

VIGITEL BRASIL

VIGILÂNCIA DE FATORES DE RISCO E PROTEÇÃO PARA DOENÇAS
CRÔNICAS POR INQUÉRITO TELEFÔNICO

ESTIMATIVAS SOBRE FREQUÊNCIA E DISTRIBUIÇÃO
SOCIODEMOGRÁFICA DO USO E FONTES DE OBTENÇÃO DOS
MEDICAMENTOS PARA TRATAMENTO DA HIPERTENSÃO
E DIABETES NAS CAPITAIS DOS 26 ESTADOS BRASILEIROS E
NO DISTRITO FEDERAL, 2011 A 2013



VIGITEL BRASIL

VIGILÂNCIA DE FATORES DE RISCO E PROTEÇÃO PARA DOENÇAS
CRÔNICAS POR INQUÉRITO TELEFÔNICO

Página em branco

MINISTÉRIO DA SAÚDE
Secretaria de Vigilância em Saúde
Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos

VIGITEL BRASIL

VIGILÂNCIA DE FATORES DE RISCO E PROTEÇÃO PARA DOENÇAS CRÔNICAS POR INQUÉRITO TELEFÔNICO

**ESTIMATIVAS SOBRE FREQUÊNCIA E DISTRIBUIÇÃO
SOCIODEMOGRÁFICA DO USO E FONTES DE OBTENÇÃO DOS
MEDICAMENTOS PARA TRATAMENTO DA HIPERTENSÃO E
DIABETES NAS CAPITAIS DOS 26 ESTADOS BRASILEIROS E NO
DISTRITO FEDERAL, 2011 A 2013**



Brasília, DF • 2015



Esta obra é disponibilizada nos termos da Licença Creative Commons – Atribuição – Não Comercial – Compartilhamento pela mesma licença 4.0 Internacional. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte.

A coleção institucional do Ministério da Saúde pode ser acessada, na íntegra, na Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde: <www.saude.gov.br/bvs>. O conteúdo desta e de outras obras da Editora do Ministério da Saúde pode ser acessado na página: <<http://editora.saude.gov.br>>.

Tiragem: 1ª edição – 2015 – 1.000 exemplares

Elaboração, edição e distribuição

MINISTÉRIO DA SAÚDE

Secretaria de Vigilância em Saúde

Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos

não Transmissíveis e Promoção da Saúde

SAF Sul, Trecho 2, lotes 5/6, bloco F, Torre I

Ed. Premium, sala 14

CEP: 70070-600 – Brasília/DF

Site: www.saude.gov.br/svs

E-mail: svs@saude.gov.br

Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos

Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos

Estratégicos

Setor Comercial Sul, Quadra 4, Edifício Principal

Bloco A, 3º andar

CEP: 70304-000 – Brasília/DF

Produção

Núcleo de Comunicação/GAB/SVS

Organização e coordenação

Deborah Carvalho Malta

Karen Sarmento Costa

Elaboração

Betine Pinto Moehlecke Iser

Deborah Carvalho Malta

Karen Sarmento Costa

Marilisa Berti de Azevedo Barros

Noemíia Urruth Leão Tavares

Priscila Maria Stolses Bergamo Francisco

Colaboração

José Miguel do Nascimento Júnior

Marco Aurélio Pereira

Projeto gráfico e capa

Núcleo de Comunicação/GAB/SVS

Diagramação: Sabrina Lopes

Editora responsável

MINISTÉRIO DA SAÚDE

Secretaria-Executiva

Subsecretaria de Assuntos Administrativos

Coordenação-Geral de Documentação e Informação

Coordenação de Gestão Editorial

SIA, Trecho 4, lotes 540/610

CEP: 71200-040 – Brasília/DF

Tels.: (61) 3315-7790 / 3315-7794

Site: <http://editora.saude.gov.br>

E-mail: editora.ms@saude.gov.br

Equipe editorial

Normalização: Luciana Cerqueira Brito

Revisão: Khamila Silva e Tatiane Souza

Os quadros, tabelas e figuras constantes na publicação, quando não indicados por fontes externas, são de autoria da Secretaria de Vigilância em Saúde/Ministério da Saúde (SVS/MS).

Impresso no Brasil / Printed in Brazil

Ficha Catalográfica

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos.

Vigitel Brasil : vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico : estimativas sobre frequência e distribuição sociodemográfica do uso e fontes de obtenção dos medicamentos para tratamento da hipertensão e diabetes nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal, 2011 a 2013 / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. – Brasília : Ministério da Saúde, 2015.

64 p.: il.

ISBN 978-85-334-2291-9

1. Doença crônica. 2. Fatores de risco. 3. Vigilância sanitária de serviços de saúde. I. Título.

Catalogação na fonte – Coordenação-Geral de Documentação e Informação – Editora MS – OS 2015/0266

Títulos para indexação

Em inglês: Vigitel Brazil: Surveillance of risk and protective factors for chronic diseases by telephone survey: estimates for frequency and sociodemographic distribution of use and sources for obtaining medicines for the treatment of hypertension and diabetes in the capitals of the 26 Brazilian states and in the Federal District, 2011 to 2013

Em espanhol: Vigitel Brasil: Vigilancia de factores de riesgo y protección para enfermedades crónicas por interrogatorio telefónico: estimativas sobre frecuencia y distribución sociodemográfica del uso y fuentes de obtención de los medicamentos para tratamiento de la hipertensión y diabetes en las capitales de los 26 estados brasileños y en el Distrito Federal, 2011 a 2013

Lista de tabelas

Tabela 1	Distribuição percentual de hipertensos em tratamento medicamentoso, segundo características sociodemográficas. Vigitel 2011 a 2013	22
Tabela 2	Distribuição percentual de hipertensos em tratamento medicamentoso, segundo as capitais dos estados brasileiros e o Distrito Federal. Vigitel, 2011 a 2013	23
Tabela 3	Distribuição percentual de diabéticos em tratamento medicamentoso, segundo características sociodemográficas. Vigitel 2011 a 2013	24
Tabela 4	Distribuição percentual de diabéticos em tratamento medicamentoso, segundo as capitais dos estados brasileiros e o Distrito Federal. Vigitel, 2011 a 2013	25
Tabela 5	Distribuição percentual de hipertensos em tratamento medicamentoso, segundo fontes de obtenção e características sociodemográficas. Vigitel, 2011	27
Tabela 6	Distribuição percentual de hipertensos em tratamento medicamentoso, segundo fontes de obtenção e características sociodemográficas. Vigitel, 2012	28
Tabela 7	Distribuição percentual de hipertensos em tratamento medicamentoso, segundo fontes de obtenção e características sociodemográficas. Vigitel, 2013	29
Tabela 8	Distribuição percentual de hipertensos em tratamento medicamentoso, segundo fontes de obtenção nas regiões e capitais brasileiras. Vigitel, 2011	30
Tabela 9	Distribuição percentual de hipertensos em tratamento medicamentoso, segundo fontes de obtenção nas regiões e capitais brasileiras. Vigitel, 2012	31
Tabela 10	Distribuição percentual de hipertensos em tratamento medicamentoso, segundo fontes de obtenção nas regiões e capitais brasileiras. Vigitel, 2013	32
Tabela 11	Distribuição percentual de diabéticos em tratamento medicamentoso, segundo fontes de obtenção e características sociodemográficas. Vigitel, 2011	39
Tabela 12	Distribuição percentual de diabéticos em tratamento medicamentoso, segundo fontes de obtenção e características sociodemográficas. Vigitel, 2012	40
Tabela 13	Distribuição percentual de diabéticos em tratamento medicamentoso, segundo fontes de obtenção e características sociodemográficas. Vigitel, 2013	41
Tabela 14	Distribuição percentual de diabéticos em tratamento medicamentoso, segundo fontes de obtenção nas regiões e capitais brasileiras. Vigitel, 2011	42
Tabela 15	Distribuição percentual de diabéticos em tratamento medicamentoso, segundo fontes de obtenção nas regiões e capitais brasileiras. Vigitel, 2012	43
Tabela 16	Distribuição percentual de diabéticos em tratamento medicamentoso, segundo fontes de obtenção nas regiões e capitais brasileiras. Vigitel, 2013	44

Lista de quadros

Quadro 1	Desempenho do sistema Vigitel no período 2011 a 2013	15
-----------------	--	-----------

Lista de figuras

Figura 1	Prevalência de hipertensão arterial no conjunto da população adulta (≥ 18 anos) das capitais dos estados brasileiros e do Distrito Federal, por sexo. Vigitel, 2011 a 2013	20
Figura 2	Prevalência de diabetes no conjunto da população adulta (≥ 18 anos) das capitais dos estados brasileiros e do Distrito Federal, por sexo. Vigitel, 2011 a 2013	21
Figura 3	Fontes de obtenção de medicamentos para tratamento da hipertensão. Vigitel, 2011 a 2013	26
Figura 4	Percentual de adultos (≥ 18 anos) que referiram obter medicamentos para controle da hipertensão arterial nas unidades de saúde. Vigitel, 2011	33
Figura 5	Percentual de adultos (≥ 18 anos) que referiram conseguir medicamentos para controle da hipertensão arterial nas unidades de saúde. Vigitel, 2012	33
Figura 6	Percentual de adultos (≥ 18 anos) que referiram conseguir medicamentos para controle da hipertensão arterial nas unidades de saúde. Vigitel, 2013	34
Figura 7	Percentual de adultos (≥ 18 anos) que referiram conseguir medicamentos para controle da hipertensão arterial no Programa Farmácia Popular. Vigitel, 2011	34
Figura 8	Percentual de adultos (≥ 18 anos) que referiram conseguir medicamentos para controle da hipertensão arterial no Programa Farmácia Popular. Vigitel, 2012	35
Figura 9	Percentual de adultos (≥ 18 anos) que referiram conseguir medicamentos para controle da hipertensão arterial no Programa Farmácia Popular. Vigitel, 2013	35
Figura 10	Percentual de adultos (≥ 18 anos) que referiram conseguir medicamentos para controle da hipertensão arterial nas drogarias, nas farmácias e demais fontes. Vigitel, 2011	36
Figura 11	Percentual de adultos (≥ 18 anos) que referiram conseguir medicamentos para controle da hipertensão arterial nas drogarias, nas farmácias e demais fontes. Vigitel, 2012	36
Figura 12	Percentual de adultos (≥ 18 anos) que referiram conseguir medicamentos para controle da hipertensão arterial nas drogarias, nas farmácias e demais fontes. Vigitel, 2013	37
Figura 13	Fontes de obtenção de medicamentos para tratamento do diabetes. Vigitel, 2011 a 2013	38
Figura 14	Percentual de adultos (≥ 18 anos) que referiram conseguir medicamento oral ou insulina para controle do diabetes nas unidades de saúde. Vigitel, 2011	45
Figura 15	Percentual de adultos (≥ 18 anos) que referiram conseguir medicamento oral ou insulina para controle do diabetes nas unidades de saúde. Vigitel, 2012	45
Figura 16	Percentual de adultos (≥ 18 anos) que referiram conseguir medicamento oral ou insulina para controle do diabetes nas unidades de saúde. Vigitel, 2013	46
Figura 17	Percentual de adultos (≥ 18 anos) que referiram conseguir medicamento oral ou insulina para controle do diabetes no Programa Farmácia Popular. Vigitel, 2011	46
Figura 18	Percentual de adultos (≥ 18 anos) que referiram conseguir medicamento oral ou insulina para controle do diabetes no Programa Farmácia Popular. Vigitel, 2012	47
Figura 19	Percentual de adultos (≥ 18 anos) que referiram conseguir medicamento oral ou insulina para controle do diabetes no Programa Farmácia Popular. Vigitel, 2013	47
Figura 20	Percentual de adultos (≥ 18 anos) que referiram conseguir medicamento oral ou insulina para controle do diabetes nas drogarias, nas farmácias e demais fontes. Vigitel, 2011	48
Figura 21	Percentual de adultos (≥ 18 anos) que referiram conseguir medicamento oral ou insulina para controle do diabetes nas drogarias, nas farmácias e demais fontes. Vigitel, 2012	48
Figura 22	Percentual de adultos (≥ 18 anos) que referiram conseguir medicamento oral ou insulina para controle do diabetes nas drogarias, nas farmácias e demais fontes. Vigitel, 2013	49

Sumário

Apresentação	9
1 Introdução	11
2 Aspectos metodológicos	14
2.1 Amostragem	14
2.2 Inferência de estimativas para o total da população adulta de cada cidade	15
2.3 Coleta de dados	16
2.4 Indicadores	17
2.5 Aspectos éticos	19
3 Estimativas de indicadores	20
3.1 Prevalências de hipertensão arterial e diabetes	20
3.2 Tratamento medicamentoso	21
3.3 Fontes de obtenção de medicamentos	25
Conclusões	50
Referências	52
Anexo	55
Modelo do Questionário Eletrônico com as questões de morbidade (hipertensão e diabetes) utilizadas a cada ano	57

Página em branco

Apresentação

O sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (Vigitel) foi implantado em 2006 pelo Ministério da Saúde e desde então vem cumprindo, com grande eficiência, seu objetivo de monitorar a frequência e a distribuição dos principais determinantes das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) em todas as capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal.

O Vigitel compõe o sistema de Vigilância de Fatores de Risco de DCNT do Ministério da Saúde, com outros inquéritos domiciliares, em populações escolares, ampliando assim o conhecimento sobre as DCNT, seus determinantes e condicionantes e fatores de risco no País.

Os resultados deste sistema subsidiam o monitoramento das metas propostas no Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas no Brasil 2011-2022 (BRASIL, 2011; MALTA et al., 2011; MALTA; SILVA JÚNIOR, 2013) e também no Plano Regional (OPAS, 2014) e no Plano Global para o Enfrentamento das DCNT (WHO, 2013), contribuindo na formulação de políticas públicas que promovam a melhoria da qualidade de vida da população brasileira.

Esta publicação é fruto de uma parceria entre o Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde, da Secretaria de Vigilância em Saúde e o Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos da Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos do Ministério da Saúde. Neste número são apresentadas informações inéditas sobre o uso e as fontes de obtenção de medicamentos para hipertensão e diabetes, nas capitais brasileiras.

Secretaria de Vigilância em Saúde
Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos

Página em branco

1 Introdução

No Brasil, a Constituição Federal de 1988 estabelece o acesso à saúde como direito dos cidadãos e dever do Estado. O Sistema Único de Saúde (SUS), instituído por meio da Lei Orgânica da Saúde (1990), tem como objetivo assegurar o acesso da população aos serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde.

A institucionalização do sistema de saúde no País deflagrou o processo de elaboração de um conjunto de políticas públicas relativas à saúde. Inserem-se nesse conjunto a Política Nacional de Medicamentos (PNM), de 1998, e a Política Nacional de Assistência Farmacêutica (Pnaf), de 2004, promulgadas com o propósito de garantir o acesso a medicamentos aliado à promoção de seu uso racional (BRASIL, 2001; 2004c).

O acesso a medicamentos no SUS está organizado por meio de processos permanentes de pactuação interfederativa que definem as responsabilidades de cada ente da federação em relação à execução e ao financiamento (BRASIL, 2004b; 2009; 2013).

Na última década, o Ministério da Saúde ampliou de forma expressiva o financiamento da Assistência Farmacêutica, passando o orçamento de 1,9 bilhão para 12,4 bilhões, com investimento superior a 80 bilhões de reais, no período de 2003 a 2014 (BRASIL, 2014).

Além da garantia e da ampliação do financiamento para medicamentos destinados às farmácias ambulatoriais do Sistema Único de Saúde, em 2004, foi criado o Programa Farmácia Popular do Brasil (PFPB), com a perspectiva de enfrentar agravos de alto impacto na saúde pública e reduzir os gastos com medicamentos no orçamento familiar (BRASIL, 2004a).

Na Atenção Básica, é reconhecida a importância da Assistência Farmacêutica, visto que esse nível de atenção deve equacionar problemas de saúde de maior relevância em seu território, utilizando “tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade”. Entre estas, cita-se o uso de medicamentos não somente para cura e reabilitação, mas para promoção da saúde e prevenção de doenças (COSTA et al., 2012).

Para isso, a Assistência Farmacêutica está organizada para prover um conjunto de medicamentos destinados aos agravos mais prevalentes na população brasileira, que estão definidos por meio da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais, no Anexo I. O financiamento e as responsabilidades são tripartites, cabendo ao gestor federal garantir o repasse *per capita* no valor de R\$ 5,10 habitante/ano aos municípios brasileiros. Às Secretarias Municipais de Saúde cabem a responsabilidade de selecionar, adquirir, armazenar, distribuir, dispensar e orientar o uso adequado dos medicamentos à população (BRASIL, 2013).

Essas etapas exigem processos, recursos humanos, estrutura física e gestão adequados para prestação de serviços farmacêuticos qualificados e garantia da disponibilidade de medicamentos nas unidades de saúde. No entanto, os resultados de estudos apontam um distanciamento ainda significativo entre as diretrizes estabelecidas para a Assistência Farmacêutica na Atenção Básica e a realidade

de municípios brasileiros (COSTA et al., 2012; ARAÚJO et al., 2008; OLIVEIRA et al., 2010).

Como estratégia complementar do acesso a medicamentos promovida pelo Ministério da Saúde, o Programa baseou-se inicialmente na abertura de farmácias estatais, gerenciadas na esfera federal pela Fundação Instituto Oswaldo Cruz (Fiocruz), denominadas como modelo 1. A partir da publicação da Portaria nº 2.587, de 6 de dezembro de 2004, as unidades da rede própria passaram a ser instaladas por meio de parcerias com gestores estaduais de saúde e, principalmente, gestores municipais, além de Instituições da área de saúde e Instituições de Ensino Superior (IES) sem fins lucrativos. Esta etapa foi denominada como modelo 2 da Rede Própria do Programa Farmácia Popular do Brasil (PEREIRA, 2013).

Em 2006, mediante parceria com o comércio varejista farmacêutico em âmbito nacional, a expansão do Programa ocorreu pela modalidade conhecida como “Aqui tem Farmácia Popular” (BRASIL, 2006), por intermédio de copagamento pelo Ministério da Saúde. O Programa Farmácia Popular do Brasil foi aprimorado em 2011, com a criação da ação “Saúde Não Tem Preço” (SNTP), na qual os medicamentos para o tratamento de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), como hipertensão e diabetes passaram a ser ofertados nas farmácias sem custos para a população (COSTA et al., 2014); a partir de 2012, o elenco do SNTP foi ampliado com os medicamentos indicados para o tratamento da asma, por meio do Plano Brasil Carinhoso (BRASIL, 2012a).

Observamos, no contexto mundial, que as DCNT são as principais causas de morte no mundo, correspondendo a 68% dos óbitos em 2012. Aproximadamente 75% das mortes por DCNT ocorrem em países de baixa e média renda, e 40% são consideradas mortes prematuras (antes dos 70 anos) (WHO, 2014). A maioria dos óbitos por DCNT são atribuíveis às doenças do aparelho circulatório (DAC), ao câncer, ao diabetes e às doenças respiratórias crônicas. As principais causas dessas doenças incluem fatores de risco modificáveis, como tabagismo, consumo nocivo de bebida alcoólica, inatividade física e alimentação inadequada (BRASIL, 2011).

No Brasil, em 2007, 72% das mortes foram atribuídas as DCNT (doenças cardiovasculares, doenças respiratórias crônicas, diabetes, cânceres e outras, inclusive doenças renais) (SCHMIDT, 2011).

Diante deste quadro, o controle e a prevenção das DCNT vêm sendo alvo de diversos programas e ações de diversos países nos últimos anos, com o desafio de redução da mortalidade por essas doenças em 25% até 2025 (ALLEYNE et al., 2013; WHO, 2014). No Brasil, o controle das DCNT tornou-se também uma prioridade das políticas públicas de saúde uma vez que afetam, de forma mais intensa, os segmentos mais vulneráveis do País, com menor renda e baixa escolaridade (HOGERZEIL, 2006).

Considerando a magnitude dessas condições de saúde, o Estado brasileiro estabeleceu o Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis, para o período 2011-2022, contendo definições e priorizações de ações e investimentos para detecção e controle das DCNT e de seus fatores de risco no País (MALTA; SILVA JÚNIOR, 2013).

Entre os indicadores e as metas estabelecidos no Plano, destacam-se os indicadores de acesso aos medicamentos para o tratamento de doenças crônicas não transmissíveis consideradas prioritárias que permitem aferir em que medida os serviços públicos e privados de saúde estão sendo capazes de prover assistência farmacêutica aos pacientes com essas doenças (BRASIL, 2012b; MALTA; SILVA JÚNIOR, 2013).

Considerando a importância do monitoramento desses indicadores, em 2011, foi incluído no sistema Vigitel informações relativas ao uso dos medicamentos para hipertensão e diabetes, e as fontes de obtenção desses medicamentos. A partir da manutenção desses dados em anos subsequentes, será possível monitorar os indicadores estabelecidos e analisar as tendências em relação ao acesso e às fontes de obtenção de medicamentos no conjunto das capitais brasileiras e no Distrito Federal, áreas cobertas pelo inquérito Vigitel.

Nesta publicação são apresentados resultados relativos ao período 2011 a 2013 do sistema Vigitel relacionados às questões que envolvem o uso e as fontes de obtenção de medicamentos, com informações inéditas e atualizadas sobre a frequência, a distribuição e a evolução dos indicadores de medicamentos presentes no sistema Vigitel e imprescindíveis para o monitoramento das metas previstas no Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil.

2 Aspectos metodológicos

2.1 Amostragem

Os procedimentos de amostragem empregados pelo Vigitel visam obter, em cada uma das capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal, amostras probabilísticas da população de adultos (≥ 18 anos de idade) que residem em domicílios servidos por ao menos uma linha telefônica fixa. O sistema estabelece um tamanho amostral mínimo de aproximadamente 2 mil indivíduos em cada cidade para estimar com coeficiente de confiança de 95% e erro máximo de cerca de três pontos percentuais a frequência de qualquer fator de risco na população adulta (≥ 18 anos). Erros máximos de cerca de quatro pontos percentuais são esperados para estimativas específicas, segundo sexo, assumindo-se proporções semelhantes de homens e mulheres na amostra (WHO, 1991).

A primeira etapa da amostragem do Vigitel consiste no sorteio de cerca de 5 mil linhas telefônicas por cidade. Este sorteio, sistemático e estratificado por código de endereçamento postal (CEP), é realizado a partir do cadastro eletrônico de linhas residenciais fixas das empresas telefônicas que cobrem as cidades estudadas. A seguir, as linhas sorteadas em cada cidade são ressorteadas e divididas em réplicas de 200 linhas, cada réplica reproduzindo a mesma proporção de linhas por CEP do cadastro original. A divisão da amostra integral em réplicas é feita, essencialmente, em função da dificuldade em estimar previamente a proporção das linhas do cadastro que serão elegíveis para o sistema (linhas residenciais ativas). Em geral, a partir dos cadastros telefônicos das quatro empresas (Telefônica, OI, GVT e Embratel) que servem as 26 capitais e o Distrito Federal, são sorteadas 135 mil linhas telefônicas (5 mil por cidade) e são utilizadas, em média, 21 réplicas por cidade.

A segunda etapa da amostragem do Vigitel consiste no sorteio de um dos adultos (≥ 18 anos) residentes no domicílio sorteado. Essa etapa é executada após a identificação, entre as linhas sorteadas, daquelas que são elegíveis para o sistema, ou seja: linhas efetivamente residenciais e ativas. Não são elegíveis para o sistema as linhas que: correspondem a empresas, não mais existem ou se encontram fora de serviço, além das linhas que não respondem a seis tentativas de chamadas feitas em dias e horários variados, incluindo sábados e domingos e períodos noturnos, e que, provavelmente, correspondem a domicílios fechados. No período analisado, a elegibilidade das linhas variou de 56% a 66% e foram realizadas mais de 100 mil ligações telefônicas, sendo completas mais de 45 mil entrevistas a cada ano. O Quadro 1 sumariza o desempenho do sistema Vigitel a cada ano do inquérito.

Quadro 1 Desempenho do sistema Vigitel no período 2011 a 2013

Ano	Ligações telefônicas realizadas	Números elegíveis identificados	Número de entrevistas realizadas	Taxa de sucesso	Taxa de recusas	Duração da entrevista
2011	126.600	71.082	54.339	76,4%	2,3%	9,5 min (5-52,5)
2012	115.418	70.045	45.448	64,9%	5,9%	11 min (5-58)
2013	112.600	74.005	52.929	71,5%	3,9%	10 min (4-60)

2.2 Inferência de estimativas para o total da população adulta de cada cidade

Uma vez que a amostra de adultos entrevistada pelo Vigitel foi extraída a partir do cadastro das linhas telefônicas residenciais existentes em cada cidade, ela só permite, rigorosamente, inferências populacionais para a população adulta que reside em domicílios cobertos pela rede de telefonia fixa. A cobertura dessa rede, embora crescente, não é evidentemente universal, podendo ser particularmente baixa em cidades economicamente menos desenvolvidas e nos estratos de menor nível socioeconômico. Estimativas calculadas a partir da Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF), realizada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) entre 2008 e 2009 em uma amostra probabilística de mais de 55 mil domicílios de todas as regiões do País, indicavam que 66,7% dos domicílios existentes no conjunto das 26 capitais e do Distrito Federal estudada pelo Vigitel eram servidos por linhas telefônicas fixas, variando entre 28,7% em Macapá e 83,6% em Florianópolis.

Quando dados individuais de um inquérito populacional são utilizados sem pesos, todos os indivíduos estudados contribuem da mesma forma para as estimativas geradas pelo inquérito. Este procedimento se aplica quando cada indivíduo estudado tenha tido a mesma probabilidade de ser selecionado para o estudo e quando as taxas de não cobertura do cadastro populacional empregado e as taxas de não participação no inquérito sejam iguais em todos os estratos da população. Quando essas situações não são observadas, como no caso do Vigitel, a atribuição de pesos para os indivíduos estudados é recomendada.

O peso atribuído inicialmente a cada indivíduo entrevistado pelo Vigitel em cada uma das 26 capitais e no Distrito Federal leva em conta dois fatores. O primeiro desses fatores é o inverso do número de linhas telefônicas no domicílio do entrevistado. Este fator corrige a maior chance que indivíduos de domicílios com mais de uma linha telefônica tiveram de ser selecionados para a amostra. O segundo fator é o número de adultos no domicílio do entrevistado. Este fator corrige a menor chance que indivíduos de domicílios habitados por mais pessoas tiveram de ser selecionados para a amostra. O produto desses dois fatores fornece um peso amostral que permite a obtenção de estimativas confiáveis para a população adulta com telefone em cada cidade.

O peso final atribuído a cada indivíduo entrevistado pelo sistema Vigitel, denominado pós-estratificação, objetiva a inferência estatística dos resultados do sistema para a população adulta de cada cidade. Em essência, o uso deste peso iguala a composição sociodemográfica estimada para a população de adultos com telefone, a partir da amostra Vigitel em cada cidade, à composição sociodemográfica que se estima para a população adulta total da mesma cidade, no mesmo ano de realização do levantamento.

As variáveis consideradas na composição sociodemográfica da população total e da população com telefone são: sexo (feminino e masculino), faixa etária (18-24, 25-34, 35-44, 45-54, 55-64 e 65 e mais anos de idade) e nível de instrução (sem instrução ou fundamental incompleto, fundamental completo ou médio incompleto, médio completo ou superior incompleto e superior completo).

O peso pós-estratificação de cada indivíduo da amostra Vigitel foi calculado pelo método “rake” (GRAHAM, 1983; BERNAL, 2011) utilizando rotina específica do programa SAS (IZRAEL et al., 2000). Este método utiliza procedimentos iterativos que levam em conta sucessivas comparações entre estimativas da distribuição de cada variável sociodemográfica na amostra Vigitel e na população total da cidade. Essas comparações culminam no encontro de pesos que, aplicados à amostra Vigitel, igualam sua distribuição sociodemográfica à distribuição estimada para a população total da cidade.

A distribuição de cada variável sociodemográfica estimada para cada cidade a cada ano do inquérito foi obtida a partir de projeções que levaram em conta a distribuição da variável nos Censos Demográficos de 2000 e 2010, e sua variação anual média (taxa geométrica) no período intercensitário.

O peso pós-estratificação é empregado para gerar todas as estimativas fornecidas pelo sistema para cada uma das 26 capitais e o Distrito Federal e para o conjunto da população adulta (≥ 18 anos) residente nas 27 cidades.

2.3 Coleta de dados

As entrevistas telefônicas realizadas pelo Vigitel a cada ano foram realizadas entre os meses de fevereiro e dezembro por uma empresa especializada contratada para este fim. A equipe responsável pelas entrevistas, envolvendo aproximadamente 40 entrevistadores, 2 supervisores e 1 coordenador, recebeu treinamento prévio e foi supervisionada durante a operação do sistema por pesquisadores do Núcleo de Pesquisas Epidemiológicas em Nutrição e Saúde (Nupens) da Universidade de São Paulo (USP) e técnicos da Secretaria de Vigilância em Saúde.

O questionário do Vigitel (Anexo) foi construído de modo a viabilizar a opção do sistema pela realização de entrevistas telefônicas feitas com o emprego de computadores, ou seja, entrevistas cujas perguntas são lidas diretamente na tela de um monitor de vídeo e cujas respostas são registradas direta e imediatamente em meio eletrônico. Este questionário permite, ainda, o sorteio automático do membro do domicílio que será entrevistado, o salto automático de questões não aplicáveis em face de respostas anteriores, a crítica imediata de respostas não válidas e a cronometragem

da duração da entrevista, além de propiciar a alimentação direta e contínua no banco de dados do sistema.

As perguntas do questionário abordam diferentes temas, como: características demográficas e socioeconômicas dos indivíduos (idade, sexo, estado civil, raça/cor, nível de escolaridade), características do padrão de alimentação e de atividade física, peso e altura referidos, frequência do consumo de cigarros e de bebidas alcoólicas, referência a diagnóstico médico anterior de hipertensão arterial, diabetes e dislipidemias, posse de plano de saúde ou convênio médico e outros temas. A partir de 2011 foram adicionadas perguntas sobre uso de medicamentos para o tratamento de hipertensão e diabetes. Para esta publicação foi analisado o módulo de morbidade referida, especificamente os dados sobre uso de medicamentos para hipertensão arterial e diabetes e fontes de obtenção destes, a partir das respostas às questões detalhadas no Anexo.

2.4 Indicadores

O relatório do Vigitel vem monitorando desde 2006 indicadores referentes à morbidade referida, e mais especificamente sobre **diagnóstico médico de hipertensão arterial e diabetes, com as seguintes definições:**

Percentual de adultos (≥ 18 anos) que referem diagnóstico médico de hipertensão arterial: (número de indivíduos que referem diagnóstico médico de hipertensão arterial/número de indivíduos entrevistados) X 100, conforme resposta dada para a questão: “*Algum médico já lhe disse que o(a) sr.(a) tem pressão alta?*”.

Percentual de adultos (≥ 18 anos) que referem diagnóstico médico de diabetes: (número de indivíduos que referem diagnóstico médico de diabetes/número de indivíduos entrevistados) x 100, conforme resposta dada para a questão: “*Algum médico já lhe disse que o(a) sr.(a) tem diabetes?*”.

Nesta edição foram inseridos os seguintes indicadores:

Indicadores de tratamento medicamentoso

Percentual de hipertensos em tratamento medicamentoso: (número de indivíduos adultos que referiram utilizar medicamento para controlar a pressão alta na época na entrevista ÷ número de adultos entrevistados que referiram diagnóstico médico de hipertensão arterial) x 100, a partir da resposta às questões: “*Algum MÉDICO já lhe disse que o(a) sr.(a) tem pressão alta?*” e “*Atualmente, o(a) sr.(a) está tomando algum medicamento para controlar a pressão alta?*”.

Percentual de diabéticos em tratamento medicamentoso: (número de indivíduos adultos que referiram estar em tratamento medicamentoso para diabetes com medicamento oral e/ou insulina na época na entrevista ÷ número de adultos entrevistados que referiram diagnóstico médico de diabetes) x 100, a partir da resposta positiva às questões: “*Algum MÉDICO já lhe disse que o(a) sr.(a) tem diabetes?*” e “*Atualmente, o(a) sr.(a) está tomando algum comprimido ou usando*

insulina para controlar o diabetes?” (2011) ou “Atualmente, o(a) sr.(a) está tomando algum comprimido para controlar o diabetes?” e “Atualmente, o(a) sr.(a) está usando insulina para controlar o diabetes?” (2012 e 2013).

Indicadores das fontes de obtenção de medicamentos

Percentual de hipertensos que obtiveram medicamentos nas unidades de saúde: (número de indivíduos adultos que referiram obter os medicamentos para a hipertensão arterial nas unidades de saúde do SUS ÷ número de adultos entrevistados que referiram utilizar medicamento para hipertensão arterial) x 100, a partir da resposta positiva à questão: “*Atualmente, o(a) sr.(a) está tomando algum medicamento para controlar a pressão alta?*” e pela opção ‘Unidades de Saúde do SUS’ na questão: “*Onde/Como o(a) sr.(a) consegue a medicação para controlar a pressão alta?*”

Percentual de hipertensos que obtiveram medicamentos no Programa Farmácia Popular: (número de indivíduos adultos que referiram obter os medicamentos para a hipertensão arterial pela Farmácia Popular do governo federal ÷ número de adultos entrevistados que referiram utilizar medicamento para hipertensão arterial) x 100, a partir da resposta positiva à questão: “*Atualmente, o(a) sr.(a) está tomando algum medicamento para controlar a pressão alta?*” e pela opção ‘Farmácia Popular’ na questão: “*Onde/Como o(a) sr.(a) consegue a medicação para controlar a pressão alta?*”

Percentual de hipertensos que obtiveram medicamentos nas drogarias e farmácias privadas e demais fontes: (número de indivíduos adultos que referiram obter os medicamentos para a hipertensão arterial em outros lugares, incluindo farmácia privada e drogarias ÷ número de adultos entrevistados que referiram utilizar medicamento para hipertensão arterial) x 100, a partir da resposta positiva à questão: “*Atualmente, o(a) sr.(a) está tomando algum medicamento para controlar a pressão alta?*” e pela opção ‘Outro lugar (farmácia privada/drogaria)’ na questão: “*Onde/Como o(a) sr.(a) consegue a medicação para controlar a pressão alta?*”

Percentual de diabéticos que obtiveram medicamentos nas unidades de saúde: (número de indivíduos adultos que referiram obter os medicamentos para diabetes nas unidades de saúde do SUS ÷ número de adultos entrevistados que referiram utilizar medicamento oral e/ou insulina para diabetes) x 100, a partir da resposta positiva às questões: “*Atualmente, o(a) sr.(a) está tomando algum comprimido ou usando insulina para controlar o diabetes?*” (2011) ou “*Atualmente, o(a) sr.(a) está tomando algum comprimido para controlar o diabetes?*” e “*Atualmente, o(a) sr.(a) está usando insulina para controlar o diabetes?*” (2012 e 2013), e pela opção ‘Unidades de Saúde do SUS’ na questão: “*Onde/Como o(a) sr.(a) consegue a medicação para diabetes?*”

Percentual de diabéticos que obtiveram medicamentos no Programa Farmácia Popular: (número de indivíduos adultos que referiram obter os medicamentos para diabetes no Programa Farmácia Popular [rede própria ou credenciada] ÷ número de adultos entrevistados que referiram utilizar medicamento oral e/ou insulina para diabetes) x 100, a partir da resposta positiva às questões: “*Atualmente, o(a) sr.(a) está tomando algum comprimido ou usando insulina para controlar o diabetes?*” (2011) ou “*Atualmente, o(a) sr.(a) está tomando algum comprimido para controlar o diabetes?*” e

“Atualmente, o(a) sr.(a) está usando insulina para controlar o diabetes?” (2012 e 2013), e pela opção ‘Farmácia Popular do governo federal’ na questão: “Onde/Como o(a) sr.(a) consegue a medicação para diabetes?”.

Percentual de diabéticos que obtiveram medicamentos nas drogarias e nas farmácias privadas e demais fontes: (número de indivíduos adultos que referiram obter os medicamentos para diabetes em outros lugares, incluindo farmácia e drogarias privadas ÷ número de adultos entrevistados que referiram utilizar medicamento oral e/ou insulina para diabetes) x 100, a partir da resposta positiva às questões: “Atualmente, o(a) sr.(a) está tomando algum comprimido ou usando insulina para controlar o diabetes?” (2011) ou “Atualmente, o(a) sr.(a) está tomando algum comprimido para controlar o diabetes?” e “Atualmente, o(a) sr.(a) está usando insulina para controlar o diabetes?” (2012 e 2013), e pela opção ‘Outro lugar (farmácia privada/particular, drograria)’ na questão: “Onde/Como o(a) sr.(a) consegue a medicação para diabetes?”

2.5 Aspectos éticos

O consentimento livre e esclarecido foi obtido oralmente no momento do contato telefônico com os entrevistados. O projeto Vigitel foi aprovado pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa para Seres Humanos do Ministério da Saúde (Conep 355.590, de 26 de junho de 2013).

3 Estimativas de indicadores

A seguir, são apresentadas estimativas do Vigitel 2011 a 2013 para a população adulta (≥ 18 anos) de cada uma das capitais dos 26 estados brasileiros e do Distrito Federal, e para o conjunto da população adulta dessas 27 cidades.

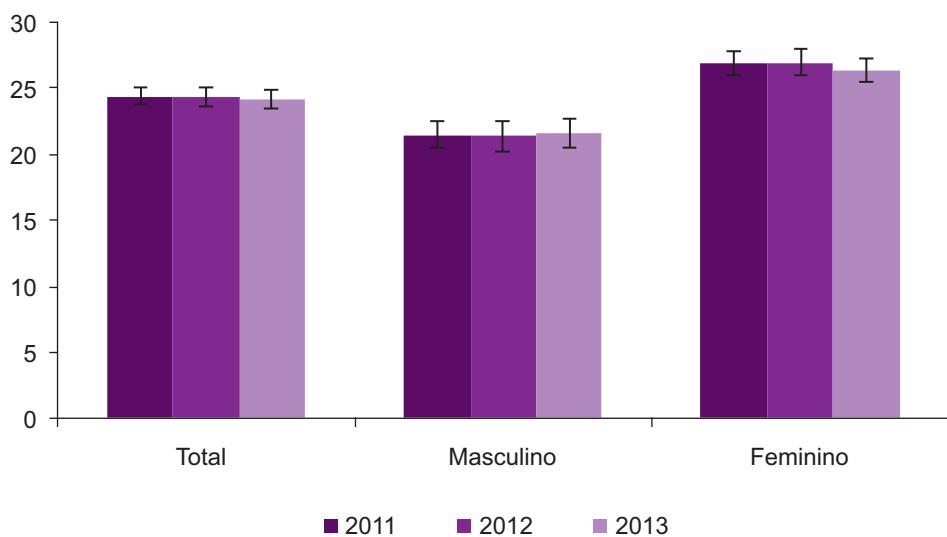
Essas estimativas fornecem a frequência de hipertensos e diabéticos em tratamento medicamentoso e a distribuição das fontes de obtenção de medicamentos para essas condições. As estimativas para o conjunto da população adulta das 27 cidades são apresentadas segundo sexo, faixa etária, nível de escolaridade, plano de saúde, regiões e capitais brasileiras, na forma de frequência e intervalo de confiança de 95%, para os anos de 2011 a 2013.

Todas as estimativas são ponderadas para representar a composição socio-demográfica (sexo, idade e nível de escolaridade) estimada em cada ano para a população adulta (≥ 18 anos) de cada uma das cidades cobertas pelo sistema e para o conjunto das 27 cidades, conforme descrito anteriormente.

3.1 Prevalências de hipertensão arterial e diabetes

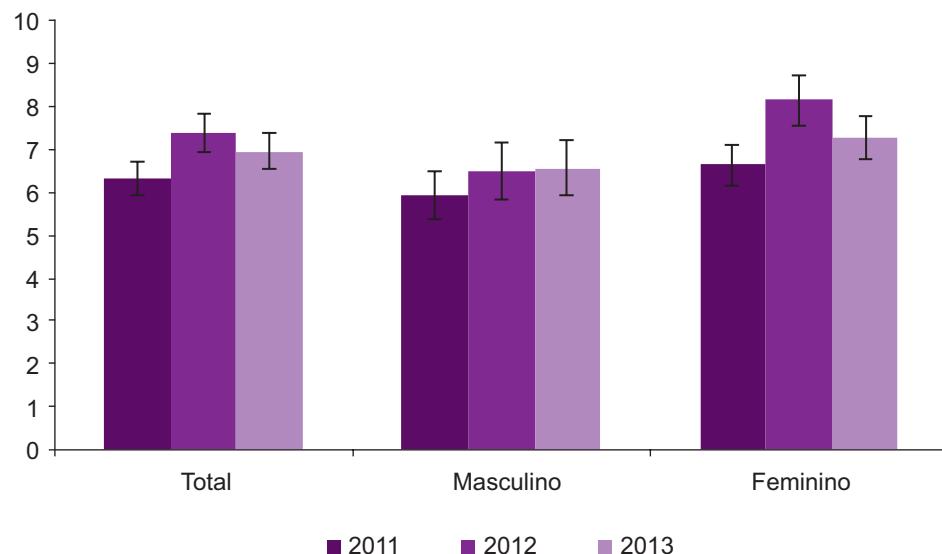
A investigação do uso de medicamentos foi realizada para todos os indivíduos que referiram diagnóstico médico de hipertensão e diabetes. A prevalência de hipertensão arterial na população adulta (≥ 18 anos) do conjunto das 27 cidades distribuiu-se de forma muito semelhante no período analisado, 24,3% em 2011 para 24,1% em 2013, sempre maior nas mulheres do que nos homens (Figura 1).

Figura 1 Prevalência de hipertensão arterial no conjunto da população adulta (≥ 18 anos) das capitais dos estados brasileiros e do Distrito Federal, por sexo. Vigitel, 2011 a 2013



Em relação ao diabetes, a prevalência aumentou de 6,3% em 2011 para 6,9% em 2013, sendo maior nas mulheres do que nos homens no período analisado.

Figura 2 Prevalência de diabetes no conjunto da população adulta (≥ 18 anos) das capitais dos estados brasileiros e do Distrito Federal, por sexo. Vigitel, 2011 a 2013



3.2 Tratamento medicamentoso

O controle e a prevenção das DCNT vêm sendo alvo de diversos programas e ações nos últimos anos (ALLEYNE et al., 2013). O tratamento medicamentoso, quando adequadamente conduzido, possibilita o controle das doenças, redução da morbimortalidade e melhoria da qualidade de vida dos usuários portadores de diversas condições de saúde (GONTIJO et al., 2012).

O sistema Vigitel permite a elaboração de indicadores sobre a frequência da população adulta (≥ 18 anos) em tratamento medicamentoso para hipertensão arterial e diabetes. Nesta publicação, apresentam-se as estimativas dos indicadores do período de 2011 a 2013, considerando em tratamento medicamentoso os indivíduos adultos que referiram diagnóstico de hipertensão e diabetes e que estavam em uso de medicamentos para o seu controle no momento da entrevista.

Hipertensos em tratamento medicamentoso

No conjunto da população adulta (≥ 18 anos) das 27 cidades estudadas pelo Vigitel, o percentual de hipertensos que estavam em uso de medicamentos aumentou de 75,0% a 80,6% no período estudado. Maiores percentuais foram observados entre as mulheres, indivíduos com 65 anos ou mais de idade, entre os menos escolarizados (sendo neste segmento maior também o percentual de idosos, que são os que apresentam maior

percentual em tratamento) e entre aqueles que referiram possuir plano de saúde. De modo geral, verificou-se um aumento gradativo no percentual de doentes em tratamento medicamentoso no decorrer do período analisado, sendo maior no ano de 2013, onde 84,1% das mulheres, 95,6% dos indivíduos com 65 anos ou mais, 83,8% com até oito anos de escolaridade e 84,0% que possuíam plano de saúde referiram estar em uso de medicamentos para o tratamento da hipertensão arterial no momento da entrevista. Ressalta-se que em 2013, o percentual de jovens de 18 a 24 anos em tratamento medicamentoso para hipertensão dobrou em relação a 2011.

Tabela 1 Distribuição percentual de hipertensos em tratamento medicamentoso, segundo características sociodemográficas. Vigitel 2011 a 2013

Variáveis	Percentual de hipertensos em tratamento medicamentoso					
	2011		2012		2013	
	%	IC _{95%}	%	IC _{95%}	%	IC _{95%}
Sexo						
Masculino	67,2	64,6 - 69,8	72,1	69,2 - 74,8	75,6	73,2 - 77,9
Feminino	80,3	78,6 - 81,8	83,5	81,9 - 85,0	84,1	82,4 - 85,6
Idade (anos)						
18 a 24	12,5	7,8 - 19,5	22,2	14,1 - 33,2	24,1	16,6 - 33,6
25 a 34	35,0	29,5 - 41,0	39,9	33,4 - 46,9	38,8	32,7 - 45,2
35 a 44	59,4	55,1 - 63,5	63,5	58,7 - 68,0	65,7	61,3 - 69,9
45 a 54	76,0	73,3 - 78,6	80,8	77,6 - 83,7	82,4	79,7 - 84,8
55 a 64	89,3	87,0 - 91,2	90,7	88,8 - 92,3	91,1	88,8 - 92,9
65 e mais	93,4	91,6 - 94,9	95,6	94,5 - 96,5	95,6	94,4 - 96,6
Anos de escolaridade						
0 a 8	79,7	77,7 - 81,5	82,1	79,9 - 84,0	83,8	81,9 - 85,5
9 a 11	65,7	62,8 - 68,4	73,9	71,3 - 76,3	73,6	71,0 - 75,9
12 e mais	73,3	69,9 - 76,4	76,3	72,3 - 79,8	80,9	77,7 - 83,7
Plano de Saúde						
Possui	79,4	77,4 - 81,2	81,9	79,7 - 84,0	84,0	82,1 - 85,8
Não possui	71,4	69,3 - 73,5	76,4	74,3 - 78,5	77,9	75,9 - 79,7
Total	75,0	73,5 - 76,4	78,9	77,4 - 80,4	80,6	79,3 - 81,9

O percentual de hipertensos em tratamento medicamentoso aumentou de forma geral em todas as regiões do País nos anos analisados, sendo encontrados os menores percentuais de indivíduos em tratamento na Região Norte (63,1% em 2011 e 71,0% em 2013) e os maiores na Região Sudeste do País (78,2% em 2011 e 85,0% em 2013). Em relação às capitais, o percentual de hipertensos em tratamento foi maior em Belo Horizonte (82,0% em 2011 e 88,0% em 2013) e no Rio de Janeiro (80,2% em 2011 e 87,7% em 2013), e menor em Manaus (60,9% em 2011 e 69,7% em 2013) e Boa Vista (62,0% em 2011 e 70,5% em 2013) (Tabela 2).

Tabela 2 Distribuição percentual de hipertensos em tratamento medicamentoso, segundo as capitais dos estados brasileiros e o Distrito Federal. Vigitel, 2011 a 2013

Regiões/ Capitais e DF	2011		2012		2013	
	%	IC _{95%}	%	IC _{95%}	%	IC _{95%}
Norte	63,1	59,9 - 66,2	68,1	64,1 - 71,8	71,0	67,8 - 73,9
Belém	65,8	59,8 - 71,2	73,9	67,0 - 79,8	75,1	69,4 - 80,1
Boa Vista	62,0	54,4 - 68,9	64,4	56,6 - 71,5	70,5	63,2 - 76,8
Macapá	62,5	52,5 - 71,5	64,1	56,3 - 71,2	67,9	60,8 - 74,3
Manaus	60,9	54,5 - 67,0	67,5	58,3 - 75,6	69,7	62,9 - 75,8
Palmas	68,1	61,2 - 74,3	69,8	59,4 - 78,6	75,7	68,2 - 81,8
Porto Velho	63,1	57,1 - 68,7	61,6	54,7 - 68,1	69,6	62,9 - 75,6
Rio Branco	61,6	55,3 - 67,5	62,2	55,3 - 68,7	62,4	54,9 - 69,3
Nordeste	73,0	71,1 - 74,9	74,7	72,5 - 76,8	76,2	74,2 - 78,1
Aracaju	71,4	66,1 - 76,1	73,3	67,6 - 78,4	75,3	68,1 - 81,4
Fortaleza	72,7	67,3 - 77,5	75,1	69,0 - 80,3	72,9	66,9 - 78,1
João Pessoa	80,5	75,5 - 84,7	78,6	73,2 - 83,3	79,0	73,8 - 83,4
Maceió	71,0	65,2 - 76,1	75,3	69,2 - 80,5	74,4	68,9 - 79,2
Natal	68,5	62,7 - 73,7	78,1	72,2 - 83,0	77,8	72,3 - 82,5
Recife	76,8	71,9 - 81,1	77,7	71,9 - 82,6	81,5	77,0 - 85,4
Salvador	72,0	67,2 - 76,4	71,3	65,5 - 76,5	75,3	70,2 - 79,7
São Luís	66,3	59,8 - 72,3	68,4	61,4 - 74,7	68,8	61,1 - 75,7
Teresina	77,2	71,3 - 82,2	79,0	73,0 - 84,0	82,9	77,3 - 87,3
Centro-Oeste	73,0	70,3 - 75,6	73,1	69,8 - 76,1	77,7	74,4 - 80,6
Campo Grande	70,6	65,8 - 75,0	72,5	67,1 - 77,3	78,1	72,6 - 82,7
Cuiabá	70,5	65,2 - 75,3	72,7	66,3 - 78,2	73,3	67,6 - 78,2
Goiânia	74,7	70,1 - 78,9	76,0	70,9 - 80,5	79,0	74,1 - 83,1
Distrito Federal	73,5	68,7 - 77,9	71,8	65,9 - 77,1	78,0	72,0 - 83,0
Sul	75,5	72,6 - 78,2	78,1	74,8 - 81,0	79,2	75,8 - 82,2
Curitiba	73,2	68,5 - 77,4	73,6	68,4 - 78,2	78,7	73,3 - 83,2
Florianópolis	77,7	72,5 - 82,2	81,0	75,7 - 85,3	79,6	74,6 - 83,9
Porto Alegre	77,6	73,0 - 81,6	82,4	77,2 - 86,6	79,7	74,0 - 84,3
Sudeste	78,2	75,5 - 80,7	84,3	81,5 - 86,8	85,3	82,8 - 87,5
Belo Horizonte	82,0	77,7 - 85,6	84,4	79,9 - 88,0	88,8	84,6 - 91,9
Rio de Janeiro	80,2	76,2 - 83,6	85,3	80,9 - 88,9	87,7	84,0 - 90,6
São Paulo	76,0	71,3 - 80,1	83,5	78,8 - 87,4	83,1	78,9 - 86,5
Vitória	77,6	72,8 - 81,7	84,1	79,4 - 87,8	79,7	74,8 - 83,8
Total	75,0	73,5 - 76,4	78,9	77,4 - 80,4	80,6	79,3 - 81,9

Diabéticos em tratamento medicamentoso

O percentual de diabéticos que estavam em uso de medicamento oral e/ou insulina no conjunto das cidades avaliadas pelo Vigitel aumentou de 79,8% em 2011 para 82,9% em 2013, sem diferenças significativas no período analisado. Os maiores percentuais foram observados, de forma geral, em indivíduos com 65 anos ou mais de idade em relação àqueles com menos de 55 anos e, em 2011, para os adultos que possuíam plano de saúde. Não foram verificadas diferenças significativas entre homens e mulheres,

com uma cobertura de tratamento muito semelhante nos diferentes segmentos de escolaridade, em todos os períodos avaliados (Tabela 3).

Tabela 3 Distribuição percentual de diabéticos em tratamento medicamentoso, segundo características sociodemográficas. Vigitel, 2011 a 2013

Variáveis	Percentual de diabéticos em tratamento medicamentoso					
	2011		2012		2013	
	%	IC95%	%	IC95%	%	IC95%
Sexo						
Masculino	80,7	76,5 - 84,3	79,5	74,1 - 84,0	82,7	77,5 - 86,8
Feminino	79,1	76,1 - 81,9	82,0	78,8 - 84,8	83,1	79,9 - 85,9
Idade (anos)						
18 a 24	16,1	6,5 - 34,7	15,7	6,1 - 34,7	23,5	9,7 - 46,7
25 a 34	56,3	38,5 - 72,5	43,5	29,3 - 58,9	47,8	31,7 - 64,4
35 a 44	73,4	63,9 - 81,1	58,2	45,0 - 70,3	61,7	50,1 - 72,3
45 a 54	77,0	71,6 - 81,7	79,8	73,8 - 84,8	79,3	71,7 - 85,3
55 a 64	83,8	80,0 - 87,1	88,1	84,6 - 90,9	90,3	86,7 - 93,1
65 e mais	85,8	81,9 - 88,9	92,9	90,6 - 94,7	93,1	91,2 - 94,7
Anos de escolaridade						
0 a 8	81,1	77,9 - 83,8	85,7	82,1 - 88,8	84,5	80,8 - 87,6
9 a 11	73,6	68,0 - 78,4	73,1	67,7 - 77,9	79,8	74,0 - 84,6
12 e mais	84,7	79,3 - 88,9	75,0	65,7 - 82,5	80,5	73,5 - 85,9
Plano de Saúde						
Possui	84,3	81,1 - 87,0	83,2	79,4 - 86,4	85,0	81,4 - 88,0
Não possui	75,6	71,8 - 79,0	79,3	75,0 - 83,0	81,2	76,9 - 84,8
Total	79,8	77,4 - 82,2	81,0	78,3 - 83,7	82,9	80,3 - 85,6

Em relação às regiões do País, foram observadas poucas diferenças no percentual de indivíduos em tratamento para diabetes, sendo cerca de 80% em todas as regiões. Entretanto, podemos observar um aumento significativo no percentual de adultos em tratamento medicamentoso para diabetes nas regiões Norte, de 72,3% em 2011 para 83,0% em 2013, e Nordeste, de 74,8% em 2011 para 82,8% em 2012. Em relação às capitais, o percentual de diabéticos em tratamento medicamentoso aumentou de forma significativa em Belém (73,3% em 2011 para 90,3% em 2013) e Teresina (72,1% em 2011 para 90,8% em 2013) (Tabela 4).

Tabela 4 Distribuição percentual de diabéticos em tratamento medicamentoso, segundo as capitais dos estados brasileiros e o Distrito Federal. Vigitel, 2011 a 2013

Regiões/ Capitais e DF	2011		2012		2013	
	%	IC95%	%	IC95%	%	IC95%
Norte	72,3	67,1 - 77,0	73,8	68,1 - 78,8	83,0	77,7 - 87,3
Belém	73,3	63,6 - 81,2	77,9	66,5 - 86,2	90,3	83,4 - 94,5
Boa Vista	70,3	58,0 - 80,3	71,2	56,6 - 82,4	78,9	65,8 - 87,9
Macapá	72,8	46,9 - 89,0	72,3	59,6 - 82,2	81,2	69,8 - 89,0
Manaus	72,3	62,3 - 80,6	74,6	62,0 - 84,0	80,4	67,4 - 89,0
Palmas	89,3	80,0 - 94,6	74,1	60,4 - 84,3	76,4	62,5 - 86,2
Porto Velho	68,5	56,7 - 78,4	64,9	51,4 - 76,3	74,7	60,7 - 85,0
Rio Branco	65,2	53,3 - 75,4	66,6	50,0 - 80,0	83,3	72,6 - 90,4
Nordeste	74,8	70,2 - 78,9	82,8	79,2 - 85,8	82,0	78,4 - 85,1
Aracaju	81,7	72,6 - 88,3	85,8	77,5 - 91,4	84,6	74,9 - 91,0
Fortaleza	69,6	56,5 - 80,2	73,3	61,3 - 82,7	76,9	66,9 - 84,6
João Pessoa	79,6	69,3 - 87,1	83,5	73,9 - 90,1	82,1	68,3 - 90,7
Maceió	79,6	69,2 - 87,1	89,4	83,2 - 93,5	87,3	80,0 - 92,2
Natal	78,0	68,7 - 85,1	88,7	81,1 - 93,5	74,5	63,3 - 83,2
Recife	80,5	70,8 - 87,6	82,7	74,2 - 88,8	87,4	80,4 - 92,2
Salvador	70,8	58,6 - 80,5	89,4	81,9 - 94,0	79,8	69,8 - 87,2
São Luís	79,2	70,5 - 86,0	77,5	64,7 - 86,6	88,8	80,7 - 93,8
Teresina	72,1	60,7 - 81,3	78,1	65,0 - 87,2	90,8	82,6 - 95,3
Centro-Oeste	78,0	73,0 - 82,2	81,7	77,4 - 85,4	81,9	76,7 - 86,1
Campo Grande	74,8	66,3 - 81,7	83,1	75,6 - 88,6	75,1	60,7 - 85,4
Cuiabá	66,9	57,5 - 75,1	67,3	57,3 - 76,0	74,5	62,0 - 83,9
Goiânia	73,1	63,1 - 81,2	81,2	71,9 - 88,0	81,9	73,2 - 88,3
Distrito Federal	84,0	74,9 - 90,2	84,8	77,3 - 90,1	86,5	77,4 - 92,3
Sul	78,2	73,3 - 82,4	76,0	70,5 - 80,8	83,2	76,9 - 88,1
Curitiba	75,6	67,6 - 82,1	76,3	68,0 - 83,0	78,5	68,3 - 86,1
Florianópolis	79,4	71,7 - 85,5	77,6	68,0 - 84,9	90,0	83,0 - 94,4
Porto Alegre	80,6	72,5 - 86,8	75,2	65,6 - 82,9	86,3	75,6 - 92,8
Sudeste	84,2	79,9 - 87,7	81,9	76,6 - 86,2	83,5	78,3 - 87,6
Belo Horizonte	81,1	72,6 - 87,4	85,6	77,2 - 91,2	87,3	80,5 - 91,9
Rio de Janeiro	83,3	76,0 - 88,8	82,1	69,9 - 90,0	84,9	76,3 - 90,8
São Paulo	85,5	78,8 - 90,4	81,1	74,1 - 86,6	82,0	73,8 - 88,0
Vitória	75,5	64,2 - 84,2	87,2	79,9 - 92,1	85,9	78,2 - 91,2
Total	79,8	77,4 - 82,2	81,0	78,3 - 83,7	82,9	80,3 - 85,6

3.3 Fontes de obtenção de medicamentos

O acesso a medicamentos e a garantia de tratamento medicamentoso adequado propiciam controle mais efetivo de doenças crônicas como hipertensão arterial e diabetes, interferindo na morbimortalidade e na qualidade de vida do usuário (GONTIJO et al., 2012). Várias estratégias governamentais para a provisão adequada de medicamentos para o tratamento das DCNT e o controle dos seus fatores de risco vêm ocorrendo de forma crescente nos últimos anos, com destaque para o

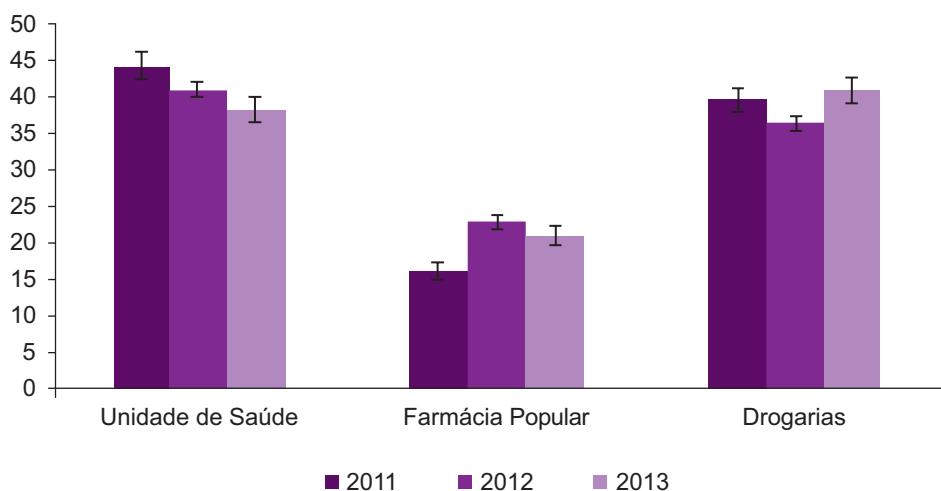
fornecimento de medicamentos na rede da Atenção Básica à Saúde e, como estratégia de ampliação do acesso ao tratamento medicamentoso, a criação do Programa Farmácia Popular do Brasil.

A análise do sistema Vigitel produz indicadores sobre a fonte de obtenção de medicamentos para hipertensão e diabetes. Nesta publicação, apresentam-se as estimativas dos indicadores do período de 2011 a 2013, do percentual da população que obteve tratamento medicamentoso para hipertensão arterial e diabetes nas principais fontes de provimento do SUS (unidade de saúde e Programa Farmácia Popular do Brasil) ou em outras fontes (farmácias ou drogarias privadas, entre outros).

Fontes de obtenção de medicamentos para hipertensão

Ao analisar o percentual de hipertensos em tratamento medicamentoso segundo as fontes de obtenção de medicamentos no período de 2011 a 2013, observa-se que as unidades de saúde foram a principal fonte de obtenção em 2011 (44,2%) e 2012 (40,9%). No ano de 2013, o percentual observado (38,3%) foi significativamente menor àquele verificado para 2011, e similar com o percentual de obtenção em drogarias e farmácias privadas. Em relação ao Programa Farmácia Popular, os resultados mostram um crescimento significativo para o período (16,1% em 2011 para 20,9% em 2013). Para as drogarias e as farmácias privadas, o percentual de obtenção foi de 36,3% em 2012 para 40,8% em 2013 (Figura 3).

Figura 3 Fontes de obtenção de medicamentos para tratamento da hipertensão. Vigitel, 2011 a 2013



Quanto às características sociodemográficas dos hipertensos em relação às fontes de obtenção dos medicamentos para hipertensão no período analisado, os homens têm um percentual de obtenção semelhante entre as unidades de saúde, drogarias e farmácias privadas em todo o período. Entretanto, as mulheres apresentam maiores

percentuais de obtenção em unidades de saúde em 2011 (45,7%) e 2012 (44,4%) em relação a outras fontes de obtenção. Em relação à idade dos indivíduos, observa-se que mais da metade dos jovens de 18 a 24 anos, em todos os períodos analisados, obtiveram seus medicamentos para hipertensão arterial nas farmácias ou drogarias privadas. Os menos escolarizados (0 a 8 anos de estudo) e que não possuíam plano de saúde obtiveram os medicamentos para tratamento da hipertensão principalmente nas unidades de saúde, e com frequência até três vezes maior em relação aos com mais escolaridade e com plano de saúde.

A obtenção de medicamentos para hipertensão pelo Programa Farmácia Popular ocorreu com menor frequência entre os hipertensos com menor escolaridade, em 2011 e 2012, embora tenha sido verificado um crescimento da frequência de uso do Programa de 2011, ano inicial de expansão, para 2012. Da mesma forma, o Programa Farmácia Popular foi inicialmente mais acessado por aqueles com plano de saúde, crescendo nos anos seguintes o uso pela população sem plano de saúde. A obtenção de medicamentos nas drogarias e nas farmácias privadas foi mais frequente por parte daqueles com mais escolaridade e com plano de saúde em todos os anos avaliados (tabelas 5 a 7).

Tabela 5 Distribuição percentual de hipertensos em tratamento medicamentoso, segundo fontes de obtenção e características sociodemográficas. Vigitel, 2011

Variáveis	Unidade de Saúde		Farmácia Popular		Drogarias, Farmácias privadas e outros	
	%	IC _{95%}	%	IC _{95%}	%	IC _{95%}
Sexo						
Masculino	41,7	38,5 - 45,0	16,4	14,3 - 18,8	41,9	38,9 - 44,9
Feminino	45,6	43,4 - 47,9	16,0	14,5 - 17,6	38,4	36,3 - 40,4
Idade (anos)						
18 a 24	39,5	21,9 - 60,3	5,4	2,0 - 13,4	55,1	34,3 - 74,4
25 a 34	46,0	35,4 - 56,9	15,4	10,0 - 23,1	38,6	29,5 - 48,7
35 a 44	49,2	43,5 - 54,9	15,9	12,4 - 20,3	34,9	30,1 - 40,0
45 a 54	43,9	40,2 - 47,7	16,3	13,8 - 19,3	39,8	36,3 - 43,3
55 a 64	47,9	44,4 - 51,4	14,4	12,2 - 16,9	37,7	34,6 - 41,0
65 e mais	39,1	36,2 - 42,1	17,8	15,7 - 20,1	43,1	40,3 - 46,0
Anos de escolaridade						
0 a 8	54,9	52,5 - 57,3	14,4	12,8 - 16,1	30,7	28,6 - 32,8
9 a 11	34,7	31,6 - 38,0	19,0	16,6 - 21,7	46,3	43,1 - 49,4
12 e mais	14,9	11,9 - 18,5	18,6	15,6 - 22,1	66,5	62,3 - 70,4
Plano de Saúde						
Possui	20,6	18,4 - 22,9	23,1	21,0 - 25,3	56,3	53,8 - 58,8
Não possui	65,3	63,0 - 67,7	9,9	8,6 - 11,3	24,8	22,7 - 26,9
Total	44,3	42,4 - 46,1	16,1	14,8 - 17,4	39,6	37,9 - 41,3

Tabela 6 Distribuição percentual de hipertensos em tratamento medicamentoso, segundo fontes de obtenção e características sociodemográficas. Vigitel, 2012

Variáveis	Unidade de Saúde		Farmácia Popular		Drogarias, Farmácias privadas e outros	
	%	IC _{95%}	%	IC _{95%}	%	IC _{95%}
Sexo						
Masculino	34,8	31,4 - 38,5	23,4	20,7 - 26,3	41,8	38,3 - 45,2
Feminino	44,4	42,1 - 46,7	22,5	20,8 - 24,2	33,1	31,1 - 35,2
Idade (anos)						
18 a 24	23,4	10,0 - 45,6	19,2	6,2 - 46,0	57,4	33,7 - 78,2
25 a 34	35,5	25,8 - 46,6	23,4	15,7 - 33,4	41,1	30,3 - 52,9
35 a 44	39,5	33,2 - 46,2	23,6	18,8 - 29,2	36,9	31,3 - 42,8
45 a 54	42,5	38,3 - 46,8	23,5	20,7 - 26,6	34,0	30,3 - 37,8
55 a 64	42,4	38,8 - 46,0	22,1	19,6 - 24,9	35,5	32,2 - 39,0
65 e mais	40,1	37,0 - 43,3	22,5	20,2 - 25,1	37,4	34,5 - 40,3
Anos de escolaridade						
0 a 8	51,5	48,7 - 54,2	20,0	18,1 - 22,0	28,5	26,2 - 31,0
9 a 11	31,4	28,4 - 34,5	28,5	25,8 - 31,4	40,1	37,0 - 43,3
12 e mais	13,6	10,7 - 17,2	24,2	20,8 - 28,0	62,2	57,8 - 66,3
Plano de Saúde						
Possui	22,2	19,7 - 24,9	27,3	25,1 - 29,5	50,5	47,9 - 53,2
Não possui	57,2	54,5 - 60,0	19,0	17,1 - 21,0	23,8	21,5 - 26,2
Total	40,9	38,9 - 42,8	22,8	21,3 - 24,3	36,3	34,4 - 38,1

Tabela 7 Distribuição percentual de hipertensos em tratamento medicamentoso, segundo fontes de obtenção e características sociodemográficas. Vigitel, 2013

Variáveis	Unidade de Saúde		Farmácia Popular		Drogarias, Farmácias privadas e outros	
	%	IC _{95%}	%	IC _{95%}	%	IC _{95%}
Sexo						
Masculino	37,1	33,8 - 40,5	19,9	17,6 - 22,3	43,0	39,9 - 46,2
Feminino	39,0	37,0 - 41,2	21,6	20,0 - 23,2	39,4	37,4 - 41,4
Idade (anos)						
18 a 24	18,7	8,8 - 35,4	24,8	12,5 - 43,2	56,5	37,4 - 73,8
25 a 34	32,8	23,9 - 43,0	21,2	13,6 - 31,5	46,0	35,9 - 56,5
35 a 44	44,1	38,3 - 50,0	18,1	14,5 - 22,4	37,8	32,6 - 43,3
45 a 54	34,4	30,6 - 38,4	21,1	18,3 - 24,2	44,5	40,7 - 48,3
55 a 64	39,1	35,7 - 42,6	22,8	20,3 - 25,5	38,1	34,9 - 41,4
65 e mais	39,6	36,8 - 42,4	20,1	18,2 - 22,1	40,3	37,8 - 43,0
Anos de escolaridade						
0 a 8	47,5	44,9 - 50,0	20,3	18,6 - 22,2	32,2	29,9 - 34,6
9 a 11	31,8	28,9 - 34,8	22,5	20,3 - 25,0	45,7	42,7 - 48,7
12 e mais	13,8	10,8 - 17,4	20,6	17,7 - 23,9	65,6	61,6 - 69,4
Plano de Saúde						
Possui	19,4	17,4 - 21,7	23,2	21,3 - 25,2	57,4	54,9 - 59,8
Não possui	54,9	52,3 - 57,4	18,9	17,1 - 20,8	26,2	24,0 - 28,5
Total	38,3	36,5 - 40,1	20,9	19,6 - 22,2	40,8	39,0 - 42,5

No período avaliado, observou-se uma redução da frequência de obtenção de medicamentos nas unidades de saúde em todas as regiões do País, sendo encontrada a maior frequência na Região Sudeste (47,3%) em 2011 e a menor na Região Norte (28,4%) em 2013. Por outro lado, a obtenção de medicamentos para tratar a hipertensão pelo Programa Farmácia Popular aumentou de forma geral em todas as regiões, sendo o maior percentual de obtenção por esta fonte observado na Região Nordeste (26,4%) em 2012 e o menor nas regiões Sul e Centro-Oeste (12,3%) em 2011. Na Região Nordeste, a principal fonte de obtenção dos medicamentos para tratamento da hipertensão foram as drogarias e as farmácias privadas em todo o período (tabelas 8 a 10).

Ao analisar as capitais brasileiras, podemos observar que a frequência de indivíduos que obtiveram seus medicamentos para tratamento da hipertensão nas unidades de saúde variou de 14,6% em Natal a 59,0% em São Paulo em 2011, de 13,4% em Natal a 60,1% em São Paulo em 2012 e de 16,6% em Natal e Goiânia a 54,6% em São Paulo em 2013. Analisando a obtenção pelo Programa Farmácia Popular, observa-se uma variação de 9,3% em Curitiba a 26,5% em Natal no ano de 2011, de 10,8% em São Paulo a 38,0% em Boa Vista em 2012 e de 11,4% em São Paulo a 37,5% em Belém no ano de 2013. Nas drogarias e nas farmácias privadas, os percentuais de obtenção

variaram de 29,9% em São Paulo a 59,0% em São Luís no ano de 2011, de 27,1% em Belo Horizonte a 53,9% em São Luís em 2012 e de 29,4% em Belo Horizonte a 56,8% em Macapá em 2013 (tabelas 8 a 10 e figuras 4 a 12).

Tabela 8 Distribuição percentual de hipertensos em tratamento medicamentoso, segundo fontes de obtenção nas regiões e capitais brasileiras. Vigitel, 2011

Regiões/Capitais e DF	Unidade de Saúde		Farmácia Popular		Drogarias, Farmácias privadas e outros	
	%	IC _{95%}	%	IC _{95%}	%	IC _{95%}
Norte	38,1	34,7 - 41,5	17,3	14,8 - 20,1	44,6	41,3 - 48,1
Belém	23,9	18,6 - 30,0	25,4	20,0 - 31,8	50,7	44,2 - 57,2
Boa Vista	41,4	34,2 - 48,9	16,3	11,5 - 22,5	42,3	35,3 - 49,7
Macapá	31,0	21,7 - 42,0	15,9	7,5 - 30,5	53,1	41,6 - 64,5
Manaus	49,7	42,8 - 56,5	12,3	9,0 - 16,6	38,0	31,7 - 44,8
Palmas	29,5	22,4 - 37,8	20,9	15,6 - 27,4	49,6	41,1 - 57,8
Porto Velho	40,3	33,5 - 47,4	13,3	9,6 - 18,1	46,4	39,6 - 53,5
Rio Branco	54,6	48,2 - 60,7	9,6	6,4 - 14,3	35,8	30,2 - 41,9
Nordeste	39,7	37,4 - 41,9	15,0	13,5 - 16,5	45,3	43,2 - 47,6
Aracaju	35,9	30,1 - 42,1	14,3	10,4 - 19,4	49,8	43,8 - 55,8
Fortaleza	51,4	44,9 - 57,8	14,1	10,2 - 19,2	34,5	28,9 - 40,6
João Pessoa	40,9	35,3 - 46,8	15,3	11,4 - 20,2	43,8	38,3 - 49,4
Maceió	38,8	33,1 - 44,9	14,3	10,6 - 19,1	46,9	41,1 - 52,7
Natal	14,6	10,7 - 19,5	26,5	21,3 - 32,5	58,9	52,4 - 65,1
Recife	40,6	35,8 - 45,7	16,2	13,0 - 20,1	43,2	38,3 - 48,0
Salvador	40,0	34,6 - 45,6	11,7	8,7 - 15,5	48,3	42,9 - 53,8
São Luís	24,3	18,2 - 31,6	16,7	12,3 - 22,3	59,0	51,8 - 65,8
Teresina	47,4	41,2 - 53,7	13,1	9,5 - 17,7	39,5	33,9 - 45,4
Centro-Oeste	42,5	39,3 - 45,7	12,3	10,4 - 14,4	45,2	42,1 - 48,4
Campo Grande	51,4	46,1 - 56,7	12,2	8,9 - 16,4	36,4	31,5 - 41,5
Cuiabá	44,1	38,4 - 50,0	10,0	7,0 - 14,1	45,9	40,2 - 51,6
Goiânia	25,9	21,5 - 30,9	16,4	13,0 - 20,5	57,7	52,3 - 62,8
Distrito Federal	47,8	42,1 - 53,4	10,6	7,8 - 14,3	41,6	36,3 - 47,2
Sul	45,4	42,2 - 48,7	12,3	10,5 - 14,4	42,3	39,1 - 45,5
Curitiba	46,2	41,1 - 51,3	9,3	7,0 - 12,3	44,5	39,4 - 49,7
Florianópolis	41,5	36,7 - 46,6	16,2	12,8 - 20,2	42,3	37,5 - 47,2
Porto Alegre	45,6	40,7 - 50,6	14,5	11,5 - 18,1	39,9	35,3 - 44,7
Sudeste	47,3	44,0 - 50,6	17,9	15,7 - 20,3	34,8	31,9 - 37,8
Belo Horizonte	47,6	42,3 - 52,8	20,1	16,4 - 24,4	32,3	27,8 - 37,3
Rio de Janeiro	32,1	27,6 - 36,9	26,1	22,2 - 30,5	41,8	37,4 - 46,3
São Paulo	59,0	53,8 - 64,2	11,1	8,2 - 14,7	29,9	25,3 - 34,9
Vitória	48,7	43,7 - 53,9	13,4	10,3 - 17,1	37,9	33,1 - 42,9
Total	44,3	42,4 - 46,1	16,1	14,8 - 17,4	39,6	37,9 - 41,3

Tabela 9 Distribuição percentual de hipertensos em tratamento medicamentoso, segundo fontes de obtenção nas regiões e capitais brasileiras. Vigitel, 2012

Regiões/ Capitais e DF	Unidade de Saúde		Farmácia Popular		Drogarias, Farmácias privadas e outros	
	%	IC _{95%}	%	IC _{95%}	%	IC _{95%}
Norte	36,2	32,2 - 40,3	25,7	22,5 - 29,2	38,1	34,2 - 42,1
Belém	28,3	22,0 - 35,7	33,2	27,1 - 39,8	38,5	32,3 - 45,1
Boa Vista	29,0	21,9 - 37,4	38,0	29,7 - 46,9	33,0	25,9 - 41,1
Macapá	25,2	16,8 - 36,1	22,2	16,6 - 29,1	52,6	43,4 - 61,5
Manaus	42,8	34,3 - 51,8	19,4	13,6 - 26,9	37,8	29,5 - 46,9
Palmas	39,3	28,8 - 49,7	25,5	19,3 - 32,8	35,2	27,1 - 44,2
Porto Velho	31,8	24,7 - 39,8	29,7	22,4 - 38,1	38,5	31,5 - 46,2
Rio Branco	55,4	48,3 - 62,2	16,5	11,8 - 22,8	28,1	22,3 - 34,7
Nordeste	31,7	29,5 - 34,0	26,4	24,4 - 28,5	41,9	39,6 - 44,3
Aracaju	34,8	28,8 - 41,4	24,3	19,4 - 29,9	40,9	35,0 - 47,1
Fortaleza	37,2	30,7 - 44,0	30,1	24,4 - 36,5	32,7	26,8 - 39,3
João Pessoa	33,5	27,7 - 39,9	29,8	24,5 - 35,8	36,7	31,2 - 42,4
Maceió	36,6	30,5 - 43,2	27,2	21,9 - 33,1	36,2	30,4 - 42,3
Natal	13,4	9,8 - 18,1	35,6	30,2 - 41,4	51,0	45,1 - 56,8
Recife	40,7	35,1 - 46,3	19,1	15,2 - 23,8	40,2	35,0 - 45,7
Salvador	27,8	22,9 - 33,4	22,7	18,2 - 28,0	49,5	43,6 - 55,3
São Luís	13,6	9,1 - 19,8	32,5	25,7 - 40,1	53,9	46,2 - 61,4
Teresina	35,5	29,1 - 42,6	27,1	21,5 - 33,5	37,4	30,8 - 44,3
Centro-Oeste	38,1	34,9 - 41,5	21,8	19,3 - 24,7	40,1	36,8 - 43,3
Campo Grande	46,1	40,6 - 51,6	21,8	17,6 - 26,8	32,1	27,2 - 37,4
Cuiabá	39,7	33,4 - 46,4	16,2	11,7 - 22,0	44,1	37,7 - 50,6
Goiânia	22,0	17,8 - 26,8	28,4	23,6 - 33,8	49,6	44,0 - 55,2
Distrito Federal	43,8	38,0 - 49,6	19,6	15,5 - 24,5	36,6	31,3 - 42,3
Sul	43,9	40,3 - 47,4	21,9	19,3 - 24,9	34,2	31,0 - 37,7
Curitiba	44,8	39,2 - 50,6	20,5	16,3 - 25,3	34,7	29,4 - 40,4
Florianópolis	47,7	42,0 - 53,6	21,3	17,0 - 26,3	31,0	26,4 - 36,0
Porto Alegre	41,8	36,5 - 47,3	23,6	19,6 - 28,2	34,6	29,7 - 39,7
Sudeste	45,7	42,2 - 49,2	21,2	18,7 - 23,9	33,1	29,9 - 36,4
Belo Horizonte	42,9	37,8 - 48,2	30,0	25,2 - 35,2	27,1	22,9 - 31,8
Rio de Janeiro	26,8	22,3 - 31,8	32,8	28,1 - 37,8	40,4	35,3 - 45,8
São Paulo	60,1	54,6 - 65,3	10,8	8,0 - 14,6	29,1	24,4 - 34,2
Vitória	50,3	45,0 - 55,4	15,0	11,8 - 18,9	34,7	30,0 - 39,7
Total	40,9	38,9 - 42,8	22,8	21,3 - 24,3	36,3	34,5 - 38,1

Tabela 10 Distribuição percentual de hipertensos em tratamento medicamentoso, segundo fontes de obtenção nas regiões e capitais brasileiras. Vigitel, 2013

Regiões/ Capitais e DF	Unidade de Saúde		Farmácia Popular		Drogarias, Farmácias privadas e outros	
	%	IC _{95%}	%	IC _{95%}	%	IC _{95%}
Norte	28,4	25,3 - 31,7	25,8	23,0 - 28,8	45,8	42,2 - 49,4
Belém	19,5	14,9 - 25,1	37,5	31,6 - 43,9	43,0	37,0 - 49,2
Boa Vista	20,8	14,4 - 29,0	36,9	29,0 - 45,5	42,3	34,2 - 50,7
Macapá	27,0	18,4 - 37,6	16,2	11,5 - 22,2	56,8	47,8 - 65,5
Manaus	35,1	28,5 - 42,3	16,3	12,2 - 21,5	48,6	41,1 - 56,3
Palmas	23,7	16,7 - 32,6	32,9	25,2 - 41,6	43,4	35,4 - 51,8
Porto Velho	28,0	20,8 - 36,7	26,0	20,2 - 32,6	46,0	38,5 - 53,6
Rio Branco	47,1	39,4 - 54,8	16,9	11,8 - 23,7	36,0	29,4 - 43,2
Nordeste	29,1	27,1 - 31,2	23,7	22,0 - 25,5	47,2	45,0 - 49,4
Aracaju	23,0	18,0 - 28,9	22,4	17,9 - 27,7	54,6	48,5 - 60,5
Fortaleza	32,8	27,3 - 39,0	24,8	20,3 - 30,0	42,4	36,1 - 48,7
João Pessoa	24,9	19,6 - 31,1	28,5	23,5 - 34,2	46,6	40,5 - 52,7
Maceió	27,8	22,9 - 33,2	28,1	22,9 - 34,0	44,1	38,5 - 49,9
Natal	16,6	12,6 - 21,6	36,5	31,1 - 42,2	46,9	41,2 - 52,7
Recife	36,2	31,2 - 41,6	21,3	17,7 - 25,6	42,5	37,5 - 47,5
Salvador	30,4	25,6 - 35,7	15,9	12,4 - 20,2	53,7	48,3 - 59,0
São Luís	17,4	12,2 - 24,2	26,7	20,8 - 33,6	55,9	48,7 - 62,9
Teresina	32,7	26,7 - 39,3	26,2	20,8 - 32,4	41,1	34,7 - 47,7
Centro-Oeste	33,2	30,0 - 36,4	23,0	20,4 - 25,9	43,8	40,7 - 47,0
Campo Grande	38,3	33,1 - 43,7	21,6	17,5 - 26,3	40,1	35,0 - 45,5
Cuiabá	40,8	35,2 - 46,6	13,1	9,8 - 17,4	46,1	40,6 - 51,6
Goiânia	16,6	13,1 - 20,7	26,7	22,5 - 31,4	56,7	51,5 - 61,7
Distrito Federal	38,3	32,8 - 44,2	23,9	19,3 - 29,1	37,8	32,5 - 43,3
Sul	38,8	35,5 - 42,2	22,4	19,9 - 25,1	38,8	35,6 - 42,1
Curitiba	41,0	35,6 - 46,5	19,7	16,3 - 23,7	39,3	34,4 - 44,5
Florianópolis	41,2	36,0 - 46,7	20,7	16,8 - 25,1	38,1	33,0 - 43,4
Porto Alegre	35,9	31,0 - 41,1	25,6	21,5 - 30,3	38,5	33,6 - 43,5
Sudeste	44,7	41,5 - 47,9	18,4	16,2 - 20,8	36,9	33,9 - 40,0
Belo Horizonte	42,1	37,2 - 47,3	28,5	24,1 - 33,2	29,4	25,1 - 33,9
Rio de Janeiro	31,4	27,1 - 36,1	25,0	21,1 - 29,4	43,6	39,0 - 48,2
São Paulo	54,6	49,4 - 59,5	11,4	8,6 - 15,0	34,0	29,4 - 39,0
Vitória	46,5	41,1 - 51,6	18,3	14,5 - 22,7	35,2	30,7 - 40,0
Total	38,3	36,5 - 40,1	20,9	19,6 - 22,2	40,8	39,0 - 42,5

Figura 4 Percentual de adultos (≥ 18 anos) que referiram obter medicamentos para controle da hipertensão arterial nas unidades de saúde. Vigitel, 2011

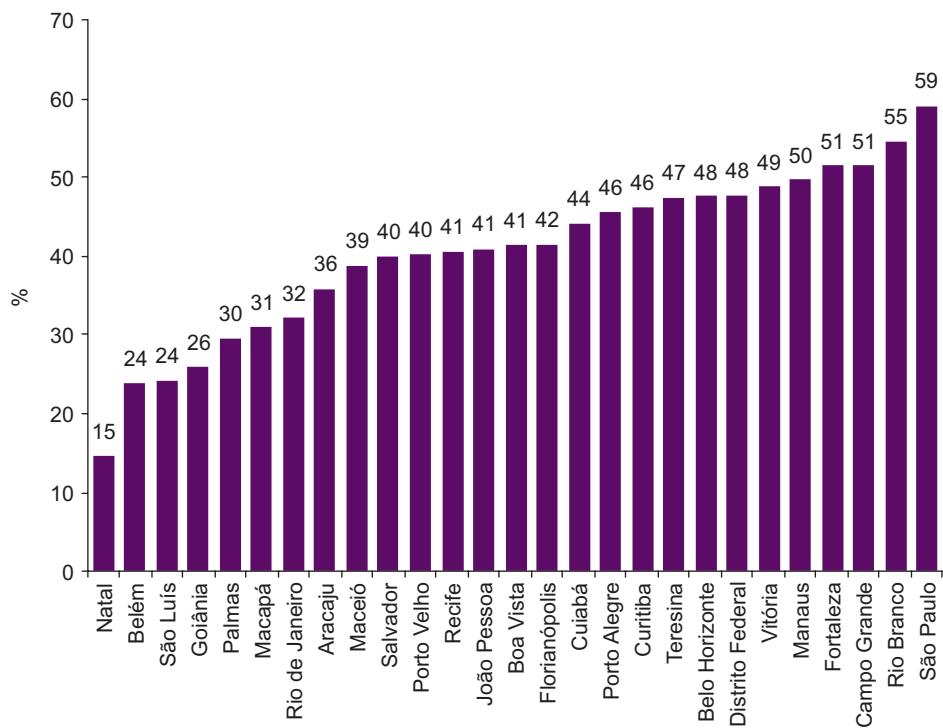


Figura 5 Percentual de adultos (≥ 18 anos) que referiram conseguir medicamentos para controle da hipertensão arterial nas unidades de saúde. Vigitel, 2012

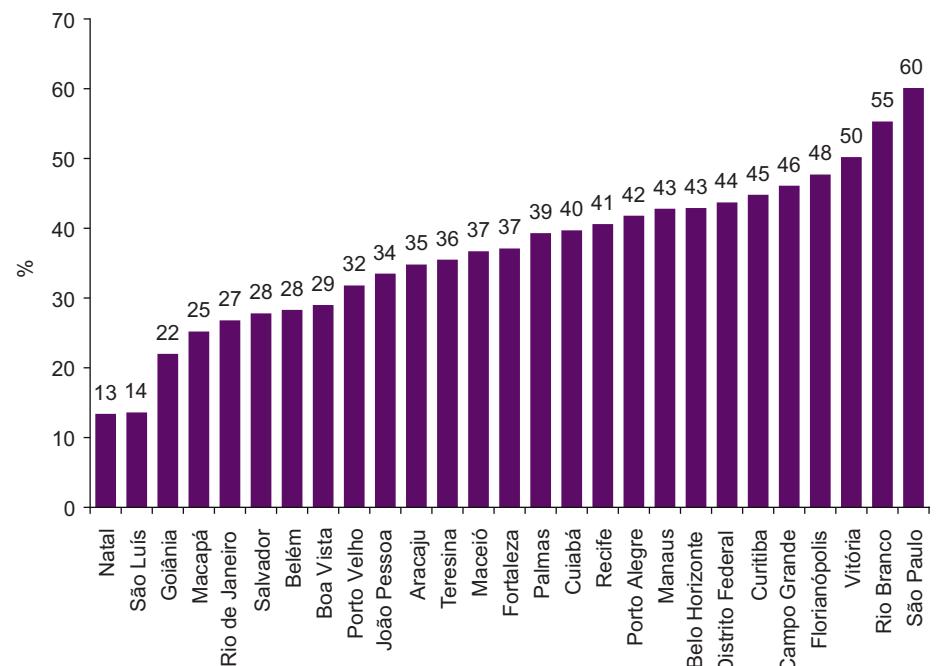


Figura 6 Percentual de adultos (≥ 18 anos) que referiram conseguir medicamentos para controle da hipertensão arterial nas unidades de saúde. Vigitel, 2013

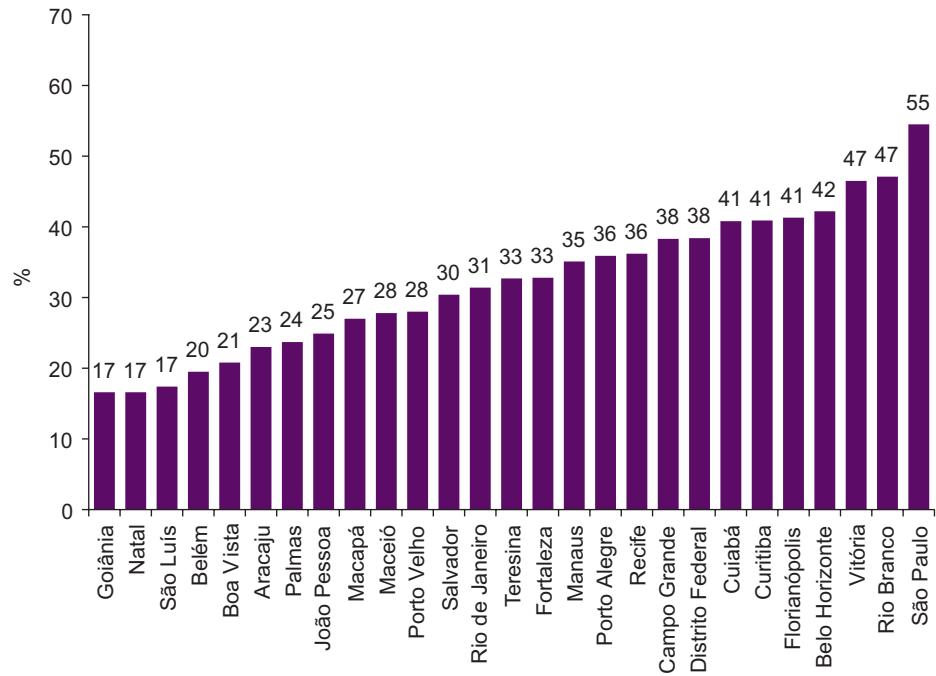


Figura 7 Percentual de adultos (≥ 18 anos) que referiram conseguir medicamentos para controle da hipertensão arterial no Programa Farmácia Popular. Vigitel, 2011

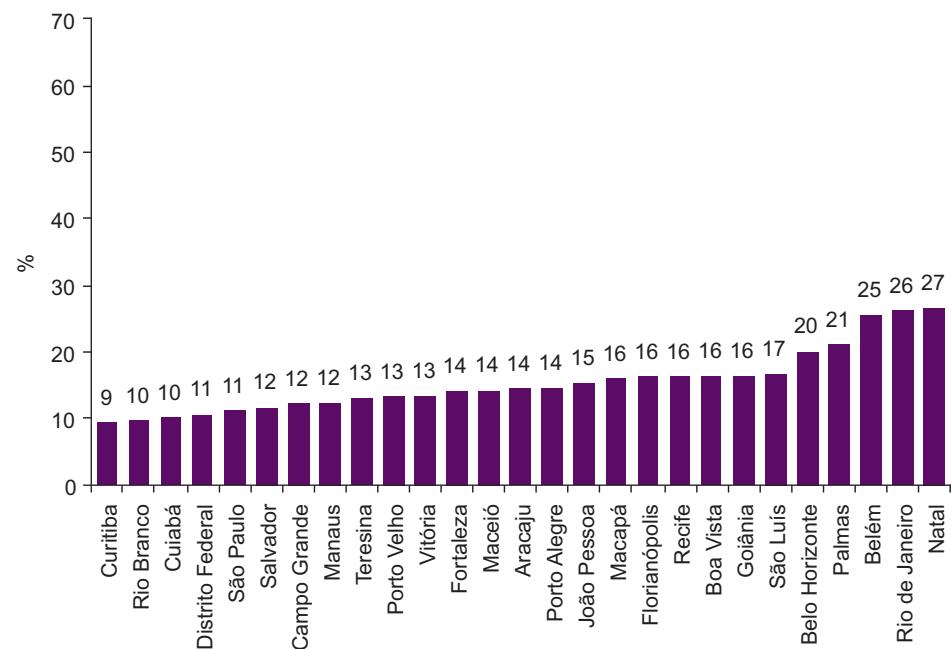


Figura 8 Percentual de adultos (≥ 18 anos) que referiram conseguir medicamentos para controle da hipertensão arterial no Programa Farmácia Popular. Vigitel, 2012

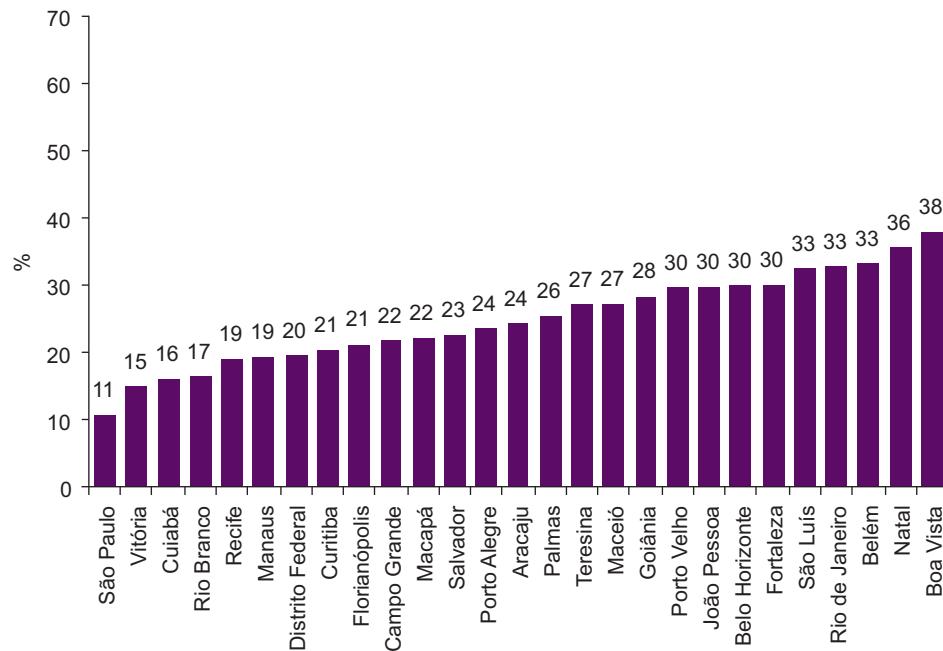


Figura 9 Percentual de adultos (≥ 18 anos) que referiram conseguir medicamentos para controle da hipertensão arterial no Programa Farmácia Popular. Vigitel, 2013

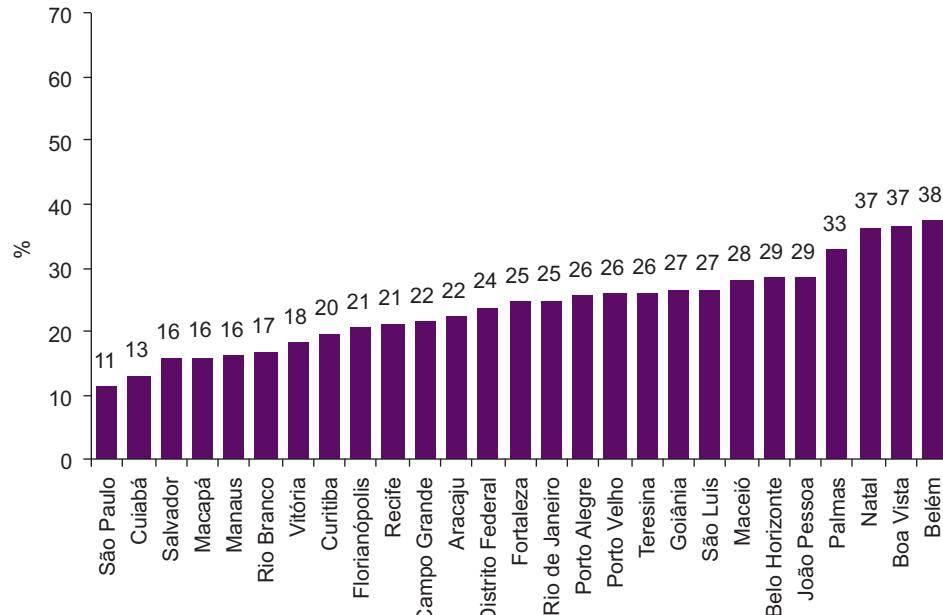


Figura 10 Percentual de adultos (≥ 18 anos) que referiram conseguir medicamentos para controle da hipertensão arterial nas drogarias, nas farmácias e demais fontes. Vigitel, 2011

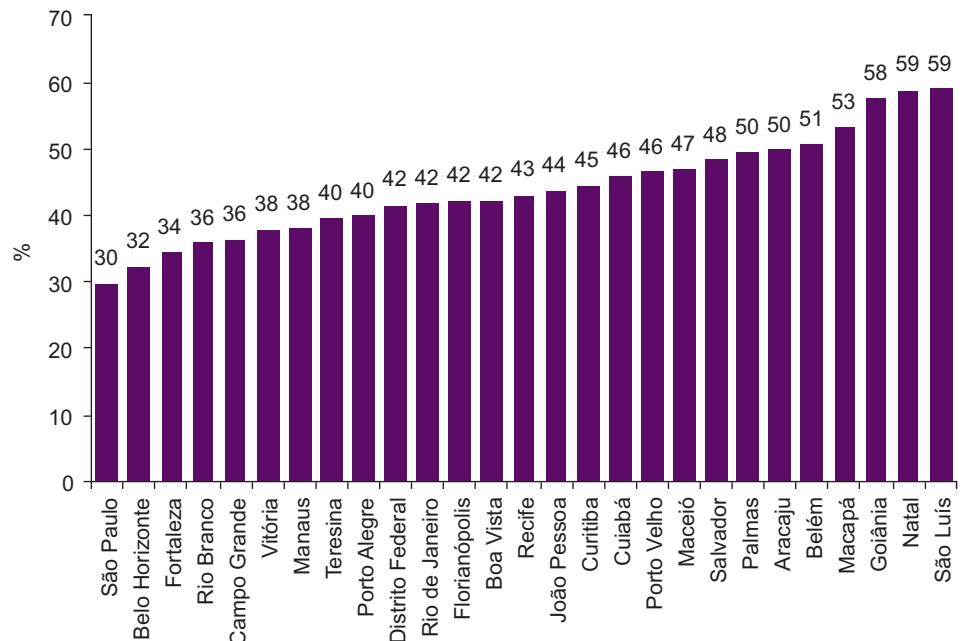


Figura 11 Percentual de adultos (≥ 18 anos) que referiram conseguir medicamentos para controle da hipertensão arterial nas drogarias e nas farmácias e demais fontes. Vigitel, 2012

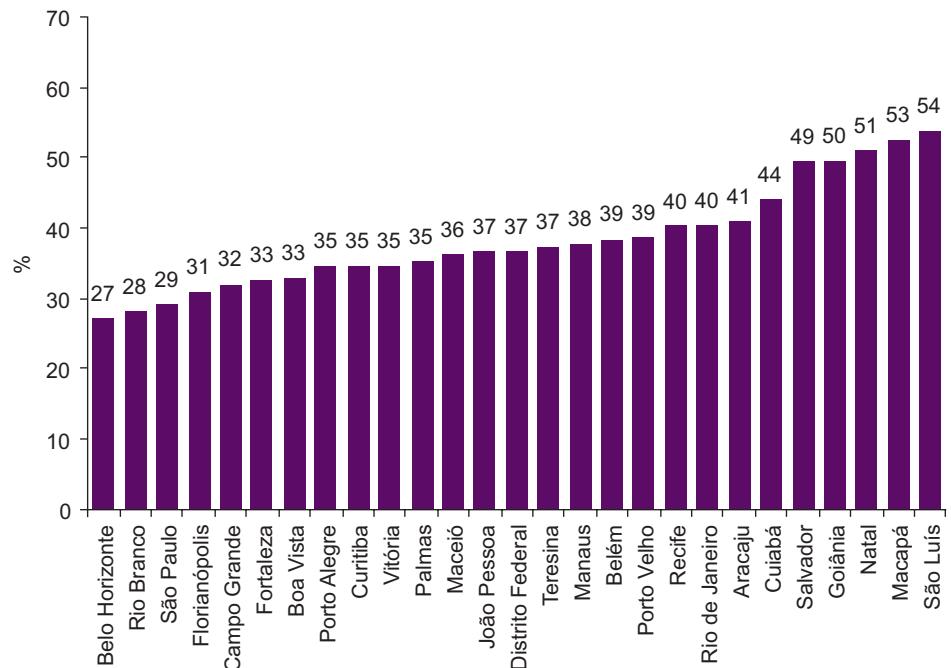
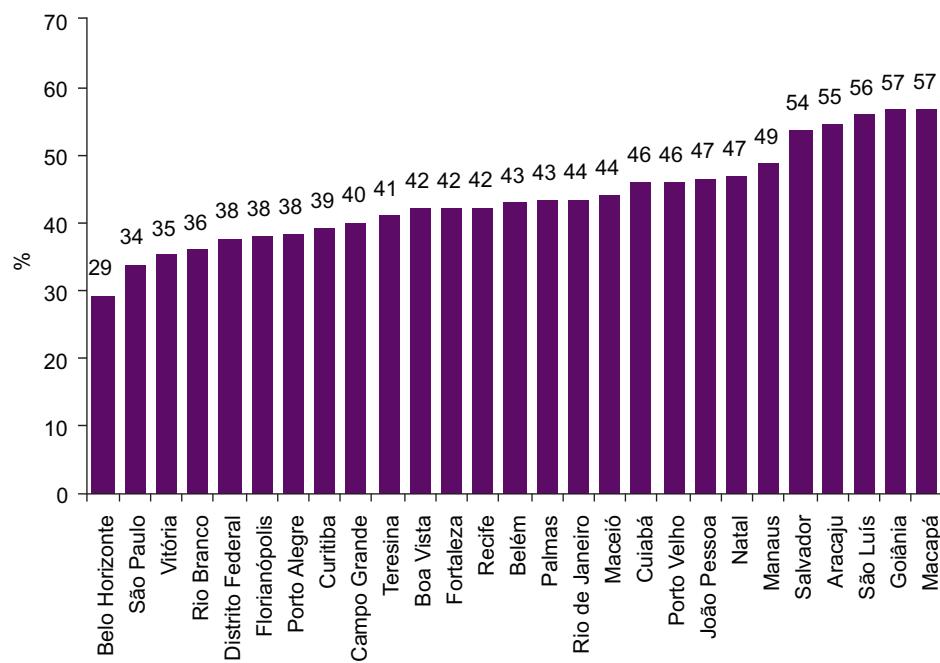
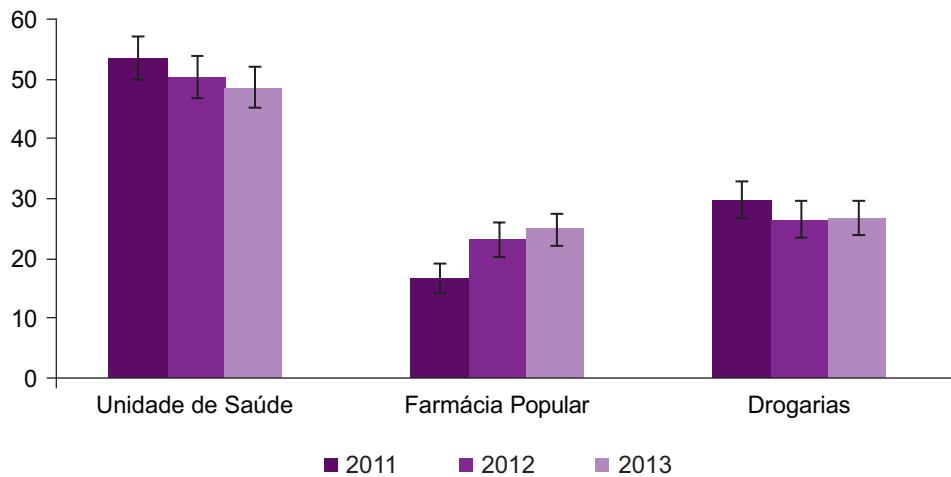


Figura 12 Percentual de adultos (≥ 18 anos) que referiram conseguir medicamentos para controle da hipertensão arterial nas drogarias e nas farmácias e demais fontes. Vigitel, 2013



Fontes de obtenção de medicamentos para diabetes

Analizando o percentual de indivíduos que conseguiram obter medicamentos (orais ou insulina) para tratamento do diabetes segundo as fontes de obtenção no período de 2011 a 2013, observa-se que as unidades de saúde tiveram uma diminuição no período, mas foram a principal fonte de obtenção para tratamento da diabetes em 2011 (53,5%), 2012 (50,4%) e 2013 (48,5%). Em relação ao Programa Farmácia Popular, os resultados mostram um crescimento no período analisado, variando de 16,7% em 2011 a 24,8% em 2013. A obtenção por meio de drogarias e farmácias privadas apresentou redução de 2011 (29,8%) para 2012 (26,5%), mantendo-se em 2013 com 26,7% do percentual de indivíduos que obtiveram medicamentos orais ou insulina por esta fonte (Figura 13).

Figura 13 Fontes de obtenção de medicamentos para tratamento do diabetes. Vigitel, 2011 a 2013

Ao analisar as características sociodemográficas dos indivíduos em relação às fontes de obtenção dos medicamentos orais ou insulina, observa-se que cerca da metade dos homens e das mulheres obtiveram os medicamentos para tratamento do diabetes em unidades de saúde em todo o período analisado. A obtenção pelo Programa Farmácia Popular aumentou de 2011 para 2012 e, apenas em 2011, a obtenção em drogarias e farmácias privadas foi significativamente maior do que a obtenção por este programa. Em relação à idade, destaca-se que apenas em 2011 a obtenção de medicamentos para diabetes na unidade de saúde foi menor entre os idosos (idade a partir dos 65 anos), enquanto esse grupo etário foi o que mais recorreu a drogarias e farmácias privadas, e o Programa Farmácia Popular foi mais referido pelos jovens de 18 a 24 anos. Nos demais anos, não foram verificadas diferenças significativas nas fontes de obtenção segundo idade.

Os menos escolarizados (0 a 8 anos de estudo) obtiveram os medicamentos para tratamento de diabetes em geral nas unidades de saúde, com frequência até três vezes maior em relação aos adultos com 12 anos e mais de escolaridade. Em relação aos que não possuem planos de saúde, a obtenção de medicamentos nas unidades de saúde foi de 74,7% em 2011, reduzindo para 67,5% em 2013. Os medicamentos foram obtidos com maior frequência no Programa Farmácia Popular por diabéticos com 12 anos e mais de escolaridade, em 2011, crescendo nos anos seguintes para todos os níveis de escolaridade, em especial com nove anos e mais de estudo. Nos três anos, as pessoas com plano de saúde acessaram mais o Farmácia Popular em relação àqueles sem planos. Nas drogarias e nas farmácias privadas, a obtenção de medicamentos foi mais frequente por parte daqueles com mais escolaridade e com plano de saúde, em todos os anos avaliados.

Tabela 11 Distribuição percentual de diabéticos em tratamento medicamentoso, segundo fontes de obtenção e características sociodemográficas. Vigitel, 2011

Variáveis	Unidade de Saúde		Farmácia Popular		Drogarias, Farmácias privadas e outros	
	%	IC _{95%}	%	IC _{95%}	%	IC _{95%}
Sexo						
Masculino	51,5	45,5 - 57,3	16,0	12,4 - 20,5	32,5	27,6 - 37,9
Feminino	55,1	50,6 - 59,4	17,3	14,2 - 20,9	27,6	24,1 - 31,5
Idade (anos)						
18 a 24	60,4	25,4 - 87,3	32,7	9,3 - 69,7	6,9	0,9 - 38,3
25 a 34	68,0	48,0 - 83,1	9,9	3,3 - 26,0	22,1	11,0 - 39,4
35 a 44	64,4	51,5 - 75,5	14,9	7,9 - 26,2	20,7	12,9 - 31,4
45 a 54	56,8	49,2 - 64,1	18,2	13,0 - 25,0	25,0	19,5 - 31,3
55 a 64	57,9	51,2 - 64,3	16,9	12,5 - 22,4	25,2	20,2 - 30,8
65 e mais	44,1	38,6 - 49,7	16,7	13,2 - 21,0	39,2	34,0 - 44,7
Anos de escolaridade						
0 a 8	61,8	57,2 - 66,3	13,9	11,0 - 17,4	24,3	20,7 - 28,3
9 a 11	47,0	40,5 - 53,5	18,5	14,2 - 23,7	34,5	29,0 - 40,5
12 e mais	20,8	14,2 - 29,3	28,8	21,7 - 37,1	50,4	42,1 - 58,8
Plano de Saúde						
Possui	32,8	27,8 - 38,2	21,4	17,6 - 25,7	45,8	40,8 - 50,9
Não possui	74,7	70,5 - 78,4	11,9	9,1 - 15,3	13,4	11,0 - 16,3
Total	53,5	49,9 - 57,0	16,7	14,2 - 19,3	29,8	26,7 - 32,8

Tabela 12 Distribuição percentual de diabéticos em tratamento medicamentoso, segundo fontes de obtenção e características sociodemográficas. Vigitel, 2012

Variáveis	Unidade de Saúde		Farmácia Popular		Drogarias, Farmácias privadas e outros	
	%	IC _{95%}	%	IC _{95%}	%	IC _{95%}
Sexo						
Masculino	46,0	40,0 - 52,0	24,6	19,9 - 29,9	29,4	24,6 - 34,8
Feminino	53,4	48,9 - 57,8	22,0	18,9 - 25,5	24,6	20,7 - 28,9
Idade (anos)						
18 a 24	54,5	18,0 - 86,7	28,2	5,3 - 73,5	17,3	3,5 - 55,0
25 a 34	50,0	28,3 - 71,8	23,2	9,6 - 46,0	26,8	9,2 - 56,7
35 a 44	49,6	35,9 - 63,4	19,4	12,4 - 29,0	31,0	17,9 - 48,0
45 a 54	50,6	41,9 - 59,2	23,2	16,6 - 31,5	26,2	19,3 - 34,6
55 a 64	51,8	45,6 - 58,1	19,8	16,0 - 24,1	28,4	22,9 - 34,6
65 e mais	49,3	43,9 - 54,7	26,4	22,0 - 31,4	24,3	20,5 - 28,4
Anos de escolaridade						
0 a 8	58,2	53,3 - 62,9	19,6	16,3 - 23,4	22,2	18,2 - 26,7
9 a 11	41,7	36,0 - 47,6	29,8	24,7 - 35,5	28,5	23,5 - 34,1
12 e mais	25,7	18,3 - 34,9	28,0	20,9 - 36,3	46,3	37,7 - 55,1
Plano de Saúde						
Possui	29,1	24,7 - 33,9	31,4	26,9 - 36,3	39,5	34,8 - 44,4
Não possui	67,8	62,9 - 72,2	16,3	13,5 - 19,6	15,9	12,2 - 20,6
Total	50,4	46,8 - 54,0	23,1	20,2 - 25,9	26,5	23,3 - 29,7

Tabela 13 Distribuição percentual de diabéticos em tratamento medicamentoso, segundo fontes de obtenção e características sociodemográficas. Vigitel, 2013

Variáveis	Unidade de Saúde		Farmácia Popular		Drogarias, Farmácias privadas e outros	
	%	IC95%	%	IC95%	%	IC95%
Sexo						
Masculino	46,5	41,0 - 52,1	22,5	18,4 - 27,2	31,0	26,2 - 36,2
Feminino	50,1	46,1 - 54,1	26,5	23,3 - 29,9	23,4	20,4 - 26,6
Idade (anos)						
18 a 24	47,8	19,1 - 78,0	18,6	2,8 - 64,5	33,6	11,6 - 66,0
25 a 34	48,6	25,2 - 72,6	22,6	9,9 - 43,6	28,8	14,3 - 49,4
35 a 44	51,0	38,5 - 63,4	24,3	16,1 - 34,9	24,7	15,8 - 36,4
45 a 54	44,2	36,6 - 52,1	28,1	21,2 - 36,1	27,7	21,1 - 35,5
55 a 64	52,2	45,8 - 58,6	24,5	19,8 - 29,8	23,3	18,7 - 28,6
65 e mais	47,2	42,7 - 51,7	23,6	20,5 - 27,0	29,2	25,3 - 33,4
Anos de escolaridade						
0 a 8	56,5	52,1 - 60,8	22,0	18,7 - 25,6	21,5	18,1 - 25,3
9 a 11	39,6	34,0 - 45,5	30,7	25,9 - 35,9	29,7	25,0 - 34,9
12 e mais	20,3	14,4 - 27,8	29,5	23,3 - 36,5	50,2	42,8 - 57,6
Plano de Saúde						
Possui	26,7	22,7 - 31,1	31,6	27,7 - 35,9	41,7	37,2 - 46,3
Não possui	67,5	63,3 - 71,5	18,9	15,7 - 22,5	13,6	11,1 - 16,5
Total	48,5	45,2 - 51,9	24,8	22,1 - 27,4	26,7	23,9 - 29,5

Houve uma redução da frequência de obtenção de medicamentos orais e insulina nas unidades de saúde em todas as regiões do País no período analisado, sendo encontrado a maior frequência na Região Sul (57,4%) em 2012 e a menor na Região Nordeste (39,4%) em 2013. A obtenção de medicamentos para diabetes pelo Programa Farmácia Popular aumentou de forma geral em todas as regiões do País no período analisado, especialmente no período 2011-2012, destacando-se a Região Nordeste com o menor percentual em 2011 (12,7%) e maior percentual nos anos de 2012 e 2013 (28,6% e 28,0%, respectivamente). Em relação à obtenção de medicamentos em drogarias e farmácias privadas, os maiores percentuais foram observados na Região Nordeste e os menores nas regiões Sul e Sudeste, em todo o período (tabelas 14 a 16).

Entre as capitais brasileiras, podemos observar que a frequência de indivíduos que obtiveram seus medicamentos para tratamento do diabetes nas unidades de saúde variou de 18,4% em Natal a 67,8% em Rio Branco em 2011, de 22,6% em Goiânia a 65,7% em São Paulo em 2012 e de 17,7% em Belém a 69,7% em Rio Branco em 2013. Analisando a obtenção pelo Programa Farmácia Popular, observa-se uma variação de 4,7% em Rio Branco a 31,0% em Belém no ano de 2011, de 6,6% em Rio Branco a 44,0% em Boa Vista em 2012 e de 11,4% em Macapá a 46,2% em Natal no ano de 2013. Nas drogarias e nas farmácias privadas os percentuais de obtenção variaram de

19,9% em Belo Horizonte a 53,1% em Macapá no ano de 2011, de 17,2% em Palmas a 44,8% em Goiânia em 2012 e de 11,3% em Belo Horizonte a 55,1% em Macapá em 2013 (tabelas 14 a 16 e figuras 14 a 22).

Tabela 14 Distribuição percentual de diabéticos em tratamento medicamentoso, segundo formas de obtenção nas regiões e capitais brasileiras. Vigitel, 2011

Regiões/ Capitais e DF	Unidade de Saúde		Farmácia Popular		Drogarias, Farmácias privadas e outros	
	%	IC _{95%}	%	IC _{95%}	%	IC _{95%}
Norte	49,4	43,0 - 55,7	20,3	15,7 - 25,8	30,3	25,0 - 36,2
Belém	39,9	29,1 - 51,7	31,0	21,4 - 42,6	29,1	20,2 - 39,9
Boa Vista	45,5	32,2 - 59,4	26,2	15,0 - 41,6	28,3	18,5 - 40,7
Macapá	32,5	15,1 - 56,6	14,4	4,9 - 35,4	53,1	30,7 - 74,3
Manaus	61,6	49,8 - 72,2	13,4	7,4 - 22,8	25,0	16,7 - 35,8
Palmas	43,7	28,2 - 60,6	21,4	11,9 - 35,4	34,9	21,6 - 51,1
Porto Velho	50,2	37,0 - 63,3	17,1	9,7 - 28,4	32,7	21,5 - 46,3
Rio Branco	67,8	54,3 - 78,8	4,7	2,1 - 10,2	27,5	17,0 - 41,4
Nordeste	52,8	48,6 - 57,0	12,7	10,4 - 15,5	34,5	30,7 - 38,4
Aracaju	54,9	44,2 - 65,2	11,1	5,7 - 20,3	34,0	24,9 - 44,4
Fortaleza	61,0	49,9 - 71,0	11,2	5,7 - 20,8	27,8	19,7 - 37,8
João Pessoa	59,0	48,7 - 68,6	12,2	6,4 - 22,0	28,8	21,2 - 37,8
Maceió	55,9	45,4 - 65,9	11,3	6,3 - 19,5	32,8	24,0 - 42,9
Natal	18,4	11,4 - 28,4	30,0	21,0 - 40,9	51,6	40,2 - 62,7
Recife	46,0	36,8 - 55,4	18,1	12,0 - 26,3	35,9	27,6 - 45,2
Salvador	57,1	46,0 - 67,6	6,3	3,3 - 11,7	36,6	26,7 - 47,7
São Luís	49,9	37,5 - 62,3	13,7	8,0 - 22,3	36,4	26,0 - 48,3
Teresina	60,8	48,7 - 71,7	7,5	3,3 - 16,1	31,7	21,9 - 43,3
Centro-Oeste	53,4	46,8 - 59,8	13,2	9,3 - 18,4	33,4	27,7 - 39,6
Campo Grande	63,2	53,2 - 72,3	9,3	4,9 - 17,0	27,4	19,5 - 37,0
Cuiabá	53,6	42,3 - 64,5	16,1	8,3 - 28,9	30,3	21,6 - 40,6
Goiânia	39,1	28,5 - 50,7	19,3	11,8 - 30,0	41,6	30,8 - 53,3
Distrito Federal	55,8	44,8 - 66,2	11,5	6,0 - 21,1	32,7	23,7 - 43,1
Sul	55,4	49,1 - 61,6	13,6	10,0 - 18,3	31,0	25,4 - 37,1
Curitiba	57,7	47,3 - 67,4	10,2	5,3 - 18,7	32,1	23,3 - 42,5
Florianópolis	55,5	46,3 - 64,4	11,2	6,8 - 17,7	33,3	25,2 - 42,5
Porto Alegre	53,1	43,2 - 62,8	17,7	11,9 - 25,4	29,2	21,1 - 38,8
Sudeste	54,1	47,7 - 60,4	19,1	14,9 - 24,2	26,8	21,8 - 32,4
Belo Horizonte	60,7	50,5 - 70,1	19,3	12,7 - 28,3	20,0	12,9 - 29,6
Rio de Janeiro	36,4	26,6 - 47,3	27,2	19,4 - 36,7	36,4	27,0 - 47,0
São Paulo	62,4	53,2 - 70,8	14,8	9,5 - 22,5	22,8	16,4 - 30,7
Vitória	63,1	53,2 - 72,0	13,5	8,3 - 21,2	23,4	16,0 - 32,8
Total	53,5	49,9 - 57,0	16,7	14,2 - 19,3	29,8	26,7 - 32,8

Tabela 15 Distribuição percentual de diabéticos em tratamento medicamentoso, segundo formas de obtenção nas regiões e capitais brasileiras. Vigitel, 2012

Regiões/ Capitais e DF	Unidade de Saúde		Farmácia Popular		Drogarias, Farmácias privadas e outros	
	%	IC _{95%}	%	IC _{95%}	%	IC _{95%}
Norte	47,1	40,0 - 54,3	23,3	18,1 - 29,3	29,6	23,4 - 36,7
Belém	30,0	20,2 - 42,1	32,0	21,8 - 44,3	38,0	27,6 - 49,7
Boa Vista	36,0	22,4 - 52,2	44,0	28,5 - 60,9	20,0	11,2 - 33,1
Macapá	38,6	24,0 - 55,7	22,5	11,5 - 39,4	38,9	24,6 - 55,4
Manaus	64,4	47,8 - 78,2	13,1	6,5 - 24,7	22,5	10,9 - 40,8
Palmas	49,2	33,9 - 64,7	33,6	21,5 - 48,3	17,2	8,0 - 33,1
Porto Velho	40,5	26,9 - 55,6	26,6	16,5 - 39,9	32,9	20,5 - 48,4
Rio Branco	64,8	52,2 - 75,6	6,6	3,1 - 13,7	28,6	18,6 - 41,2
Nordeste	41,6	37,3 - 45,9	28,6	24,7 - 32,9	29,8	26,2 - 33,7
Aracaju	54,0	42,1 - 65,4	18,7	10,7 - 30,6	27,3	19,0 - 37,5
Fortaleza	36,7	25,8 - 49,1	36,5	25,6 - 48,9	26,8	17,6 - 38,6
João Pessoa	42,9	31,3 - 55,2	26,6	17,3 - 38,5	30,5	21,0 - 42,1
Maceió	39,4	29,1 - 50,8	37,2	26,4 - 49,3	23,4	16,4 - 32,2
Natal	28,9	19,8 - 40,0	36,9	27,4 - 47,5	34,2	25,3 - 44,5
Recife	48,1	38,4 - 57,9	20,4	13,8 - 29,2	31,5	23,6 - 40,6
Salvador	45,6	35,1 - 56,5	22,4	13,9 - 33,9	32,0	23,1 - 42,5
São Luís	23,5	14,5 - 35,8	41,8	29,4 - 55,2	34,7	24,2 - 47,0
Teresina	59,9	46,3 - 72,2	15,9	8,3 - 28,3	24,2	15,1 - 36,4
Centro-Oeste	48,6	42,5 - 54,8	22,0	17,6 - 27,2	29,4	24,3 - 35,0
Campo Grande	59,5	53,2 - 72,3	19,7	12,9 - 29,0	20,8	14,4 - 29,1
Cuiabá	56,3	42,3 - 64,5	9,8	5,2 - 17,9	33,9	23,6 - 45,8
Goiânia	22,6	28,5 - 50,7	32,6	23,2 - 43,5	44,8	34,2 - 55,9
Distrito Federal	54,8	44,8 - 66,2	20,5	14,0 - 29,0	24,7	17,3 - 34,0
Sul	57,4	51,1 - 63,5	20,4	15,9 - 26,0	22,2	17,4 - 27,8
Curitiba	61,5	51,7 - 70,5	15,0	9,1 - 23,7	23,5	16,3 - 32,6
Florianópolis	60,6	50,1 - 70,1	20,2	13,6 - 28,9	19,2	12,6 - 28,1
Porto Alegre	51,0	41,1 - 60,9	27,7	19,8 - 37,2	21,3	14,3 - 30,5
Sudeste	53,8	47,5 - 60,0	21,3	16,8 - 26,4	24,9	19,7 - 30,9
Belo Horizonte	54,5	45,0 - 63,8	25,5	18,4 - 34,0	20,0	13,4 - 28,7
Rio de Janeiro	29,6	20,9 - 40,2	38,5	28,4 - 49,7	31,9	22,2 - 43,4
São Paulo	65,7	56,9 - 73,6	11,9	7,6 - 18,1	22,4	15,7 - 31,0
Vitória	60,7	50,7 - 69,9	21,3	13,8 - 31,4	18,0	12,1 - 25,9
Total	50,5	46,8 - 54,0	23,0	20,2 - 25,9	26,5	23,3 - 29,7

Tabela 16 Distribuição percentual de diabéticos em tratamento medicamentoso, segundo fontes de obtenção nas regiões e capitais brasileiras. Vigitel, 2013

Regiões/ Capitais e DF	Unidade de Saúde		Farmácia Popular		Drogarias, Farmácias privadas e outros	
	%	IC _{95%}	%	IC _{95%}	%	IC _{95%}
Norte	41,4	35,7 - 47,3	27,0	22,1 - 32,6	31,6	26,6 - 37,1
Belém	17,7	10,0 - 29,2	41,5	31,3 - 52,4	40,8	30,5 - 52,1
Boa Vista	32,5	19,8 - 48,5	28,9	18,4 - 42,3	38,6	24,4 - 54,8
Macapá	33,5	18,6 - 52,7	11,4	6,2 - 20,2	55,1	38,8 - 70,2
Manaus	62,1	51,1 - 72,0	17,5	10,1 - 28,7	20,4	13,6 - 29,4
Palmas	28,5	16,1 - 45,3	39,1	22,1 - 59,3	32,4	19,2 - 49,0
Porto Velho	44,7	31,8 - 58,2	26,5	16,6 - 39,6	28,8	18,2 - 42,3
Rio Branco	69,7	56,4 - 80,3	12,3	5,9 - 24,0	18,0	10,9 - 28,3
Nordeste	39,4	35,5 - 43,4	28,0	24,7 - 31,5	32,6	28,9 - 36,5
Aracaju	49,5	37,9 - 61,0	18,4	11,1 - 29,0	32,1	22,8 - 43,1
Fortaleza	41,5	32,3 - 51,5	33,9	25,6 - 43,2	24,6	16,9 - 34,2
João Pessoa	39,6	29,6 - 50,6	31,2	22,3 - 41,7	29,2	20,7 - 39,5
Maceió	35,0	26,2 - 45,0	32,9	23,8 - 43,5	32,1	23,1 - 42,6
Natal	19,5	13,2 - 28,0	46,2	36,4 - 56,3	34,3	25,5 - 44,2
Recife	48,3	38,7 - 58,0	24,8	17,0 - 34,7	26,9	19,3 - 36,2
Salvador	39,0	28,9 - 50,3	17,0	10,9 - 25,5	43,9	33,4 - 55,1
São Luís	24,6	15,7 - 36,3	32,1	22,0 - 44,4	43,4	31,8 - 55,5
Teresina	49,9	37,6 - 62,1	22,4	13,3 - 35,2	27,7	18,9 - 38,7
Centro-Oeste	45,4	39,4 - 51,5	24,2	19,4 - 29,9	30,4	25,6 - 35,6
Campo Grande	51,8	42,3 - 61,1	14,6	9,8 - 21,2	33,6	25,2 - 43,2
Cuiabá	53,4	43,6 - 62,8	14,7	9,3 - 22,5	31,9	23,9 - 41,3
Goiânia	26,4	17,5 - 37,8	26,5	19,0 - 35,7	47,1	37,2 - 57,2
Distrito Federal	50,1	39,7 - 60,6	28,7	20,1 - 39,1	21,2	14,4 - 30,0
Sul	50,1	44,3 - 56,0	24,3	19,8 - 29,4	25,6	20,9 - 30,8
Curitiba	50,7	42,0 - 59,4	22,9	16,6 - 30,6	26,4	19,3 - 34,9
Florianópolis	50,0	40,5 - 59,5	24,1	17,2 - 32,8	25,9	18,6 - 34,7
Porto Alegre	49,7	40,5 - 58,9	25,6	18,5 - 34,1	24,7	17,9 - 33,1
Sudeste	53,8	48,0 - 59,6	23,2	18,9 - 28,2	23,0	18,5 - 28,1
Belo Horizonte	47,1	38,2 - 56,1	41,6	33,1 - 50,7	11,3	7,0 - 17,8
Rio de Janeiro	35,7	27,3 - 45,1	34,7	26,0 - 44,4	29,6	22,3 - 38,1
São Paulo	64,8	56,0 - 72,7	13,4	8,6 - 20,1	21,8	15,3 - 30,1
Vitória	52,2	43,2 - 61,2	21,4	15,2 - 29,2	26,4	19,3 - 34,9
Total	48,5	45,2 - 51,9	24,8	22,1 - 27,4	26,7	23,9 - 29,5

Figura 14 Percentual de adultos (≥ 18 anos) que referiram conseguir medicamento oral ou insulina para controle do diabetes nas unidades de saúde. Vigitel, 2011

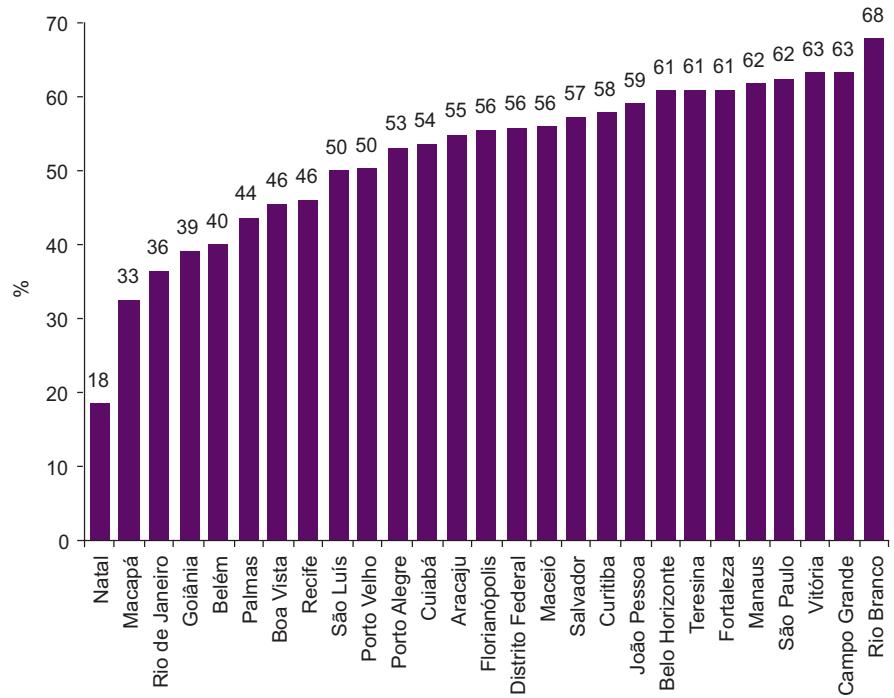


Figura 15 Percentual de adultos (≥ 18 anos) que referiram conseguir medicamento oral ou insulina para controle do diabetes nas unidades de saúde. Vigitel, 2012

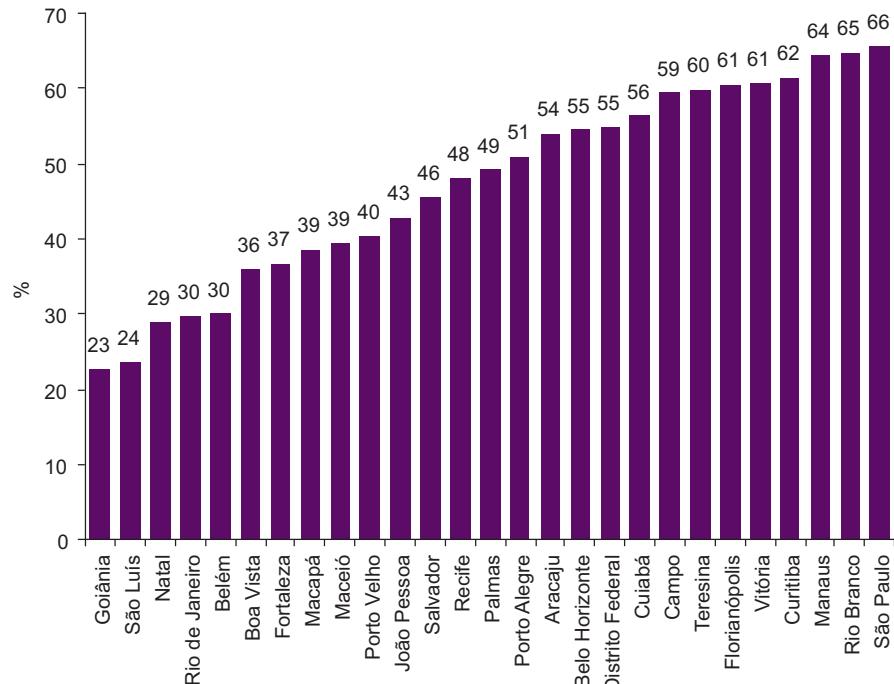


Figura 16 Percentual de adultos (≥ 18 anos) que referiram conseguir medicamento oral ou insulina para controle do diabetes nas unidades de saúde. Vigitel, 2013

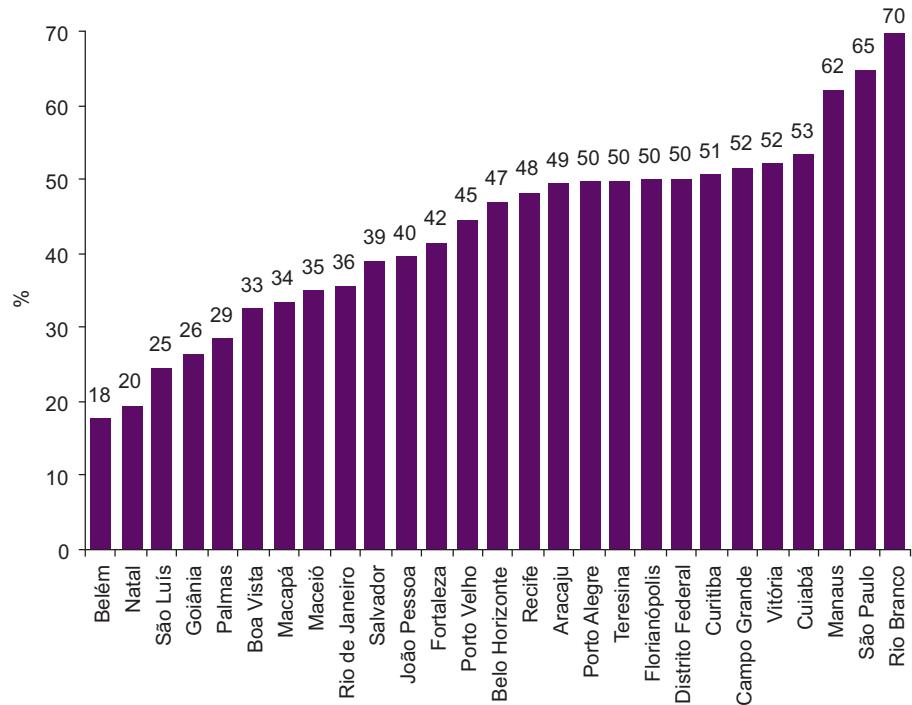


Figura 17 Percentual de adultos (≥ 18 anos) que referiram conseguir medicamento oral ou insulina para controle do diabetes no Programa Farmácia Popular. Vigitel, 2011

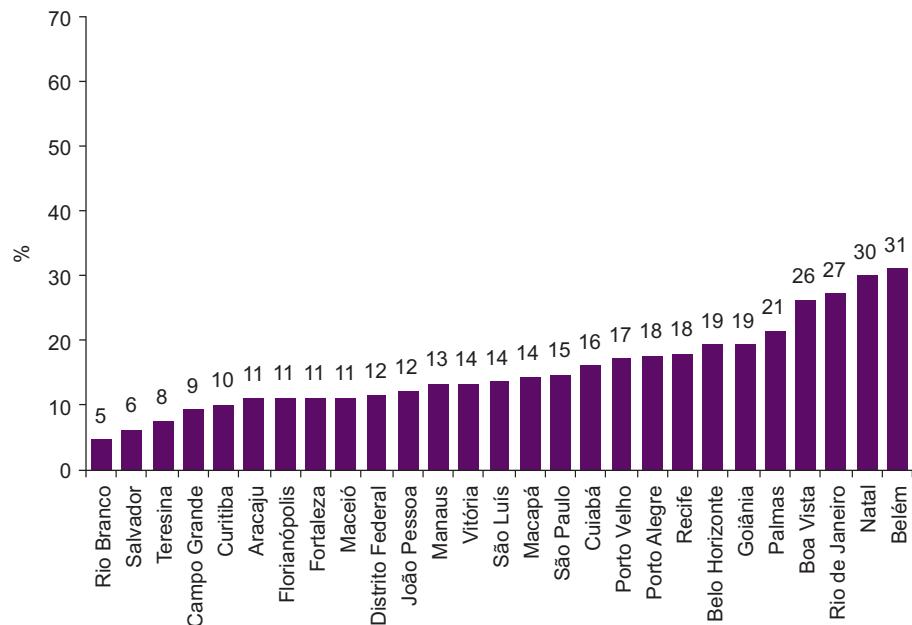


Figura 18 Percentual de adultos (≥ 18 anos) que referiram conseguir medicamento oral ou insulina para controle do diabetes no Programa Farmácia Popular. Vigitel, 2012

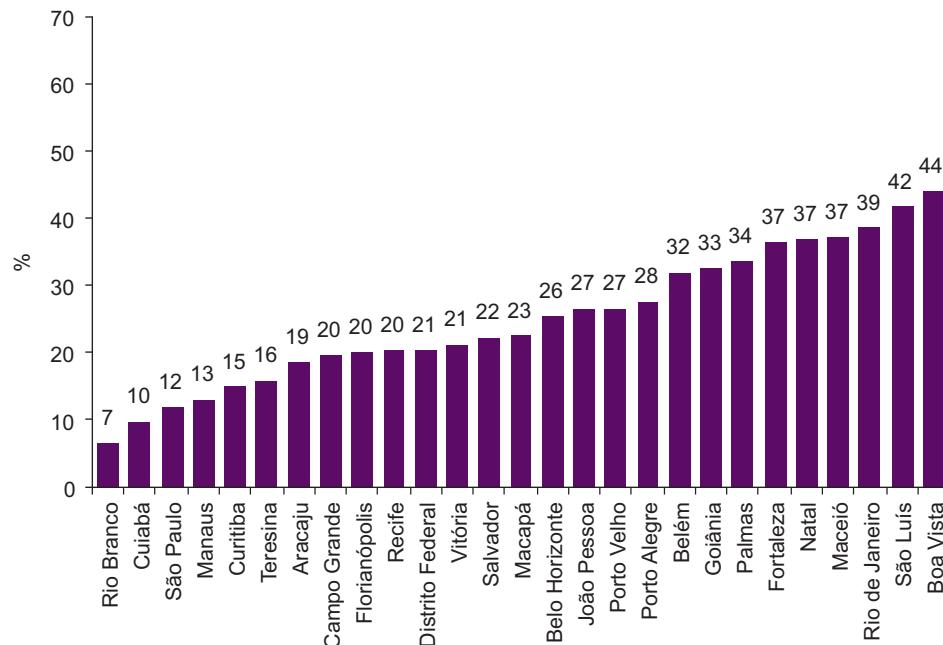


Figura 19 Percentual de adultos (≥ 18 anos) que referiram conseguir medicamento oral ou insulina para controle do diabetes no Programa Farmácia Popular. Vigitel, 2013

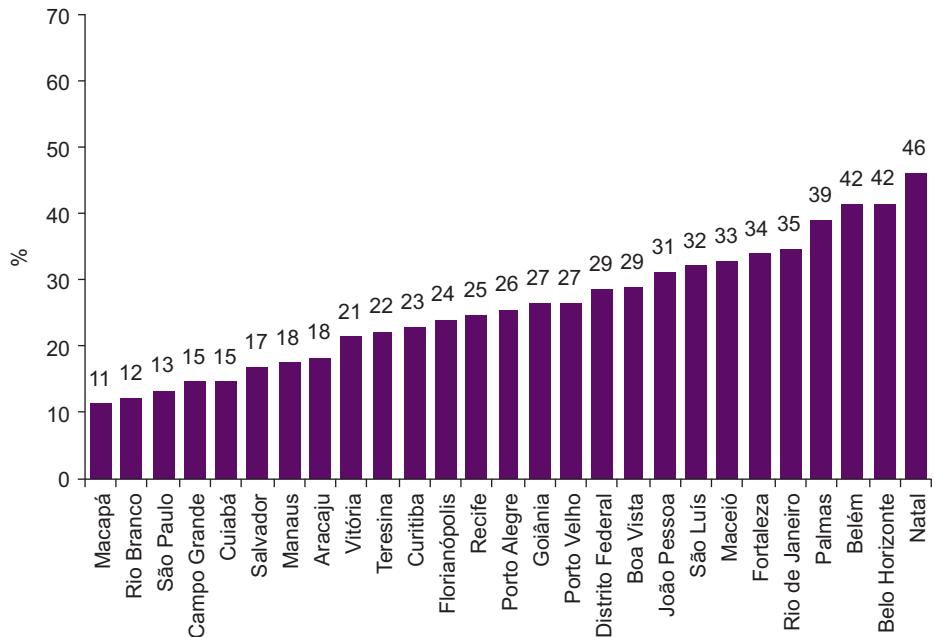


Figura 20 Percentual de adultos (≥ 18 anos) que referiram conseguir medicamento oral ou insulina para controle do diabetes nas drogarias, nas farmácias e demais fontes. Vigitel, 2011

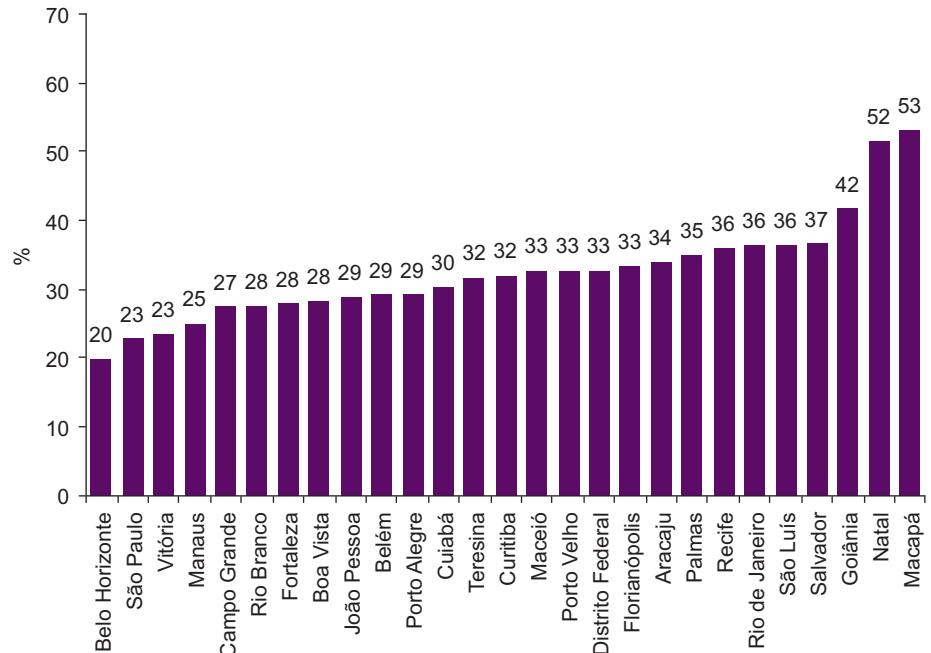


Figura 21 Percentual de adultos (≥ 18 anos) que referiram conseguir medicamento oral ou insulina para controle do diabetes nas drogarias, nas farmácias e demais fontes. Vigitel, 2012

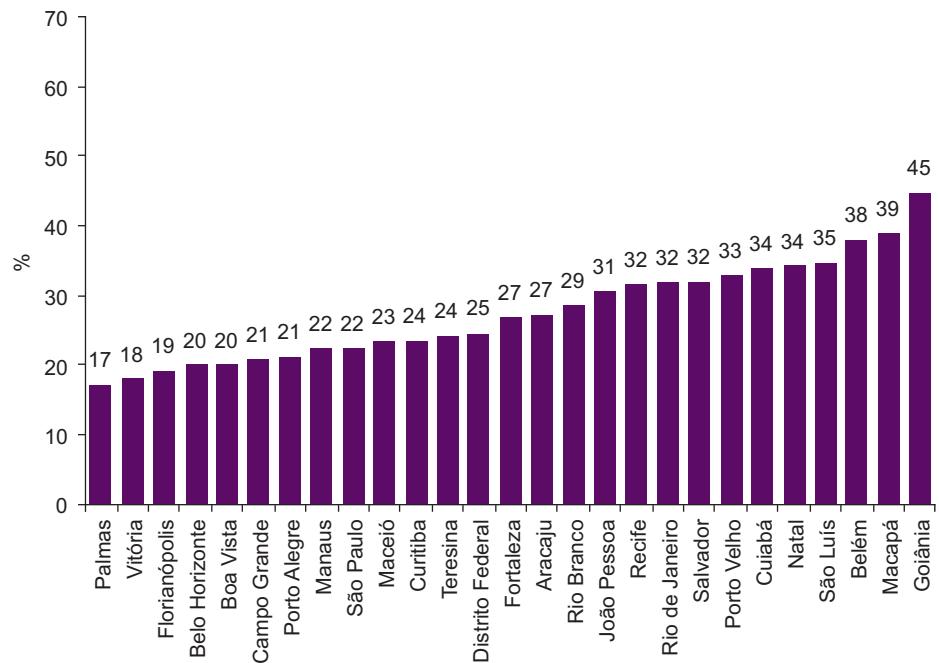
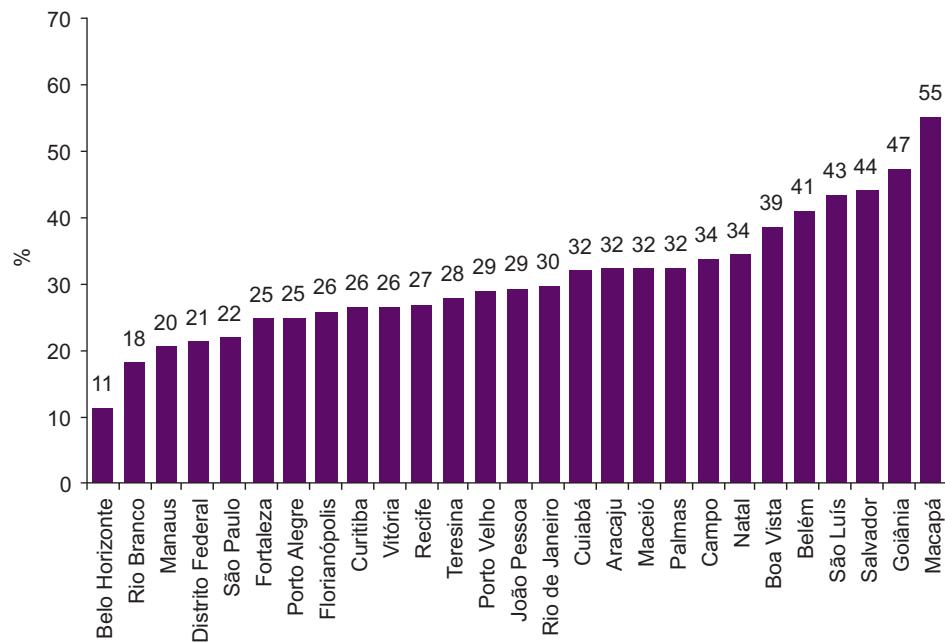


Figura 22 Percentual de adultos (≥ 18 anos) que referiram conseguir medicamento oral ou insulina para controle do diabetes nas drogarias, nas farmácias e demais fontes. Vigitel, 2013



Conclusões

A análise dos dados inéditos sobre uso e fontes de obtenção de medicamentos para diabetes e hipertensão, por adultos (≥ 18 anos) residentes nas capitais brasileiras e no Distrito Federal, permitiu verificar que a maioria da população adulta que apresenta diagnóstico dessas doenças, estabelecido a partir do diagnóstico médico, utiliza medicamentos para tratamento e controle dessa condição.

No curto período de tempo analisado (2011-2013), foi possível apreciar significativo aumento do percentual de hipertensos em tratamento, percentual que se elevou de 75,0% em 2011 para 80,6% em 2013. Tal aumento ocorreu em todos os segmentos demográficos estudados, em todas as regiões e em praticamente todas as capitais do País, com exceção de João Pessoa, capital da Paraíba. Embora o percentual de diabéticos em tratamento também tenha aumentado nesse período, esse crescimento se verificou de forma menos intensa (não significativa, se utilizados os limites dos IC para checagem de significância estatística) (de 79,8% a 82,9%). O percentual de diabéticos em tratamento era mais elevado que o de hipertensos em 2011 e continuou sendo mais elevado em 2013, no entanto, a diferença de percentuais entre as duas doenças declinou no período.

Considerando que parcela expressiva dos custos ligados ao tratamento de doenças crônicas se deve ao uso de medicamentos (BLOOM et al., 2011; KANKEU et al., 2013), é relevante destacar o papel do Sistema Único de Saúde como principal provedor da Assistência Farmacêutica no País. Nesta análise foi possível verificar que aproximadamente 60% dos medicamentos para controle da hipertensão arterial e mais de 70% dos medicamentos para diabetes foram obtidos de forma gratuita pela população adulta (≥ 18 anos), seja por intermédio da Unidade de Saúde ou pelo Programa Farmácia Popular, enquanto que nas farmácias ou drogarias privadas, por sua vez, a obtenção de medicamentos se deu, na maior parte, por indivíduos com maior escolaridade e que possuíam plano de saúde. Tais resultados são semelhantes aos dados recentemente divulgados pelo inquérito populacional da Pesquisa Nacional sobre Acesso, Utilização e Promoção do uso Racional de Medicamentos no Brasil (BRASIL, 2012b).

Em relação ao período analisado (2011-2013), observou-se um aumento do percentual de obtenção de medicamentos para tratamento das doenças crônicas analisadas no Programa Farmácia Popular do Brasil, sendo que em 2011 foram encontrados os menores percentuais, época que poderia ter ocorrido menor disseminação desse programa no âmbito do território brasileiro e, por conseguinte, um reconhecimento ainda reduzido dele por parte da população brasileira (COSTA et al., 2014). Nos anos seguintes, a ampliação do programa e a gratuidade de medicamentos para tratamento da hipertensão e do diabetes podem ter contribuído para a expansão da sua utilização pela população para acesso aos medicamentos para estas doenças. Cabe destacar que, mesmo com a ampliação do acesso ao Programa Farmácia Popular do Brasil, a Unidade Básica de Saúde ainda figura como o principal local de obtenção dos medicamentos, especialmente para diabetes, provavelmente pela disponibilidade de outros insumos necessários ao controle da doença e pelos cuidados recebidos,

além da proximidade do domicílio e do próprio vínculo da comunidade com este serviço de saúde. Mesmo sendo a principal fonte de obtenção de medicamentos para hipertensão e diabetes, algumas diferenças regionais foram encontradas; na Região Sul e, entre as capitais, em São Paulo foram observados os menores percentuais de obtenção de medicamentos em farmácias e drogarias e os maiores percentuais de obtenção nas Unidades Básicas de Saúde, ocorrendo o oposto na Região Nordeste e, entre as capitais, São Luís. Estes resultados apontam para a necessidade premente de empenho na organização da rede básica de saúde nas regiões menos desenvolvidas economicamente do País.

Uma observação relevante refere-se a que o aumento do percentual de hipertensos em tratamento foi maior no segmento da população sem plano de saúde, em comparação ao estrato que dispõe de plano privado de saúde. Em 2011, 71,4% dos hipertensos sem plano de saúde estavam em tratamento, em comparação com 79,4% no segmento com plano (diferença de 8,0 pontos percentuais) enquanto que, em 2013, esses valores passaram respectivamente a 77,9% e 84,0% (diferença de 6,1 pontos percentuais), sugerindo uma tendência à redução da desigualdade social no acesso aos medicamentos para hipertensos no País.

Essa presumível redução de desigualdade apresentou valores mais expressivos no caso do diabetes. Em 2011, 84,3% dos diabéticos com plano de saúde estavam em tratamento, enquanto esse percentual atingia apenas 75,6% dos diabéticos sem plano (diferença de 8,7 pontos percentuais); em 2013 os percentuais aumentaram, respectivamente, para 85% e 81,2%, indicando o declínio da desigualdade entre os dois segmentos para 3,8 pontos percentuais. O avanço no acesso aos medicamentos para o diabetes foi maior na população usuária dos serviços públicos de saúde (sem plano privado de saúde).

Houve redução da desigualdade entre as grandes regiões do País quanto ao acesso aos medicamentos para diabetes. As diferenças do percentual de diabéticos em tratamento, em 2011, atingiam 11,0 pontos percentuais (84,2% no Sudeste e 72,3% no Norte) tendo sido reduzida a 1,6 pontos percentuais em 2013 (Sudeste com 83,5% e Centro-Oeste com 81,9%).

Referências

- ALLEYNE, G. et al. Embedding non-communicable diseases in the post-2015 development agenda. *Lancet*, [S.l.], v. 381, p. 566-574, 12 feb. 2013.
- ARAÚJO, A. L. et al. Perfil da assistência farmacêutica na atenção primária do Sistema Único de Saúde. *Cienc. Saúde Coletiva*, [S.l.], v. 13, p. 611-617, 2008. Supl.
- BERNAL, R. T. I. **Inquéritos por telefone:** inferências válidas em regiões com baixa taxa de cobertura de linhas residenciais. 2011. Tese (Doutorado) – Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2011. Disponível em: <<http://www.teses.usp.br/disponiveis/6/6132/tde-09092011-120701/pt-br.php>>. Acesso em: 12 jan. 2015.
- BLOOM, D. et al. **The Global Economic Burden of Noncommunicable Diseases.** Sep. 2011. Disponível em: <http://www3.weforum.org/docs/WEF_Harvard_HE_GlobalEconomicBurdenNonCommunicableDiseases_2011.pdf>. Acesso em: 28 jan. 2014.
- BRASIL. Decreto nº 5.090, de 20 de maio de 2004. Regulamenta a Lei 10.858, de 20 de maio de 2004, institui o programa “Farmácia Popular do Brasil”, e dá outras providências. 2004a. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, n. 97, 21 maio 2004. Seção 1, p. 6. Disponível em: <<http://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/2004/decreto-5090-20-maio-2004-532380-norma-pe.html>>. Acesso em: 11 jan. 2012.
- _____. Lei nº 10.858, de 13 de abril de 2004. Autoriza a Fundação Oswaldo Cruz – Fiocruz – a disponibilizar medicamentos, mediante resarcimento, e dá outras providências. 2004b. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, n. 71, 14 abr. 2004. Seção 1, p. 1. Disponível em: <<http://www.jusbrasil.com.br/legislacao/97815/lei-10858-04>>. Acesso em: 11 jan. 2012.
- _____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 338, de 6 de maio de 2004. Aprova a Política Nacional de Assistência Farmacêutica e estabelece seus princípios gerais e eixos estratégicos. 2004c. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 20 maio 2004. Seção 1, p. 52.
- _____. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 1.555, de 30 de julho de 2013. Aprova as normas de financiamento e execução do componente básico da assistência farmacêutica. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 31 jul. 2013.
- _____. Ministério da Saúde. Portaria nº 204, de 29 de janeiro de 2007. Regulamenta o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde, na forma de blocos de financiamento, com o respectivo monitoramento e controle. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 31 jan. 2007. Disponível em: <bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt0204_29_01_2007_comp.html>. Acesso em: 22 ago. 2014.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 491, de 9 de março de 2006. Dispõe sobre a expansão do Programa “Farmácia Popular do Brasil”. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 10 mar. 2006. Seção 1, p. 59. Disponível em: <dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2006/GM/GM-491.htm>. Acesso em: 20 jan. 2015.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. **Serviços farmacêuticos na atenção básica à saúde**. Brasília, 2014.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Política Nacional de Medicamentos**. Brasília, 2001. (Série C. Projetos, Programas e Relatórios, n. 25).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022**. Brasília, 2011. 160 p., il. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **Vigitel Brasil 2011: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico**. Brasília, 2012b.

_____. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **Brasil Carinhoso**. Brasília, 2012a. Disponível em: <<http://www.mds.gov.br/brasilsemmeria/brasil-carinhoso>>. Acesso em: 21 nov. 2012.

COSTA, K. S.; FRANCISCO, P. M. S. B.; BARROS, M. B. A. Conhecimento e utilização do Programa Farmácia Popular do Brasil: um estudo de base populacional no município de Campinas/SP. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 23, n. 3, p. 397-408, jul./set. 2014.

COSTA, K. S.; NASCIMENTO JÚNIOR, J. M. Hórus: inovação tecnológica na assistência farmacêutica no sistema único de saúde. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 46, 1 dez. 2012. Supl.

GONTIJO, M. F. et al. Uso de anti-hipertensivos e antidiabéticos por idosos: inquérito em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, [S.l.], v. 28, n. 7, p. 1337-1346, 2012.

GRAHAM, K. **Compensating for missing survey data**. Institute for Social Research, the University of Michigan. Michigan: Ann Arbor, 1983.

HOGERZEIL, H. V. Essential medicines and human rights: what can they learn from each other? **Bull. World Health Organ.**, [S.l.], v. 84, n. 5. p. 371, 2006.

IZRAEL, D. et al. “**A SAS Macro for Balancing a Weighted Sample**”. Proceedings of the Twenty-Fifth Annual SAS Users Group International Conference, Paper 275, 2000. Disponível em: <<http://www2.sas.com/proceeding/sugi29/207-29.pdf>>. Acesso em: 15 jan. 2015.

KANKEU, H. T. et al. The financial burden from non-communicable diseases in low- and middle-income countries: a literature review. **Health Res. Policy Syst.**, [S.l.], v. 11, p. 31, 2013.

MALTA, D. C.; MORAIS NETO, O. L.; SILVA JÚNIOR, J. B. Apresentação do plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis no Brasil, 2011 a 2022. **Epidemiol. Serv. Saúde**, [S.l.], v. 20, n. 4, p. 425-438, 2011.

MALTA, D. C.; SILVA JÚNIOR, J. B. O plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis no Brasil e a definição das metas globais para o enfrentamento dessas doenças até 2025: uma revisão. **Epidemiol. Serv. Saúde**, [S.l.], v. 22, n. 1, p. 151-164, 2013.

OLIVEIRA, L. C. F.; ASSIS, M. M. A.; BARBONI, A. R. Assistência Farmacêutica no Sistema Único de Saúde: da Política Nacional de Medicamentos à Atenção Básica à Saúde. **Cienc. Saúde Coletiva**, [S.l.], v. 15, n. 3, p. 3561-3567, 2010. Supl.

PEREIRA, M. A. **Programa Farmácia Popular no Brasil: uma análise sobre sua relação com o Complexo Econômico-Industrial da Saúde e os programas estratégicos do Governo Federal**. 2013. Dissertação (Mestrado) – Escola Nacional de Saúde Pública. Rio de Janeiro, 2013. Disponível em: <http://www6.ensp.fiocruz.br/visa/files/pereiramam_0.pdf>. Acesso em: 5 fev. 2015.

SCHMIDT, M. I. et al. Chronic non-communicable diseases in Brazil: burden and current challenges. **The Lancet**, [S.l.], v. 377, n. 9781, p. 1949-1961, jun. 2011.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global status report on noncommunicable diseases 2014**. Geneva: WHO, 2014. [cited 2015 Jan 28]. 298 p. Disponível em: <<http://www.who.int/nmh/publications/ncd-status-report-2014/en/>>. Acesso em: 29 jan. 2015.

_____. **Sample size determination in health studies: a practical manual**. Geneva: WHO, 1991.

ANEXO

Modelo do Questionário Eletrônico com as questões de morbidade (hipertensão e diabetes) utilizadas a cada ano

ENTREVISTA

Ministério da Saúde – Secretaria de Vigilância em Saúde

Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas
Não Transmissíveis por Entrevistas Telefônicas – Vigitel – 201X

Disque-Saúde = 0800-611997

Operador: XX

Réplica: XX

Cidade: XX, confirma a cidade: sim não (agradeça e encerre; excluir do banco amostral e do agenda)

Módulo de identificação

1. Réplica XX número de moradores XX número de adultos XX
2. Bom dia/tarde/noite. Meu nome é XXXX. Estou falando do Ministério da Saúde, o número do seu telefone é XXXX?
 sim
 não – Desculpe, liguei no número errado.
3. Sr.(a) gostaria de falar com o(a) sr.(a) NOME DO SORTEADO. Ele(a) está?
 sim
 não – Qual o melhor dia da semana e período para conversarmos com o(a) sr.(a) NOME DO SORTEADO?
 residência a retornar. Obrigado(a), retornaremos a ligação. Encerre.

3.a Posso falar com ele agora?
 sim
 não – Qual o melhor dia da semana e período para conversarmos com o(a) sr.(a) NOME DO SORTEADO?
 residência a retornar. Obrigado(a), retornaremos a ligação. Encerre.

4. O(a) sr.(a) foi informado sobre a avaliação que o Ministério da Saúde está fazendo?

sim (pule para Q5)

não – O Ministério da Saúde está avaliando as condições de saúde da população brasileira e o seu número de telefone e o(a) sr.(a) foram selecionados para participar de uma entrevista. A entrevista deverá durar cerca de 7 minutos. Suas respostas serão mantidas em total sigilo e serão utilizadas com as respostas dos demais entrevistados para fornecer um retrato das condições atuais de saúde da população brasileira. Para sua segurança, esta entrevista poderá ser gravada. Caso tenha alguma dúvida sobre a pesquisa, poderá esclarecê-la diretamente no Disque-Saúde do Ministério da Saúde, no telefone: 0800-611997. O(a) sr.(a) gostaria de anotar o telefone agora ou no final da entrevista?

5. Podemos iniciar a entrevista?

sim (pule para Q6)

não – Qual o melhor dia da semana e período para conversarmos?

residência a retornar. Obrigado(a), retornaremos a ligação. Encerre.

Q6. Qual sua idade? (só aceita ≥18 anos e <150)

_____ anos (se <21 anos, pule Q12 a Q13)

Q7. Sexo:

() masculino (pule a Q14)

() feminino (se >50 anos, pule a Q14)

CIVIL. Qual seu estado conjugal atual?

1 () solteiro

2 () casado legalmente

3 () têm união estável há mais de seis meses

4 () viúvo

5 () separado ou divorciado

888 () não quis informar

Módulo de morbidade referida

2011

Q75. Algum MÉDICO já lhe disse que o(a) sr.(a) tem pressão alta?

- sim
- não
- 777 não lembra

R120. Quando foi a última consulta médica em que sua pressão foi medida?

- há menos de 1 ano
- de 1 até 2 anos (inclui o 2)
- de 2 até 5 anos (inclui o 5)
- há mais de 5 anos
- nunca mediu pressão em uma consulta médica
- nunca realizou consulta médica

Se Q75 = 2 ou 777, pule para a Q76

R129. Atualmente, o(a) sr.(a) está tomando algum medicamento para controlar a pressão alta?

- sim
- não (pule para Q76)
- 777 não sabe (pule para Q76)
- 888 não quis responder (pule para Q76)

R130. Onde o(a) sr.(a) consegue a medicação para controlar a pressão alta?

- () unidade de saúde do SUS
- () farmácia popular
- () outro lugar
- 777 não sabe
- 888 não quis responder

Q76. Algum MÉDICO já lhe disse que o(a) sr.(a) tem diabetes?

- sim
- não (pule para R121)
- 777 não lembra (pule para R121)

R131. Que idade o(a) sr.(a) tinha quando o médico disse que o(a) sr.(a) tem diabetes?

_____ anos

777 não sabe/não lembra

R121. O(a) sr.(a) já fez algum exame para medir açúcar no sangue (glicemia)?

- sim
 - não (pule para Q79, se mulher ou para Q85a, se homem)
 - não sabe/não lembra (pule para Q79, se mulher ou para Q85a, se homem)
- Se Q76 = 1 e R121 = 2 ou 3, pule para a R132

R122. Quando foi a última vez que o(a) sr.(a) fez o exame?

- há menos de 1 ano
 - de 1 até 2 anos (inclui o 2)
 - de 2 até 5 anos (inclui o 5)
 - há mais de 5 anos
- 777 não lembra
- Se Q76 = 2 ou 777 pule para Q79, se mulher e Q85a, se homem

R132. Atualmente, o(a) sr.(a) está fazendo dieta/atividade física para diminuir ou controlar a diabetes?

- sim
- não
- 777 não sabe
- 888 não quis responder

R133. Atualmente, o(a) sr.(a) está tomando algum comprimido ou usando insulina para controlar a diabetes?

- sim
- não (pule para Q79, se mulher ou para Q85a, se homem)
- 777 não sabe (pule para Q79, se mulher ou para Q85a, se homem)
- 888 não quis responder (pule para Q79, se mulher ou para Q85a, se homem)

R134. Onde o(a) sr.(a) consegue a medicação para diabetes?

- 1 () unidade de saúde do SUS
 - 2 () farmácia popular
 - 3 () outro lugar
- 777 não sabe
- 888 não quis responder

2012

Q75. Algum MÉDICO já lhe disse que o(a) sr.(a) tem pressão alta?

- 1 sim
- 2 não
- 777 não lembra

R120. Quando foi a última consulta médica em que sua pressão foi medida?

- 1 há menos de 1 ano
- 2 de 1 até 2 anos (inclui o 2)
- 3 de 2 até 5 anos (inclui o 5)
- 4 há mais de 5 anos
- 5 nunca mediou pressão em uma consulta médica
- 6 nunca realizou consulta médica

Se Q75 = 2 ou 777, pule para a Q76

R129. Atualmente, o(a) sr.(a) está tomando algum medicamento para controlar a pressão alta?

- 1 sim
- 2 não (pule para Q76)
- 777 não sabe (pule para Q76)
- 888 não quis responder (pule para Q76)

R130. Como o(a) sr.(a) consegue a medicação para controlar a pressão alta?

- 1 () unidade de saúde do SUS
- 2 () farmácia popular
- 3 () outro lugar
- 777 não sabe
- 888 não quis responder

Q76. Algum MÉDICO já lhe disse que o(a) sr.(a) tem diabetes?

- 1 sim
- 2 não (pule para R121)
- 777 não lembra (pule para R121) (se Q7 = 1, vá para R121)

R138. (Se mulher), o diabetes foi apenas quando estava grávida? (apenas para Q7 = 2)

- 1 () sim
- 2 () não
- 3 () nunca engravidou
- 777 não lembra

R121. O(a) sr.(a) já fez algum exame para medir açúcar no sangue (glicemia)?

- sim
- não
- não sabe/Não lembra

Se Q76 = 2, pule para Q79, se mulher ou para Q85a, se homem

Se Q76 = 1, aplicar a R133a

133a. Atualmente, o(a) sr.(a) está tomando algum comprimido para controlar o diabetes?

- sim
- não
- 777 não sabe
- 888 não quis responder

133b. Atualmente, o(a) sr.(a) está usando insulina para controlar o diabetes?

- sim
- não (pule para Q79, se mulher ou para Q85a, se homem)
- 777 não sabe (pule para Q79, se mulher ou para Q85a, se homem)
- 888 não quis responder (pule para Q79, se mulher ou para Q85a, se homem)

R134a. Como o(a) sr.(a) consegue a medicação para diabetes?(APLICAR se R133a = 1 ou R133b = 1)

- 1 () unidade de saúde do SUS
- 2 () farmácia popular
- 3 () outro lugar
- 777 não sabe
- 888 não quis responder

Se homem, pule para Q85a

2013

Q75. Algum MÉDICO já lhe disse que o(a) sr.(a) tem pressão alta?

- sim
- não (pule para Q76a)
- 777 não lembra (pule para Q76a)

R129. Atualmente, o(a) sr.(a) está tomando algum medicamento para controlar a pressão alta?

- sim
- não (pule para Q76a)
- 777 não sabe (pule para Q76a)
- 888 não quis responder (pule para Q76a)

R130a. Como o(a) sr.(a) consegue a medicação para controlar a pressão alta?

- 1 () unidade de saúde do SUS
- 2 () farmácia popular do governo federal
- 3 () outro lugar (farmácia privada/particular, drogaria)
- 777 não sabe
- 888 não quis responder

Q76a. Algum MÉDICO já lhe disse que o(a) sr.(a) tem diabetes?

- 1 sim
 - 2 não (pule para Q78)
 - 777 não lembra (pule para Q78)
- (se Q7 = 1, vá para R133a)
- Apenas pré-diabetes (marcar apenas se o entrevistado referir espontaneamente)

R138. (Se mulher), o diabetes foi apenas quando estava grávida? (apenas para Q7 = 2)

- 1 () sim
- 2 () não
- 3 () nunca engravidou
- 777 não lembra

R133a. Atualmente, o(a) sr.(a) está tomando algum comprimido para controlar o diabetes?

- 1 sim
- 2 não
- 777 não sabe
- 888 não quis responder

R133b. Atualmente, o(a) sr.(a) está usando insulina para controlar o diabetes?

- 1 sim
- 2 não (pule para Q78)
- 777 não sabe (pule para Q78)
- 888 não quis responder (pule para Q78)

R134b. Como o(a) sr.(a) consegue a medicação para diabetes?(APLICAR se R133a = 1 ou R133b = 1)

- 1 () unidade de saúde do SUS
- 2 () farmácia popular do governo federal
- 3 () outro lugar (farmácia privada/particular, drogaria)
- 777 não sabe
- 888 não quis responder

ISBN 978-85-334-2291-9

9 788533 422919

DISQUE SAÚDE



Ouvidoria Geral do SUS

www.saude.gov.br

Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde
www.saude.gov.br/bvs



Ministério da
Saúde

GOVERNO FEDERAL
BRASIL
PÁTRIA EDUCADORA