por falta de información y 06 opción de no participar del PMC.

El informe gerencial registró 04 óbitos versus 02 de hecho; "Cambio de dirección" fue anotado para 22 usuarios por el PMC, considerándose que los usuarios relataron: 01 por óbito; 04 por cambio de dirección del usuario; 01 por transferencia de UBS; 02 por falta de RH Médico; 01 por problema administrativo; 12 por falta de información y 01 por opción del usuario.

El motivo "Trasferencia del usuario para otra unidad" fue indicada para 02 inactivos en el informe gerencial,

considerándose que 01 concordó y otro fue por opción de no querer participar del PMC. El "cambio de esquema terapéutico" estaba registrado para 11 inactivos en el informe gerencial, pero los participantes relataron: 04 por cambio del esquema terapéutico, 01 por problema administrativo, 04 por falta de información del usuario y 02 por opción del paciente de no participar del PMC. Esa última categoría, no participar, fue registrada para 28 usuarios en el informe gerencial, considerándose que los sujetos informaron: 02 por transferencia a otra UBS, 02 por falta de RH médico, 04 por problema administrativo, 09 por falta de información del usuario y 11 por opción del usuario en no participar del PMC.

Discusión

Del punto de vista metodológico, se podría esperar que la entrevista por teléfono pudiera restringir las informaciones. Eso no pasó, probablemente porque muchos participantes descubrieron su inactividad en el PMC cuando recibieron los detalles éticos del protocolo, como los aspectos inherentes en el consentimiento para inclusión en la investigación. Las palabras "abandono" o "dejar de frecuentar" el programa fueron utilizadas para esclarecer la condición de "inactivo", debido al nivel de escolaridad. La constatación de esa condición provocó sentimientos que facilitaron las informaciones necesarias para alcanzar los objetivos. La sensación de restricción al acceso hizo con que algunos se sintieron abandonados y expresaron sus sentimientos sobre el PMC y las informaciones buscadas.

Respecto a las variables sociodemográficas, los datos sobre el género están de acuerdo con los de otros estudios desarrollados en unidades de salud, donde el número de usuarios del sexo femenino sobrepasa el masculino⁽¹⁶⁾, posiblemente debido a mayor disponibilidad, considerándose que hombres suelen trabajar hasta edades más avanzadas. Sin embargo, incluso después de la jubilación (70 años), los hombres no alcanzan la misma adhesión observada en mujeres. Datos del IBGE no apuntan diferencias entre los sexos en la región del estudio⁽¹⁷⁾.

La edad avanzada de muchos inactivos no sorprendió debido a la alta prevalencia de la hipertensión después de los 60 años, y también de la diabetes mellitus, enfermedades priorizadas en el programa. Aunque la estimativa para la prevalencia de la hipertensión sea 35,8% en hombres y 30% en mujeres⁽¹⁴⁾, no existen estudios exactos evidenciando el aumento relevante de esos porcentajes después de los 50-60 años de edad.

El bajo nivel de escolaridad verificado puede haber influido en la dificultad de comprensión de las orientaciones y normas del PMC, datos esos de acuerdo

con otros recolectados en São Paulo, en ancianos hipertensivos, siendo muchos analfabetos⁽¹⁸⁾. El nivel educacional es variable destacada en los estudios de revisión sobre adhesión al tratamiento y agravamiento de las enfermedades crónicas, y directamente relacionado a las condiciones socioeconómicas de las poblaciones⁽¹⁹⁾.

Analizando los resultados sobre la escolaridad, en el concepto de acceso a la salud presentado en el método⁽¹¹⁾, se identifica la dimensión *información*, grado de asimetría entre el conocimiento del paciente y del profesional de salud, mediante los indicadores: *escolaridad, conocimiento y fuentes de información*. Existe un grado de asimetría entre el conocimiento de los usuarios inactivos y los profesionales de la UBS. El bajo nivel de escolaridad no permite comprender las etapas del diagrama de flujo del PMC en el día de su inclusión. El análisis muestra fragilidad de los aspectos educacionales, ausencia de explicaciones fundamentales, de material ilustrativo que faciliten la comprensión y alerten el usuario para las fechas; además de sugerir falta de involucramiento y competencia de los profesionales para verificar la devolución de las informaciones por el usuario; y falta del agente comunitario.

Respecto a la dimensión *disponibilidad*, categoría *región geográfica*, a pesar de la disponibilidad de transporte público, cuando la región es extensa, con residencias distantes, trae dificultades para el usuario, lo que motivó la creación del PMC, para les entregar los medicamentos en su propia casa.

Respecto al indicador *tipo de servicio*, fue observado éxito en la entrega por los correos, destacándose que la eficiencia de ese servicio es conocida en todo el estado de São Paulo. En el indicador *porcentaje de la población en riesgo que visitó o no un médico en un dado intervalo*, los datos revelan que, más allá de la incomprensión de las fechas de regreso, existe serio problema de recursos humanos para responder a la demanda de ancianos no marcados y largos períodos de espera cuando marcados fuera del PMC.

En la dimensión "*poder de pago: relación entre costo de utilización de los servicios de salud y capacidad de pago de los individuos*", se subraya que el programa fue ofrecido indistintamente a los sujetos incluidos por motivos diagnósticos, aunque muchos usuarios de UBS de la periferia pertenezcan a grupos poblacionales económicamente desfavorecidos.

Otra dimensión en el referencial de análisis adoptado es la *aceptabilidad*, tipo de los servicios prestados y percepción de los servicios por los individuos y comunidades; influido por aspectos culturales y educacionales. Indicadores: *creencias y actitudes respecto a la salud, conocimiento y fuentes de información sobre el cuidado con la salud, ansiedad*

relacionada a la salud, confianza en el sistema de salud. Los sentimientos expresos por los usuarios evidencian actitudes positivas con relación al PMC, e inmensa satisfacción en recibir el medicamento en casa, aunque no recibiendo aquellos prescritos, pero fuera del programa. Además de la comodidad, expresaron seguridad y confianza en recibir ese beneficio.

El análisis de los resultados sugiere, en la perspectiva del *concepto de acceso a la salud*, que la principal dimensión a ser considerada en la inactividad de los usuarios es la *Información*, pues se evidencia la *asimetría* existente entre el conocimiento de los usuarios y de los profesionales de salud de la UBS. Además, los indicadores más fuertes fueron *escolaridad, conocimiento y fuentes de información*, determinantes importantes para comprender las etapas del diagrama de flujo del PMC, esencial en la prevención de la inactividad.

El PMC fue iniciado un año después que la OMS declaró que: "les falta acceso a los medicamentos esenciales para más que dos billones de personas en el mundo y la falta de los fármacos causa sufrimiento que podría ser evitado, como enfermedad, dolor, miedo, falta de dignidad". Tales afirmaciones involucran autores que atestan que "el acceso a los medicamentos, especialmente aquellos considerados esenciales, hacen parte del derecho del ciudadano de disfrutar del más alto nivel posible de salud, con deberes atribuidos al Estado y responsabilidad de la parte de las empresas farmacéuticas"⁽²⁰⁾.

El análisis de la literatura indica tendencia de dispensación de medicamentos en domicilio, resultando en ventajas en la adhesión al tratamiento y costo beneficio, conforto y seguridad del consumidor. Estudio norte-americano comparó recientemente la adhesión de pacientes diabéticos, hipertensivos y colesterolémicos al tratamiento farmacológico dispensado en la farmacia o en domicilio, en aproximadamente 150.000; 615.000 y 359.000 pacientes, respectivamente. Utilizando regresión logística multivariada, excluyendo variables para evaluar el impacto del canal de dispensación en la adhesión a la medicación, control de las diferencias demográficas, baja renta, consecuencias de enfermedades y patrón de uso del fármaco, los autores concluyeron que la medicación en casa puede influir en la adhesión⁽²¹⁾.

Discutiendo el derecho humano de acceso a los medicamentos y ante la vulnerabilidad incontestable de la no atención a ese derecho para millares de personas en el mundo, Moon consideró, en 2013, la necesidad de establecer claramente las responsabilidades del gobierno y de la industria farmacológica y criticó la debilidad de términos de los *guidelines* del área, como "deberían"

en vez de "necesitan"⁽²²⁾. Así, el acceso y dispensación de medicamentos son temas que siguen reivindicando atención⁽²³⁾.

En el mismo año de la declaración de la OMS del 2008, autores brasileños examinaron el uso continuo de medicamentos para hipertensión en adultos y ancianos en las regiones sur y nordeste de Brasil: uso en 87% de 4003 ancianos, con asociaciones más fuertes para la no interrupción entre participantes de alto nivel de escolaridad, condiciones económicas más favorables y mayor adhesión a los programas de UBS. Sin embargo, considerando las dos regiones estudiadas, los resultados revelan desigualdad de acceso a la salud, reforzando la necesidad de mejorarlo, principalmente de la población de baja renta⁽²³⁾.

Importante limitación en este estudio es que faltan datos sobre la morbilidad y mortalidad en la UBS o el empeoramiento del cuadro clínico de los usuarios, especialmente de los inactivos en el PMC, lo que impide asociaciones entre la interrupción de los medicamentos, aumento del Riesgo Cardiovascular y agravio del cuadro clínico. Sin embargo, el análisis del nivel educacional de los usuarios sugiere atención a la discontinuidad de las drogas anti-hipertensivas en aquellos ancianos que asocian varios factores de riesgo para AVE e infarto, como la hipertensión, diabetes, dislipidemias, entre otros factores de riesgo modificables (desequilibrio calórico, sedentarismo, obesidad, tabaco). Tal preocupación está de acuerdo con la de autores que observaron asociaciones entre el menor nivel educacional y complicaciones cardiovasculares en pacientes con diagnósticos semejantes a los del presente estudio⁽²⁴⁻²⁵⁾, motivos para hipotetizar que parte substancial de los inactivos que interrumpen los fármacos está vulnerable a las complicaciones cardiovasculares.

Los hallazgos de la confrontación de los datos usuario versus PMC estimulan reflexiones: el programa solamente logra ser eficiente cuando operado en un proceso de varias fases, siendo la más relevante la capacitación de todos los funcionarios involucrados. La educación de los usuarios necesita ser permeada por la continua evaluación de la comprensión de las etapas del diagrama de flujo del PMC, con objeto de evitar la interrupción del tratamiento.

El número relevante de inactivos sin motivos justificables indica falta de organización y empeño técnico y administrativo en la UBS, además de datos imprecisos en los registros del PMC. El análisis del concepto de acceso en este estudio revela etapas positivas en el PMC respecto a las iniciativas de gestión en las políticas públicas, con garantía de que los medicamentos lleguen al domicilio y alto nivel de satisfacción del usuario. La inactividad está asociada al hecho de que las condiciones

educacionais precarias de los usuarios de la UBS están siendo ignoradas.

Conclusión

Este estudio identificó discrepancias entre las razones de inactividad registradas por el PMC y las referidas por los usuarios. La principal causa de inactividad está relacionada a la dificultad de los usuarios en comprender las etapas del diagrama de flujo del programa, debido al nivel precario de escolaridad. Fueron observadas deficiencias administrativas en la UBS con relación al diagrama de flujo del programa. El análisis de los datos a la luz del *Concepto de Acceso a la Salud* revela que la principal dimensión a ser considerada en la inactividad de los usuarios es la *Información*, ante la *asimetría* existente entre el conocimiento de los usuarios y de los profesionales de salud de la UBS. Tal discrepancia es fácilmente constatada cuando se considera los indicadores *escolaridad*, *conocimiento* y *fuentes de información*, determinantes importantes para comprender las etapas del diagrama de flujo del PMC, esencial en la prevención de la inactividad y del aumento del riesgo cardiovascular en los hipertensivos (95%), diabéticos (44%) y dislipidémicos (31%).

Referencias

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

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

Recebido: 1.12.2015

Aceito: 12.6.2016

Correspondência:

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

Copyright © 2016 Revista Latino-Americana de Enfermagem

Este es un artículo de acceso abierto distribuido bajo los términos de la Licencia Creative Commons CC BY.

Esta licencia permite a otros distribuir, mezclar, ajustar y construir a partir de su obra, incluso con fines comerciales, siempre que le sea reconocida la autoría de la creación original. Esta es la licencia más servicial de las ofrecidas. Recomendada para una máxima difusión y utilización de los materiales sujetos a la licencia.