

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE FARMÁCIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS FARMACÊUTICAS

FATORES DETERMINANTES DA NÃO-ADESÃO AO TRATAMENTO
FARMACOLÓGICO: A VISÃO DO USUÁRIO DO SISTEMA ÚNICO DE
SAÚDE”

Tatiana von Diemen

PORTO ALEGRE, 2011

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE FARMÁCIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS FARMACÊUTICAS

“FATORES DETERMINANTES DA NÃO-ADESÃO AO TRATAMENTO
FARMACOLÓGICO: A VISÃO DO USUÁRIO DO SISTEMA ÚNICO DE
SAÚDE”

Dissertação apresentada por
TATIANA VON DIEMEN para
obtenção do grau de MESTRE
em Ciências Farmacêuticas

Orientador: Prof. Dr. Mauro Silveira de Castro

Porto Alegre, 2011

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências Farmacêuticas, em nível de Mestrado da Faculdade de Farmácia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul e aprovada em 29.04.2011, pela banca examinadora constituída por:

Prof^a.Dr^a. Leila Beltrami Moreira

Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Prof^a. Dr^a. Isabela Heineck

Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Prof^a. Dr^a. Denise Bueno

Universidade Federal do Rio Grande do Sul

CIP - Catalogação na Publicação

von Diemen, Tatiana

Fatores determinantes da não-adesão ao tratamento farmacológico: a visão do usuário do Sistema Único de Saúde / Tatiana von Diemen. -- 2011. 110 f.

Orientador: Mauro Silveira de Castro.

Dissertação (Mestrado) -- Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Faculdade de Farmácia, Programa de Pós-Graduação em Ciências Farmacêuticas, Porto Alegre, BR-RS, 2011.

1. adesão. 2. adesão ao tratamento. I. Silveira de Castro, Mauro, orient. II. Título.

Este trabalho foi desenvolvido, sob orientação do Prof. Dr. Mauro Silveira de Castro, nas zonas de ambulatório do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, junto à Faculdade de Farmácia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Tatiana von Diemen recebeu bolsa de mestrado do Cnpq.

AGRADECIMENTOS

A Deus, por estar sempre iluminando meus caminhos.

Ao Prof. Dr. Mauro Silveira de Castro, pela sabedoria, apoio, esforço e dedicação e preocupação para a realização deste trabalho.

Aos meus pais Ione Marli da Costa von Diemen e Jayme von Diemen pelo apoio incondicional.

À minha irmã Lisia, cunhado Alexandre e sobrinho Tomaz por todo o apoio durante a realização deste trabalho.

À minha família, por estar presente em mais um momento da minha vida e, como sempre mostrando apoio.

À Tatiane Araújo de Castro Machado e Tainá Lenz de Brum por terem se tornado grandes amigas.

À Luana Barbosa Martins e Armando Resende Neto pela amizade.

À Vânia Naomi Hirakata pelo auxílio na análise estatística.

Aos alunos da graduação Laura Bessestil, Paula Marafon, Bruna Santos, Bruna Pires, Graziela Rigo, Daniele Mossmann, Márcia Nunes, Renatha Roman, Janine, Fernanda Bittencourt, Matheus, Emily, Simony Bergmann e Bruna Neves por toda a dedicação prestada nas entrevistas.

À todos que de alguma forma contribuíram para a realização deste trabalho.

Ao CNPQ, pela bolsa de mestrado.

“Não sei o que possa parecer aos olhos do mundo, mas aos meus pareço apenas ter sido como um menino brincando à beira-mar, divertindo-me com o fato de encontrar de vez em quando um seixo mais liso ou uma concha mais bonita que o normal, enquanto o grande oceano da verdade permanece completamente por descobrir à minha frente”.

Isaac Newton

RESUMO

A Organização Mundial de Saúde define o termo adesão como “o grau em que a conduta de um paciente, em relação à sua tomada de medicamentos, seguimento de uma dieta ou modificações nos seus hábitos de vida, correspondem com as recomendações acordadas com os profissionais de saúde”. As estimativas de adesão em doenças crônicas variam de 17% a 80% e a não-adesão pode levar ao aumento de morbidade, mortalidade e custos em saúde. A falta de adesão frente a tratamentos crônicos, com as suas implicações negativas clínicas e econômicas, é considerada um tema prioritário de saúde pública. Diversos estudos tem focado em intervenções para melhorar a adesão a medicamentos em doenças crônicas, porém os métodos atuais são muitas vezes complexos e pouco eficazes, de modo que os benefícios aos tratamentos não sejam realizados. A habilidade de pacientes seguirem o tratamento de maneira correta freqüentemente se vê comprometida por mais de uma barreira, geralmente relacionada a diferentes aspectos do problema, incluindo fatores econômicos e sociais, sistema de saúde, características da doença, fatores relacionados ao regime terapêutico além de fatores relacionados ao próprio paciente. Os métodos disponíveis para mensurar a adesão são classificados em métodos diretos e indiretos, e, nenhum é considerado “padrão ouro”. Além disso, ao medir o comportamento de adesão, não se revela o motivo da não-adesão. Baseado nisto, se propôs a realização deste estudo, objetivando-se identificar tanto os fatores relacionados à não-adesão, segundo a visão de pacientes ambulatoriais, assim como as principais barreiras para a não-adesão às recomendações dos profissionais da saúde através de elaboração de um questionário semi-estruturado. Foram incluídos no estudo pacientes portadores de doenças crônicas, com no mínimo 18 anos de idade. A amostra é constituída por usuários de medicamentos, estando próximos da terceira idade (58,7 anos), portadores de morbidades crônicas e em tratamento com polifarmácia (54%). Foram

entrevistados 405 pacientes nas áreas de acesso ao ambulatórios no Hospital de Clínicas de Porto Alegre. As perguntas referentes às questões 5 a, 6, 7 a e 8, foram as que permitiram, conforme as respostas dos pacientes, a divisão entre 2 grupos: aqueles que relataram alguma dificuldade, ou queixa em relação a medicamentos ou ainda, maior facilidade de esquecimento no momento de administrar seus medicamentos e aqueles que não relataram nenhum desses fatores. A questão 5, que se refere ao tipo de medicamento que os pacientes mais esquecem de tomar ou acham mais fácil esquecê-lo de tomar, apresentou as variáveis depressão, enxaqueca, osteoartrite e dor abdominal com significância estatística. Na questão 6, que se refere às dificuldades que as pessoas possam ter para seguir um tratamento, não houve significância estatística para as variáveis osteoartrite e idade e, somente estas variáveis apresentaram significância na questão 7, que se refere aos motivos que levam os pacientes a esquecer de tomar um medicamento. As questões 8 e 35, que se referem ao fator que causa incômodo ao usuário e existência de forma farmacêutica apontada no mostruário com alguma dificuldade de adesão, respectivamente, apresentaram as variáveis dor abdominal, na primeira, e idade (+ jovens), na segunda questão com significância estatística ($p < 0,05$). As intervenções dirigidas à adesão terapêutica devem adaptar-se às exigências particulares relacionadas com a enfermidade do paciente.

Palavras-chave: adesão, adesão ao tratamento, Perspectiva do usuário SUS

ABSTRACT

According to the World Health Organization, the term adherence is characterized as “the extent to which a person’s behavior – taking medication, following a diet, and/or executing lifestyle changes, corresponds with agreed recommendations from a health care provider”. Estimates of adherence in chronic diseases range from 17% to 80% and non adherence can lead to increased morbidity, mortality and health cost. The lack of adherence to chronic disease with its negative implications for clinical and economic, is considered a priority for public health. Several studies have focused on interventions to improve adherence to medication in chronic diseases, but current methods are often complex and inefficient, so the benefits of the treatments are not made. The ability of patients to follow the treatment properly often is compromised for over a barrier, usually related to different aspects of the problem, including economic and social factors, health care, disease characteristics, factors related to the therapeutic regimen as well as factors related to the patient. The available methods to measure adherence are classified into direct and indirect methods, and none are considered “gold standard”. Furthermore, by measuring the adherence behavior, doesn’t reveal the reason for non-adherence. Based on this, we proposed this study, aiming to identify both the factors related to non-adherence to the vision of outpatients, as well as the major barriers of non-adherence to the recommendations of health professionals through development of a semi-structured questionnaire. The study included patients with chronic diseases, with at least 18 years of age. The samples consists of drug users, with the third coming of age (58,7%) with chronic morbidity and treated with polypharmacy (54%). We interviewed 405 patients in the areas of access to outpatient clinics at the Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Questions concerning matters within the 5, 6, 7 and 8, were they allowed, as patient’s responses, the division between two groups: those who reported some difficulty, or complaint in relation to drugs or even more easily forgotten at the time of administering their medications and

those who reported no such factors. In question 5, the statistically significant variables were depression, migraine, osteoarthritis and abdominal pain. In question 6, no significance statistics for the variables age and osteoarthritis, and only these variables had significance in question 7. The question 5, which refers to the type of medicine that most patients forget to take or find it easier to forget to take it, presented the variables depression, migraine, abdominal pain and osteoarthritis with statistical significance. In question 6, which refers to the difficulties that people may have to follow a treatment, there was statistical significance variables for osteoarthritis and age, these variables were significant only in question 7, which refers to the reasons that lead patients to forget to take a medicine.

Questions 8 and 35, which refers to the factor that causes discomfort to the user and the existence of the dosage form indicated in the showcase, with some difficulty of adherence, respectively, had the variables abdominal pain, at first, and age (youngsters), the second concerned with statistical significance ($p < 0,05$). Interventions aimed at treatment adherence must be tailored to the particular requirements related to the illness of the patient.

Keywords: patient compliance, adherence to treatment, SUS patient view

LISTA DE TABELAS

TABELA I	Características da população em estudo.....	55
TABELA II	Fatores relatados por pacientes como dificultadores de sua adesão.....	57
TABELA III	Razões atribuídas pelos pacientes para esquecimento do uso de medicamentos.....	58
TABELA IV	Dificuldade de seguir o tratamento relatada pelos pacientes.....	59
TABELA V	Fatores relatados por pacientes como dificultadores da adesão de outras pessoas.....	60
TABELA VI	Considerações, atitudes e motivos relacionados à não-adesão ao tratamento relatada pelos pacientes referentes ao seu tratamento.....	63
TABELA VII	Queixas listadas em relação a medicamentos e formas farmacêuticas quando apresentados aos usuários de medicamentos.....	65
TABELA VIII	Medicamentos considerados mais importantes pelos pacientes.....	67
TABELA IX	Medicamentos considerados de menor importância pelos pacientes.....	68
TABELA X	Variáveis básicas estatisticamente significativas entre grupos de usuários de medicamentos que afirmavam ter algum problema para não-adesão e nenhum problema.....	69

SUMÁRIO

1.	INTRODUÇÃO	19
2.	OBJETIVOS.....	23
3.	REVISÃO DA LITERATURA	25
3.1	Adesão ao Tratamento	25
3.1.1.	Definição.....	25
3.1.2.	Fatores de Risco	29
3.1.3.	Métodos de Mensuração	35
3.1.3.1	Métodos Indiretos	35
3.1.3.1.1	Contagem de Comprimidos	36
3.1.3.1.2	Monitorização eletrônica de administração	37
3.1.3.1.3	Medida de Refil	38
3.1.3.1.4	Auto-relato	39
3.1.3.1.5	Relato do prescritor	39
3.1.3.2	Métodos Diretos	40
3.1.3.1.1	Níveis plasmáticos.....	40
3.2	Intervenções visando melhorar a Adesão ao Tratamento.....	41
4.	JUSTIFICATIVA.....	47
5.	MÉTODO.....	49
5.1	Delineamento.....	49
5.2	Desenvolvimento do Questionário.....	49
5.3	Aplicação do Questionário.....	50
6.	RESULTADOS.....	53
6.1	Desenvolvimento do Questionário.....	53
6.2	Aplicação do Questionário.....	54
6.2.1	Perfil da População.....	54
7.	DISCUSSÃO.....	71
7.1.	Perfil da População.....	71
7.2.	O paciente como fator de não-adesão.....	72
7.3.	Medicamento e tratamento farmacológico.....	77
7.4.	O profissional de saúde.....	79
7.5.	A condição de doença.....	80
7.6.	O sistema de saúde e políticas de governo.....	81
7.7.	A farmácia.....	83
7.8.	Os perfis de não-aderentes.....	84
8.	CONCLUSÕES.....	87
	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	89
	ANEXOS.....	95
	ANEXO I: Aprovação do Comitê de Ética	97
	ANEXO II: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	99
	ANEXO III: Questionário.....	101
	ANEXO IV: Normas de Preenchimento do questionário.....	107
	ANEXO V: Mostruário de Medicamentos.....	109

1. INTRODUÇÃO:

A expectativa de vida da população, em nível mundial é crescente. No Brasil, segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, a esperança de vida ao nascer aumentou, em média, cinco anos e meio, para ambos os sexos, no período de 1991 a 2007 (IBGE, 2007). Além disso, a prevalência de obesidade tem crescido rapidamente e representa um dos principais desafios de saúde pública neste início de século. Suas complicações incluem o diabetes mellitus tipo 2, a hipercolesterolemia, a hipertensão arterial, doenças cardiovasculares, apnéia do sono, problemas psico-sociais, doenças ortopédicas e diversos tipos de câncer (ABESO, 2010). Alia-se a isso um sedentarismo crescente, com a prática de atividades físicas cada vez mais dificultadas, principalmente nas grandes cidades (ABESO, 2010). Além disso, os idosos representam 6,4% da população mundial e seu número cresce a uma razão de 800.000 indivíduos todos os meses. Em muitos países em desenvolvimento, tem sido convertido no setor de crescimento mais rápido da população (SABATÉ, 2003). Diante disso, Sabaté, em 2003 coloca que esta transição demográfica tem conduzido a uma maior prevalência de enfermidades crônicas, que são particularmente comuns nos idosos. Estas são: Alzheimer, Parkinson, depressão, diabetes, insuficiência cardíaca congestiva, coronariopatia, glaucoma, artrose, osteoporose, entre outras.

Dessa forma, é comum um aumento na prevalência das doenças crônicas assim como suas combinações: 65% das pessoas com mais de 65 anos de idade tem duas ou mais doenças crônicas como diabetes, asma, insuficiência cardíaca e renal (WILLIAMS *et al.*, 2008). Nos Estados Unidos, cerca de 133 milhões de pessoas, vivem com pelo menos uma doença crônica (ROEBUCK *et al.*, 2011). As doenças crônicas são as maiores causas de morte e de incapacitação do mundo e a suas prevalências tem aumentado independentemente da região geográfica ou nível sócio-econômico (SABATÉ, 2003).

A presença de múltiplas condições crônicas aumenta a carga da doença e influencia negativamente o estado de saúde além da soma dos efeitos de cada condição isolada

(WILLIAMS *et al.*, 2008). As estimativas de adesão em doenças crônicas variam de 17% a 80% e a não-adesão pode levar ao aumento de morbidade, mortalidade e custos em saúde. As conseqüências da não-adesão podem ser graves para a saúde dos pacientes, pois podem ocorrer complicações ou progressão da doença, e muitas vezes necessitam de atendimentos de emergência em hospitais (ROEBUCK *et al.*, 2011). A adesão deficiente reduz a eficácia das intervenções em saúde, e estima-se que apenas 50% dos pacientes com doenças crônicas aderem ao tratamento (O'CARROL *et al.*, 2010 & ROEBUCK *et al.*, 2011).

Um componente chave no manejo das doenças crônicas é a prescrição de medicamentos. (WILLIAMS *et al.*, 2008 & ROEBUCK *et al.*, 2011). A não-adesão ao tratamento prescrito tem sido identificado como um importante fator de contribuição para a falta de controle nos níveis de pressão arterial e colesterol, que são fatores de risco para as doenças cardiovasculares e afetam 33% e 45% da população adulta nos Estados Unidos, respectivamente (AGGARWAL *et al.*, 2010). A adesão é presumivelmente importante para a saúde da população, desde a perspectiva de qualidade de vida e dos custos em saúde (SABATÉ, 2003).

A adesão aos medicamentos prescritos anti-hipertensivos e hipolipemiantes é subótima, com taxas de 50% ou menores, e estes medicamentos são muitas vezes interrompidos pelos pacientes logo após o início do tratamento (AGGARWAL *et al.*, 2010 & SABATÉ, 2003). A efetividade dos medicamentos e os benefícios a longo prazo dependem da adesão ao tratamento (SABATÉ, 2003 & O'CARROL *et al.*, 2010).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) considera a falta de adesão frente a tratamentos crônicos, com as suas implicações negativas clínicas e econômicas, um tema prioritário de saúde pública (SABATÉ, 2003 & O'CARROL *et al.*, 2010).

Atualmente, a não adesão ao tratamento farmacológico é considerada a causa de fracasso de muitos tratamentos, o que contribui para que não sejam atingidos os resultados clínicos desejados (DILLA, 2009).

O grau de adesão é tipicamente mais elevado em pacientes em condições agudas, quando comparados com condições crônicas; a persistência em manter um tratamento é baixa entre os pacientes com desordens crônicas, diminuindo drasticamente após os primeiros seis meses de terapia (CRAMER, 2003; HAYNES, 2002).

Uma revisão recente da Cochrane sobre intervenções para melhorar a adesão aos medicamentos em doenças crônicas, concluiu que os métodos atuais são muitas vezes complexos e pouco eficazes, de modo que os benefícios aos tratamentos não possam ser realizados (O'CARROL *et al.*, 2010).

Diante dessa perspectiva, os profissionais devem avaliar a compreensão da doença e seu tratamento, comunicar os benefícios do tratamento, e discutir as barreiras e obstáculos que os pacientes possam ter para aderir ao tratamento.

Portanto, o paciente necessita ser esclarecido e auxiliado quanto à suas próprias decisões para, dentro do possível, manter a adesão ao tratamento. Muitas vezes, as informações em saúde são prestadas verbalmente e se fazem acompanhar de prescrição muitas vezes ininteligível ou ilegível. Além disso, muitos pacientes não possuem habilidades para entender o que lhes foi indicado ou para executar um dado procedimento. O letramento insuficiente muitas vezes não é assumido, e, por vergonha, o paciente não solicita ajuda. Outro aspecto relevante é que, devido ao modo de vida atual, muitos indivíduos não conseguem incorporar o tratamento adequadamente ao seu dia-a-dia. Como exemplo, cita-se o número de comprimidos ou intervalos entre administrações que são esquecidos. Alguns pacientes podem ainda apresentar problemas cognitivos ou emocionais que comprometem a percepção sobre a natureza e a gravidade de sua doença, podendo chegar a negá-la e estendendo a falta de entendimento à não necessidade de tratá-la. Ainda, preocupações e medos podem contribuir para a não-adesão, tais como estigma social associado a uso de medicamentos, efeitos indesejáveis, dependência de medicamentos, receio de uso de agulhas ou mesmo falta de confiança na habilidade de administrar-se determinada forma farmacêutica. Fator limitante é o senso comum de que a regressão ou melhora

de sintomas tornam desnecessária a persistência do tratamento. Maior ainda é a barreira para uso de medicamentos com propósitos preventivos ou para tratar doenças assintomáticas. Na atualidade, a mídia tem exercido influência a respeito do risco associado a uso de medicamentos ou anunciado a existência de tratamentos miraculosos, a serem utilizados em substituição ao que foi prescrito. A forma com que o profissional apresenta o tratamento ao paciente e da visão deste sobre o mesmo, pode acarretar em falta de motivação e incentivo para a adesão a esse tratamento. A decisão pode advir de influências de mídia, familiares e amigos.

Não raro, os profissionais tendem a superestimar o grau de habilidade de seus pacientes em seguir regimes terapêuticos e o nível em que a adesão ocorre. Também tendem a achar que a responsabilidade de adesão a determinado tratamento é do paciente. Essa postura contribui fortemente para o processo de não-adesão e está relacionada à falta de conhecimento e consciência dos profissionais sobre os princípios básicos do manejo da adesão ao tratamento (NICE, 2009).

2. OBJETIVOS:

O presente estudo visa identificar os fatores relacionados a não-adesão ao tratamento segundo a visão de pacientes ambulatoriais, como também verificar potenciais barreiras que contribuem para a não-adesão às recomendações dos profissionais da saúde. A partir desses dados verificar se existe diferenciação de perfil entre aqueles que identificaram barreiras a adesão ao tratamento e os que afirmaram não ter problemas.

3. REVISÃO DA LITERATURA

3.1 Adesão ao Tratamento

3.1.1. Definição

Adesão ao tratamento assume importância crucial diante da perspectiva de uma vida longa e com qualidade. Apesar das evidências demonstrarem o contrário, ainda há uma tendência em centrar nos fatores relacionados com o paciente as causas do problema de não-adesão (SABATÉ, 2003).

Diversos termos têm sido descritos para designar a ação de uma determinada conduta relativa a não realização do preconizado por profissionais da saúde. A palavra “*compliance*” originou-se do latim *complire* e se assemelha ao verbo cumprir em português. De acordo com o dicionário Oxford, o termo *compliance* é definido como sendo a prática de obedecer a regras ou a pedidos feitos por uma pessoa. Horne, em 2005, definiu o termo *compliance* como “a medida em que o comportamento do paciente corresponde às recomendações do prescritor” (HORNE, 2005 & Robin, 2010). Portanto, o termo implica em subserviência por parte do paciente, dando forma ao comportamento que constitui em culpar o paciente pelo descumprimento do preconizado (HAYNES, 2001 & Robin, 2010). Ou seja, o termo revela uma atitude paternalista em relação ao paciente e não condiz com a conduta atual, que estimula o empoderamento dos pacientes (ARONSON, 2007). Por esta razão, a idéia do termo “*concordance*” foi introduzida, e requer que haja um consenso entre o clínico e o paciente quanto à terapêutica (ARONSON, 2007 & KAUFMANN *et al.*, 2010). Porém, há dúvidas se esta conduta realmente traria benefícios ao paciente, pois alguns pontos precisam ser melhor definidos, como o quanto o mesmo pode decidir sobre a conduta médica, assim como o peso de sua opinião sobre a mesma. Além disso, o termo implica que os pacientes devem ter mais responsabilidade sobre a sua gestão, apesar de nem todos estarem dispostos a realizar.

Embora os termos *compliance* e *concordance* sejam comumente utilizados, deve-se ter cuidado ao utilizá-los como sinônimos, pois *concordance* não se refere ao comportamento do paciente quanto à tomada de medicamentos, mas à natureza da interação entre o clínico e paciente (BELL, 2007 & KAUFMANN *et al.*, 2010).

Então, surge o termo “*adherence*”, que vem sendo cada vez mais utilizado. A palavra origina-se do latim *adhaerere*, que significa aderir a, manter próximo ou permanecer constante. Segundo o dicionário Oxford, *adherence* pode ser definida como persistir em uma prática ou doutrina; observação constante ou manutenção da mesma.

Horne define o termo “*adherence*” como “à medida em que o comportamento do paciente corresponde ao acordado com as recomendações do prescritor” (HORN, 2005 & KAUFMANN *et al.*, 2010). Ou seja, evoca a tenacidade que os pacientes precisam para seguir um regime terapêutico (ARONSON, 2007 & KAUFMANN *et al.*, 2010). Dada a complexidade do termo *adherence*, Marie *et al.* propôs uma variação do termo, denominada “*pharmacoadherence*”. O termo se limita ao comportamento do paciente em relação à tomada de medicamentos, estreitando o foco consideravelmente para a prática do paciente tomar o medicamento prescrito (MARIE, 2008). Nesse contexto, talvez o melhor termo seria “*acceptance*”, porém ainda não é muito utilizado (HAYNES, 2001).

Todos os termos apresentam limitações quanto ao comportamento dos pacientes em relação à tomada de medicamentos. Ao aplicar essas condições aos pacientes que não tomam seus medicamentos nos horários desejados pode resultar na estigmatização desses em suas futuras relações com os prestadores dos cuidados de saúde (OSTERBERG e BLASCHKE, 2005).

A OMS definiu o termo adesão como sendo: “o grau em que a conduta de um paciente, em relação à sua tomada de medicamentos, o seguimento de uma dieta ou modificações nos seus hábitos de vida, correspondem com as recomendações acordadas com os profissionais de saúde”, ficando claro que a relação entre o paciente e o profissional de saúde deve ser uma associação que recorra às capacidades de cada um (SABATÉ, 2003 & CHAMORRO *et al.*, 2010).

A literatura também descreve seis níveis de adesão: adesão total, adesão inicial, não-adesão parcial, não-adesão repetida, não-adesão esporádica e não-adesão total. A adesão completa é definida quando o paciente toma 100% das doses prescritas. A adesão inicial corresponde àquela em que o paciente se engaja na primeira etapa de apresentar a receita médica à farmácia, mas não consegue adquiri-lo ou não consegue tomar o medicamento. A não-adesão parcial envolve um paciente que toma o medicamento abaixo ou acima do número determinado de doses. Especificamente, essa forma de não-adesão parcial pode assumir a forma de não-adesão repetida ou não-adesão esporádica. A não-adesão repetida envolve o paciente que tomou mais de 20% acima ou abaixo do número determinado de doses. A não-adesão esporádica fica entre 1% a 19% acima ou abaixo das doses prescritas. A não-adesão total ocorre quando o paciente ignora completamente todas as etapas do seu tratamento, ou seja, esse paciente nem sequer apresenta a receita médica à farmácia (RICKLES, 2010).

Independente de qual termo é o mais adequado, sabe-se que o benefício completo de muitos medicamentos disponíveis, só será alcançado se os pacientes seguirem o tratamento de forma razoavelmente próxima àquela que foi prescrita (OSTERBERG e BLASCHKE, 2005).

Normalmente, as taxas de adesão são apresentadas como a percentagem das doses prescritas de um medicamento tomados pelo paciente durante um determinado período. Alguns pesquisadores aperfeiçoaram a definição de adesão incluindo dados sobre a tomada do medicamento (contendo número de comprimidos tomados ao dia) assim como o horário das doses. As taxas de adesão são normalmente mais elevadas entre os pacientes em condições agudas, quando comparados com aqueles com condições crônicas. A persistência entre os pacientes com condições crônicas é extremamente reduzida, caindo de forma significativa após os primeiros seis meses de terapia. Por exemplo, metade dos pacientes que recebem a terapia com o inibidor da hidroximetilglutaril coenzima A redutase descontinuam o tratamento dentro dos primeiros seis meses de terapia (OSTERBERG e BLASCHKE, 2005 & ALLEN *et al.*, 2009). A adesão e persistência do tratamento devem ser medidas e definidas separadamente, pois

a persistência refere-se ao ato de continuar o tratamento durante o período prescrito (CRAMER *et al.* 2008 & ALLEN *et al.*, 2009).

Dentro desse contexto, as conseqüências da falta de adesão aos tratamentos de longo prazo, resultam em baixos resultados de saúde e maiores custos sanitários (SABATÉ, 2003 & SALAS *et al.*, 2009).

Existem muitas causas para a não-adesão, porém elas podem ser divididas em intencional e não-intencional. O abandono não-intencional ocorre quando o paciente quer seguir o tratamento acordado, mas é impedido por barreiras que estão além do seu controle. Como exemplos, podem ser citados a compreensão das instruções, as dificuldades na administração do medicamento, incapacidade de pagar pelo tratamento, ou simplesmente, esquecer de tomá-lo. O abandono intencional ocorre quando a pessoa decide não seguir as recomendações relacionadas ao tratamento (NICE, 2009).

Alguns autores levantam a carência de estudos acerca da distinção entre não-adesão intencional e não-intencional, que seria uma das razões para a não-definição de um ponto de corte (LEHANI & McCARTHY, 2007 & PHOENIX, 2009). A não-adesão intencional e não-intencional são entidades separadas e ocorrem por diversas razões. Estudos realizados em diferentes condições de saúde, mostraram que as preocupações sobre os efeitos colaterais, o estigma associado aos medicamentos e a não percepção da necessidade dos medicamentos foram associados ao abandono intencional. Os prejuízos cognitivos, o acesso aos medicamentos e as interrupções nos padrões de medicamentos prescritos foram associados a não-adesão não-intencional (PHOENIX, 2009).

O estudo de Atkins e Fallowfield em pacientes com câncer de mama concluiu que havia uma maior possibilidade dos pacientes relatarem o esquecimento de tomar os comprimidos do que admitir que não escolheram tomá-los (UNNI *et al.*, 2010). Além disso, um estudo piloto realizado pelos autores e outro realizado por Foley e Hansen também demonstraram a relação entre a crença nos medicamentos e o esquecimento de tomar os medicamentos (UNNI *et al.*,

2010). Esquecimento e descaso em tomar os medicamentos são usualmente considerados como não-adesão não-intencional, sem qualquer referência à crença do paciente em relação aos medicamentos. Nos resultados deste estudo, as intervenções utilizadas com lembrete de telefone ou alarmes não tiveram impacto, pois as crenças estavam contribuindo para a não-adesão. Neste estudo, foi observado que os pacientes não aderentes não-intencionais tinham crenças mais fortes que sua saúde podia ser melhorada por profissionais de saúde (UNNI *et al.*, 2010).

Em pacientes com idade avançada, com mais de 65 anos de idade, a não-adesão é principalmente intencional (63%) sendo 37% não-intencional (DOGGRELL, 2010).

3.1.2. Fatores de Risco

A falta de adesão ao tratamento com medicamentos em enfermidades crônicas é um problema mundial. Nos países desenvolvidos, a taxa de adesão é em torno de 50%; nos países em desenvolvimento essas taxas são ainda menores, dada a escassez de recursos sanitários e a iniquidade no acesso à atenção à saúde. Por exemplo, China, Zâmbia e Ilha Seichelles, somente 43%, 27% e 26% respectivamente, dos pacientes com hipertensão arterial aderem ao regime com medicamentos antihipertensivos. Nos EUA, somente 51% dos tratados para hipertensão, aderem ao tratamento prescrito (SABATÉ, 2003 & DILLA, 2009). Na Austrália, somente 43% dos pacientes com asma utilizam medicamentos segundo a prescrição por todo o tempo e somente 28% fazem uso da prescrição preventiva (SABATÉ, 2003).

Em pacientes com idade avançada, a não-adesão ao tratamento crônico é um problema particularmente sério, pois este grupo apresenta uma carga maior de sintomas e doenças (DOGGRELL, 2010). Nesse grupo as taxas de não-adesão variam entre 40% e 75% (DOGGRELL,2010).

A falta de adesão aos tratamentos de longo prazo compromete gravemente a efetividade do tratamento, de maneira que é um tema fundamental para a saúde da população desde a

perspectiva de qualidade de vida e da economia da saúde (SABATÉ, 2003). A não-adesão tem um impacto significativo sobre o custo-efetividade de produtos farmacêuticos. Em diabetes, a não-adesão aos hipoglicemiantes orais pode explicar em parte, porque apenas 43% dos pacientes com diabetes mellitus apresentam níveis de hemoglobina glicosilada abaixo de 7%, recomendado pela Associação Americana de Diabetes (SALAS *et al.*, 2009). A associação entre adesão/não-adesão e os custos em saúde são limitados e de baixa qualidade. Há importantes diferenças metodológicas entre estudos sobre os custos de adesão/não-adesão em pacientes com diabetes, tornando difícil comparações robustas, e essas diferenças podem explicar a inconsistência nas associações encontradas entre a adesão aos medicamentos e os custos (SALAS *et al.*, 2009).

Muitos estudos relatam grande variação na porcentagem de pacientes não-aderentes, ficando entre 13% e 64% para medicamentos antidiabéticos orais e 19% a 46% para os pacientes que utilizam insulina (SALAS *et al.*, 2009).

Aumentar a efetividade das intervenções sobre a adesão ao tratamento pode ter uma repercussão muito maior sobre a saúde da população do que qualquer melhoria em tratamentos específicos (SABATÉ, 2003). As intervenções por equipes multiprofissionais também podem aumentar o grau de adesão a tratamentos e o grau de controle de doenças crônicas. Novamente, a hipertensão arterial é um bom exemplo. Ensaio clínico conduzido em Porto Alegre, demonstrou que essa abordagem aumentou o grau de controle de pressão arterial de pacientes com hipertensão arterial (CASTRO, 2006 & KAUFMANN *et al.*, 2010). Porém, os estudos nesta área são prejudicados pela disparidade dos métodos utilizados para medir a adesão ao tratamento.

A habilidade de pacientes seguirem o tratamento de maneira correta freqüentemente se vê comprometida por mais de uma barreira, geralmente relacionada a diferentes aspectos do problema, incluindo fatores econômicos e sociais, sistema de saúde, características da doença, fatores relacionados ao regime terapêutico além de fatores relacionados ao próprio paciente (SABATÉ, 2003).

O relacionamento de confiança entre o paciente e o profissional de saúde constitui-se também como um interferente na adesão ao tratamento (KRUEGER *et al.*, 2005 & NICE, 2009). A crença comum de que o paciente é o único responsável pela tomada de seus medicamentos é errônea e reflete uma falta de entendimento sobre como os outros fatores afetam o comportamento e a capacidade do paciente aderir ao tratamento (SABATÉ, 2003).

Uma segunda abordagem analisa as possíveis ligações entre a falta de conhecimento e uma compreensão deficitária como explicações para a baixa adesão. No entanto, as evidências atuais para tais associações são limitadas. Um certo nível de conhecimento é essencial, mas os profissionais de saúde não devem presumir que tudo o que for necessário para a não-adesão é prover mais informações (KAUFMANN *et al.*, 2010). Outro ponto a ser levantado seria como o comportamento varia entre os indivíduos com relação à adesão ao tratamento. Ou seja, tentar entender se o paciente está motivado para fazer o tratamento, ou se ele é capaz de seguir um regime de tratamento (KAUFMANN *et al.*, 2010).

Dowell *et al.* cita uma série de razões pelas quais os pacientes não aderem aos tratamentos. Pacientes com percepções errôneas sobre a natureza da sua doença ou que não compreendem o prognóstico e o tratamento são suscetíveis de gerirem seus medicamentos de forma inadequada. Por exemplo, um paciente com hipertensão, que acredita que o tratamento anti-hipertensivo vai curar a doença pode ter dificuldade para entender a necessidade de tomar os medicamentos ao longo de sua vida. No mesmo estudo, Kaufman *et al.* menciona que, aqueles pacientes que tem maior dificuldade de se ajustar à doença e que tendem a ignorar o problema podem ter dificuldades de aceitar a necessidade do tratamento e, conseqüentemente, ter uma adesão adequada (KAUFMANN *et al.*, 2010).

Segundo Sabaté (2003) a adesão é um fenômeno multidimensional, sendo determinada por um conjunto de cinco dimensões denominadas de fatores (figura 1).

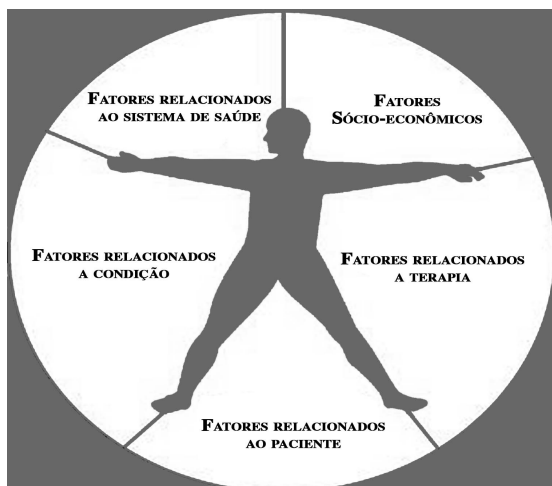


Figura 1: Fatores que afetam a adesão (Adaptado por Sabaté,2003)

A. Fatores sociais e econômicos

Ainda que os níveis socioeconômicos não tenham sido relacionados como um preditor independente de adesão, nos países em desenvolvimento, eles podem colocar o paciente numa posição de ter que decidir entre prioridades, frequentemente tendo que optar por satisfazer as necessidades de outros membros da família do que adquirir medicamentos. Dentre os aspectos que podem afetar consideravelmente a adesão, estão: o desemprego, a pobreza, o analfabetismo, o baixo nível educacional, o baixo status socioeconômico, a falta de apoio social, as condições de vida instáveis, a longa distância dos centros de saúde, o custo elevado de transporte, assim como custos elevados com os medicamentos, as mudanças ambientais, a cultura e crenças populares com relação à doença e tratamento e também problemas familiares.

A etnia também tem sido relatada como um fator preditivo de adesão, independente se os membros da raça vivem em seu país de origem ou em outro país como imigrantes. Frequentemente as crenças culturais são a razão subjacente destas diferenças raciais, mas, não com menos frequência, as desigualdades sociais confundem estes resultados.

B) Fatores relacionados com a equipe e ao sistema de saúde:

Ainda há poucas evidências sobre como estes fatores afetam na adesão. Ainda que uma boa relação entre o profissional de saúde e o paciente possa melhorar a adesão terapêutica, são

muitos os fatores que podem exercer um efeito negativo sobre a mesma, tais como: serviços de saúde pouco desenvolvidos, sistemas de distribuição de medicamentos deficientes, falta de conhecimento e treinamento dos profissionais no controle de enfermidades crônicas, sobrecarga de trabalho, falta de incentivos ou de monitoramento sobre a equipe, tempo de consulta curto, baixa capacidade para educar os pacientes e proporcionar a sua continuidade, incapacidade de estabelecer o apoio à comunidade assim como o autocuidado, falta de conhecimento sobre a adesão e estratégias efetivas de melhoria. A habilidade de consulta de um profissional individual também é passível de ser importante, independentemente da duração da relação profissional-paciente. Nesse caso, o nível de confiança entre médico e paciente pode ser um fator chave nesta relação (NICE, 2009). Portanto, o estilo de consulta deve ser adaptado para pacientes individuais para permitir a comunicação plena.

A preocupação manifestada pelos profissionais sobre as decisões de partilhar com os pacientes pode gerar um conflito com o seu dever de assistência aos pacientes ou suas obrigações legais ou éticas. Enquanto o General Medical Council do Reino Unido (2001) coloca que um dos direitos fundamentais de um médico é “respeitar os direitos dos pacientes e participar plenamente nas decisões sobre seus cuidados”; para muitos médicos, há uma área de preocupação legítima ou fato de conflito entre o respeito à autonomia do paciente e o dever da beneficência, quando um médico se sente desconfortável com desejos do paciente. Ou seja, há necessidade de maximizar as oportunidades e habilidades dos pacientes para tomarem suas próprias decisões, e o profissional, respeitar essas decisões, mesmo que não haja concordância entre eles (NICE, 2009).

Sabaté relata as cinco principais barreiras vinculadas ao sistema de saúde e equipe:

- falta de conscientização e conhecimento sobre adesão;
- falta de ferramentas clínicas que auxiliem os profissionais na avaliação e intervenção de problemas relacionados à adesão;

- falta de ferramentas comportamentais que auxiliem os pacientes no desenvolvimento de comportamentos adaptativos ou modificar aqueles errados
- falhas na provisão do cuidado às doenças crônicas
- comunicação deficiente na comunicação entre pacientes e profissionais de saúde

C) Fatores relacionados à condição do paciente:

Estes fatores constituem exigências particulares relacionadas à enfermidade do paciente. Alguns fatores que afetam consideravelmente a adesão, estão relacionados à gravidade dos sintomas, o grau de incapacidade (física, psicológica e social), taxa de progressão e gravidade da doença, bem como a disponibilidade de tratamento efetivo.

D) Fatores relacionados ao tratamento:

São muitos os fatores relacionados, nesta dimensão, que podem ter influência sobre a adesão. Os mais importantes, são aqueles relacionados à complexidade do regime medicamentoso, a duração do tratamento, as falhas terapêuticas anteriores, mudanças frequentes no tratamento, a imediatividade quanto aos efeitos benéficos, os efeitos adversos e a disponibilidade por parte da equipe de saúde para continuidade do tratamento.

E) Fatores relacionados ao paciente:

Estes fatores são representados pelos recursos, conhecimentos, atitudes, crenças, percepções e perspectivas do paciente. O conhecimento e as crenças do paciente, a sua motivação para tratá-la, a confiança e auto-eficácia na sua capacidade de envolvimento para manejar a doença, e a expectativa com relação ao resultado do tratamento e as conseqüências de uma adesão insuficiente, interagem de maneira ainda não bem entendidas sobre como influenciam na adesão ao tratamento. Alguns dos fatores relacionados ao paciente que podem exercer influência sobre a adesão são: o esquecimento, o stress psicossocial, os possíveis efeitos adversos, a baixa motivação, o conhecimento e a habilidade para manejar os sintomas

relacionados à doença ao tratamento, a falta de percepção quanto à necessidade do tratamento, a não percepção do efeito do tratamento, as crenças negativas com relação à efetividade do tratamento, o baixo entendimento e a pouca aceitabilidade da doença e também ao seu monitoramento, falta de crença no diagnóstico, falta de percepção dos riscos relacionados à doença, a frustração com os profissionais de saúde que o atendem (Sabaté,2003).

3.1.3. Métodos de Mensuração

A adesão constitui-se como um comportamento observável. Pode-se observar um paciente continuamente e por um tempo determinado quanto o número e tipo de comprimidos a serem tomados e comparar com o tratamento prescrito (SAJATOVIC, 2010). Além disso, ao medir o comportamento de adesão não se revela o motivo da não-adesão. Por isso, a avaliação precisa do comportamento da adesão é fundamental para a investigação do tema.

Existem vários métodos e técnicas para avaliar a adesão ao tratamento em doenças crônicas, alguns com recursos tecnológicos bastante avançados, porém nenhum com acurácia perfeita (CARVALHO, 2003 & SAJATOVIC,2010).

Os métodos disponíveis para mensurar a adesão são classificados em métodos diretos e indiretos (OSTERBERG, 2005 & SAJATOVIC, 2010). Mesmo os métodos de tecnologia assistida, como o a Monitorização Eletrônica de Administração – medication event management systems (MEMS) são freqüentemente apresentados como padrão-ouro, porém eles somente acompanham a abertura e o fechamento dos frascos de medicamentos e não a ingestão do medicamento (SAJATOVIC, 2010).

3.1.3.1 Métodos Indiretos

Geralmente, são métodos de menor custo, porém, são sujeitos a um maior número de vieses. Incluem perguntar para o paciente sobre o quão fácil é para ele tomar o medicamento

prescrito, avaliar a resposta clínica, contagem de comprimidos, medidas de refil, questionários padronizados, monitoramento eletrônico, averiguação da taxa de dispensação da prescrição na farmácia (OSTERBERG, 2005).

Os questionários, como o *Drug Attitude Inventory* (DAI-10 e DAI-30) e o *Neuroleptic Dysphoria* (ND), que são específicos para esquizofrenia, normalmente apresentam problemas, por não levarem em conta as motivações dos pacientes para tomar ou rejeitar o medicamento. Já a escala *Rating of Medication Influences* (ROMI), elaborada por Weiden *et al.*, também específica para esquizofrenia, e o questionário específico para hipertensão arterial, *Maastricht Utrecht Adherence in Hypertension* (MUAH), apresentam como limitação o fato de serem excessivamente longos e requererem um bom nível sociocultural para suas compreensões (CHAMORRO, 2008). Cita-se, ainda, o *Diabetes Quality of Life Measure*, para avaliação da qualidade de vida em diabetes. O questionário contém 46 perguntas e foi criado para ser aplicado em um estudo clínico, multicêntrico, randomizado, com o objetivo de avaliar os efeitos do tratamento intensivo em pacientes com DM tipo I. No entanto, o questionário não é adequado para pacientes com DM tipo II, nem para idosos (CORRER *et al.*, 2007).

Os questionários gerais apresentam algumas vantagens em relação aos específicos, pois podem ser aplicados a diversas enfermidades e permitem que a adesão seja avaliada de uma forma mais ampla. Como exemplo, cita-se o questionário de Morisky-Green, validado e aplicado em diversas doenças e avalia a adesão com base no comportamento do paciente com relação ao seu tratamento (AGUILAR, 2009).

3.1.3.1.1 Contagem de Comprimidos

A adesão é acessada a partir da diferença entre a quantidade de comprimidos inicialmente dispensada ao paciente e a quantidade de comprimidos remanescentes na embalagem na data da contagem. O resultado dessa subtração fornece a quantidade de comprimidos utilizada naquele

período. Este valor é então dividido pela quantidade de comprimidos que teoricamente teria sido ingerida se o paciente nunca deixasse de tomar o medicamento conforme a prescrição médica. Após, o resultado é multiplicado por 100 e expresso em porcentagem de adesão (FARMER, 1999).

No entanto, a ausência de comprimidos não assegura que os mesmos tenham sido administrados (SAJATOVIC, 2010). Para amenizar este efeito, alguns autores realizaram estas contagens em visitas surpresas ao domicílio dos pacientes (SOLÁN *et al.*, 2007 & SAJATOVIC, 2010). Apesar dos possíveis vieses inerentes ao método, o mesmo continua sendo amplamente adotado, principalmente em ensaios clínicos, tendo em vista a sua simplicidade e o baixo custo.

3.1.3.1.2 Monitorização Eletrônica de Administração

Consiste em um microprocessador afixado na tampa de recipientes especiais para armazenar os medicamentos, com grande aceitabilidade por parte dos pacientes (Zeller *et al.*, 2008). Cada vez que a tampa é retirada, a data e hora são registradas (FARMER, 1999).

Wu e colaboradores (2008) buscaram estabelecer a relação entre a adesão ao tratamento e tempo para eventos clínicos ligados à Insuficiência Cardíaca, bem como morte e hospitalização. Para tal, se valeram de duas metodologias: auto-relato e MEMS. A porcentagem de doses prescritas tomadas e a porcentagem de dias em que as doses foram corretamente tomadas puderam prever os desfechos clínicos. O mesmo não foi verificado com a porcentagem de doses tomadas pontualmente, bem como com auto-relato da adesão. Pode-se perceber a superioridade do MEMS em reportar adequadamente a medida a que se propõem.

Através deste método, pode-se analisar não somente a quantidade de medicamentos ingerida, mas também se os horários da administração dos medicamentos estão sendo seguidos corretamente, apesar de o ato de abrir o recipiente não garantir a tomada dos medicamentos: o paciente pode acidentalmente, ou até mesmo propositadamente abrir o frasco sem, contudo usar o medicamento (FARMER, 1999).

Um novo sistema eletrônico dispensador de medicamentos foi desenvolvido, o Real Time Monitoring Medication (RTMM) e, ao contrário do MEMS, registra os dados em tempo real. Além disso, o sistema combina o monitoramento do uso de medicamentos com um aspecto de lembrete (VERVLOET *et al.*, 2011). Em um estudo exploratório em que os pacientes foram lembrados da sua ingestão diária de medicamentos por meio de serviço de mensagens curtas (SMS) apresentou melhora a curto prazo de adesão em pacientes com diabetes tipo 2. No entanto, os efeitos foram diminuindo ao longo do tempo (VERVLOET *et al.*, 2011).

Os sistemas de monitorização eletrônica tem melhorado os níveis de pressão arterial. Hawkshead et al. relata um estudo com 69 pacientes, em que um terço dos pacientes tiveram seus níveis pressóricos normalizados após a monitorização (HAWKSHEAD, 2007 & SHI *et al.*, 2010). No entanto, existem algumas limitações do método quanto ao seu uso em ambiente ambulatorial, pois os pacientes podem manipular o aparelho, e, pode resultar numa medição irreal (SHI *et al.*, 2010).

3 .1.3.1.3 Medida de Refil:

Consiste em medir a taxa de adesão aos medicamentos a partir dos registros da farmácia de venda e/ou retirada de medicamentos pelos pacientes. É um método não-invasivo, objetivo e barato. Como limitações, apresenta o fato de ser passível somente para formas farmacêuticas sólidas, não conseguindo acessar os horários de administração dos medicamentos e não leva em consideração outras formas de aquisição dos mesmos, como viagens prolongadas e hospitalizações ou descontinuação do uso do medicamento por indicação médica (HESS, 2006). É um método objetivo e de fácil obtenção dos dados. Apresenta como fatores limitantes a equivalência com relação à ingestão dos medicamentos e requer um sistema informatizado na farmácia (OSTERBERG, 2005). A medida de adesão baseada nos registros de dispensação tem sido mostrada como um indicador válido e confiável em estudos de associação com resultados virológicos e imunológicos, progressão clínica e mortalidade (GOMES *et al.*, 2009). Se destaca

pela oportunidade de se avaliar todos os pacientes que iniciaram a terapia e que retornam mensalmente para retirar os medicamentos, sendo possível verificar a situação de cada um, as ocorrências de irregularidades e as interrupções do tratamento (GOMES *et al.*, 2009).

3.1.3.1.4 Auto-relato

Consiste em perguntar diretamente ao paciente sobre a forma com que utiliza seus medicamentos. No caso do paciente relatar não-adesão à terapia, o resultado torna-se bastante fidedigno, possuindo um valor preditivo positivo alto (CHAMORRO *et al.*, 2008). É o método de avaliação de adesão mais utilizado na prática clínica. Esta avaliação pode ser feita através de questionários, entrevistas semi-estruturadas ou conversas mais informais. As entrevistas e os questionários são considerados um método de fácil execução, baixo custo e permitem, também, a avaliação do padrão das falhas na adesão e os motivos pelos quais aconteceram. A principal limitação para o uso de “auto-relatos” como método para avaliação da adesão é que eles tendem a superestimá-la (OLIVEIRA *et al.*, 2005 & OSTERBERG *et al.*, 2005). Esta medida é considerada pouco sensível, porém bastante específica no diagnóstico de não-adesão (HAYNES, 1980 & ZELLER *et al.*, 2008).

No entanto, a acurácia depende de alguns fatores: com relação ao método e a maneira com que as perguntas são feitas, se abertas ou fechadas (KLUNGEL *et al.*, 2000 & SHI *et al.*, 2010); com relação às habilidades de comunicação e experiência do entrevistador (FODOR, 2005 & SHI *et al.*, 2010).

3.1.3.1.5 Relato do prescritor

É uma abordagem que consiste em questionar ao médico sobre como este acredita ser o uso dos medicamentos por seu paciente. No entanto, este método mostra-se pouco sensível, pois os clínicos tendem a superestimar a adesão, falhar na detecção de não-adesão, podendo, dessa

forma, desperdiçar oportunidades importantes na intervenção para uma possível melhora na terapêutica (MILLER, 2002).

3.1.3.2 Métodos Diretos

São exemplos de métodos diretos a medida de concentração do fármaco ou de um metabólito no sangue ou urina, como também a detecção ou mensuração no sangue de um marcador biológico adicionado a um fármaco. São métodos com uma maior confiabilidade, sendo a melhor medida para se verificar o uso do medicamento, proporcionando uma curva dose-resposta. Apresentam como desvantagem o fato de serem mais caros e invasivos, podendo haver uma baixa aceitabilidade por parte dos participantes do estudo (VITOLINS, 2000 & MUGAVERO, 2010). Outra questão a ser considerada, são as variações no metabolismo e “white coat adherence” (paciente administra-se o medicamentos quando vai comparecer à consulta), podendo gerar uma idéia falsa de adesão (OSTERBERG, 2005). A concentração do fármaco em fluidos biológicos pode ser alterada por diferenças individuais na absorção, distribuição, metabolização e excreção, além de que concentrações baixas e/ou erráticas não são necessariamente indicativos de não-adesão(MUGAVERO, 2010).

3.1.3.2.1 Níveis plasmáticos

O monitoramento dos níveis de medicamento no sangue tem sido considerado uma medida direta e objetiva de adesão aos medicamentos que pode ser usada tanto na clínica quanto em pesquisas. A análise é feita mediante o resultado de um exame de sangue que indica os níveis de medicamento presentes. Alexander et al., citados por Berg e Arnstein, demonstraram associação entre baixos níveis de medicamento no sangue com autorrelato de não-adesão e falência terapêutica (POLEJACK, 2010).

Apesar de ser uma medida direta, apresenta várias desvantagens. A principal delas é que o exame de sangue só é capaz de refletir a ingestão do medicamento nas últimas 24 horas, ou seja,

pacientes cientes de que irão colher sangue podem ingerir os medicamentos no dia anterior, sem contudo significar que vinham tomando os medicamentos de modo regular anteriormente. Outra limitação do método é que os resultados podem variar devido a fatores como a interação com outros medicamentos ou com determinados alimentos. Entretanto, o fator que mais dificulta sua utilização em grande escala é o custo elevado, além da necessidade de equipamentos e procedimentos de coleta padronizados (POLEJACK, 2010).

Diversos estudos vêm adotando métodos cada vez mais sensíveis e precisos para detecção de níveis plasmáticos, seja do próprio medicamento, de metabólitos ou de marcadores biológicos (SEREBRUANY, 2007).

3.2 Intervenções para melhorar a adesão ao tratamento

De acordo com o Guideline The National Collaborating Center for Primary Care (2009), as intervenções existentes para melhorar a adesão ainda são inconclusivas, ou seja, as intervenções são utilizadas apenas para resolver os problemas práticos associados com a não-adesão, quando uma necessidade específica é identificada. As intervenções podem incluir: encorajar os pacientes para monitorar seu tratamento, simplificar o regime de dosagem, seja através de embalagem alternativa ou sistema multi-compartimento de medicamentos e sugestão de registro quando da administração de medicamentos.

Os efeitos adversos podem ser um problema para alguns pacientes. Nesse caso, a conduta, segundo as recomendações do The National Collaborating Center for Primary Care, são: discutir com o paciente como ele gostaria de lidar com os efeitos indesejáveis; discutir os benefícios, os efeitos adversos e efeitos a longo prazo com o paciente, que lhes permitam fazer uma escolha informada, considerar o ajuste de doses; considerar a mudança para outro medicamento; considerar outras estratégias, como por exemplo, o calendário de medicamentos (NICE, 2009).

Rickles propõe um novo modelo teórico, chamado Modelo de Adesão ao Medicamento e Níveis de Comparação de Resultados (DAMMALCO), que utiliza os princípios da teoria da troca social (RICKLES, 2010). Este modelo incorpora uma abordagem da teoria de sistemas, que inclui os seguintes temas: (1) descrição do comportamento deve ser analisado em vários níveis (2) sistema de controle através de feedback, (3) sistema de organização em hierarquias que encontram-se integrados dentro e nos diversos níveis e (4) sistemas de regulação, que devem responder pelas mudanças evolucionárias do comportamento.

40

A primeira seção do modelo começa com um paciente X que se apresenta ao médico pela primeira vez com sintomas de doença crônica. Os sintomas diminuem durante o curso da doença. Esse paciente recebe medicamentos de forma crônica. No início do tratamento, o paciente, consciente ou inconscientemente faz uma avaliação inicial do seu controle sobre a doença (seção 2). Os pacientes que acreditam que podem controlar seus sintomas através dos seus próprios esforços estarão exibindo um locus de controle interno. Por outro lado, aqueles pacientes que acham que não tem controle sobre seus sintomas ou outras pessoas controlam os seus sintomas estarão manifestando um locus de controle externo. A resposta de um determinado paciente poderá ser interpretada com indicativos de locus interno e externo de controle. Por exemplo, o paciente que toma seus medicamentos pode acreditar que ele tem controle sobre seu uso de medicamentos (locus de controle interno), mas que seus medicamentos exercem controle sobre a sua doença (locus de controle externo). Esse exemplo sugere a importância de determinar o que cada aspecto da experiência do uso de medicamentos significa especificamente para um determinado paciente.

Com base na atribuição inicial do controle, o paciente vai se envolver em um dos quatro principais tipos de comportamentos relacionados à adesão a medicamentos: adesão total, adesão parcial (incluindo não-adesão repetida e não-adesão esporádica), adesão inicial, não-adesão total. No primeiro âmbito, o paciente teve um resultado favorável em relação ao que ele espera (CL) e/ou a sua expectativa do resultado em relação à melhor alternativa. Por exemplo, um paciente X

42

com artrite reumatóide está recebendo medicamento anti-inflamatório para reduzir o inchaço e a dor relacionada. Esse paciente realmente espera (CL= *comparison level* general level of expectations) que, apesar da terapêutica medicamentosa, ele ainda teria dor em suas articulações quatro dias por semana. O resultado corrente (CO = *current health outcomes*) da terapia é a diminuição da dor para apenas dois dias por semana. Este primeiro cenário sugere que a CO é mais favorável do que a CL e a Calt (Calt =*comparison level for alternatives*).

O segundo passo envolve a situação em que o CO é equivalente ao CL e/ou Calt. Supondo um paciente Y com diabetes mellitus tipo 2. O paciente espera que seus níveis de açúcar no sangue estejam dentro da faixa em 10 das 14 análises feitas durante a semana (CL). Sua melhor alternativa, Calt, também seria a coleta de níveis glicêmicos dentro da faixa de 10 das 14 análises previstas na semana. Se o resultado do paciente Y (CO) foram de 10 das 14 análises dentro da faixa, então a CO é igual tanto para CL quanto para o Calt.

O terceiro passo coloca um paciente Z experimentando um resultado desfavorável em relação ao que ele geralmente espera (CL) ou o que ele espera do resultado da melhor alternativa (Calt). O paciente Z sofre de epilepsia e necessita do uso de medicamentos de forma crônica. O paciente não acredita em seus medicamentos para reduzir o número de convulsões por semana e tem não-adesão repetida. Nesse caso, a CL é a mesma que a frequência inicial de cinco crises de convulsão por semana. Sua Calt reduziria a frequência de crises para duas vezes por semana. Assim, a CO do paciente de 5 crises por semana é igual ao CL, mas é menor que a Calt.

Após a comparação dos resultados de CL e Calt, vem a reavaliação da atribuição inicial do controle. É nessa fase que os pacientes reavaliam o nível de controle (através da adesão aos medicamentos). Alguns pacientes podem perceber que tinham um maior ou menor controle dos seus sintomas que já haviam percebido anteriormente. Assim, os resultados são uma rica fonte de feedback para os indivíduos quanto à forma que eles estão gerenciando a sua doença crônica.

O suporte teórico para a ligação entre as atribuições de comportamento e os resultados, incluem o locus de controle. Por exemplo, no caso do paciente X, o paciente acredita que os

resultados favoráveis (em relação ao seu CL e/ou Calt) são em grande parte devido aos seus próprios esforços na adesão aos medicamentos (locus de controle interno). Ele pode sentir que seu controle sobre esses resultados é adequada e, portanto, não requer habilidades adicionais ou estratégias de resolução de problemas (LR).

Através da integração combinada de quatro teorias psicosociais e os princípios adaptados da teoria da troca social, um dos principais pontos fortes do modelo é que ele oferece uma nova abordagem teórica para explicar as relações entre os diferentes níveis de adesão a medicamentos, o tipo de atribuição e os resultados. Especificamente, o modelo oferece uma abordagem única para explicar como a avaliação dos resultados do tratamento do paciente podem afetar o abandono à terapia.

O Modelo Transteórico de Prochaska e DiClemente foi desenvolvido com o intuito de compreender como as pessoas mudam. É um dos diversos modelos que procuram explicar o comportamento com a saúde em função das crenças individuais, atitudes, motivações e da cognição, envolvendo o processo decisório na mudança de condutas necessárias para uma melhoria do processo saúde-doença (PROCHASKA & DiCLEMENTE, 1984, SIMONI, 2009). O modelo tem sido amplamente utilizado para orientar a mudança de comportamento na promoção da saúde (Di NOIA & PROCHASKA, 2010). É um modelo integrativo e abrangente de modificação intencional do comportamento que busca explicar e prever como e quando os indivíduos mudarão seus comportamentos (PROCHASKA et al, 1994). Este modelo está baseado na premissa de que a mudança comportamental é um processo, e que as pessoas tem diversos níveis de motivação, de prontidão para mudar. O modelo é composto por quatro construtos: (1) estágios de mudança, a disponibilidade temporal e motivacional para modificar o comportamento de saúde (2) o equilíbrio decisório, ou seja, a percepção da importância relativa dos profissionais, incluindo vantagens (prós) e custos (contras) da mudança; (3) auto-eficácia, ou seja, a confiança na capacidade de modificar o comportamento em determinadas circunstâncias (4) e o processo de mudança, as estratégias de intervenção e técnicas que os profissionais

utilizam para modificar o comportamento de saúde (Di NOIA & PROCHASKA, 2010). Pré-contemplação é o estágio em que os indivíduos não pretendem tomar nenhuma atitude num futuro próximo (no mínimo nos próximos 6 meses). Nesse estágio, por exemplo, os fumantes não pensam em parar de fumar nos próximos 6 meses; a contemplação é o estágio em que os indivíduos estão pretendendo seriamente mudar nos próximos meses, mas ainda não conseguem se comprometer para tal mudança. Nesse estágio, os fumantes estão pretendo parar de fumar nos próximos meses, mas ainda não conseguem mudar o comportamento. Preparação é o estágio em que os indivíduos pretendem mudar nos próximos 30 dias e adotam pequenos passos para uma mudança maior. Esse estágio contempla o período em que os fumantes tentaram parar de fumar no último ano e o período em que adotam pequenos passos para realizar a mudança. A ação é o estágio em que os indivíduos mudaram seus hábitos com sucesso por menos de 6 meses. Esse período varia de 0 a 6 meses, após os fumantes terem feito a mudança evidente para parar de fumar. Manutenção é o estágio em que o comportamento modificado é mantido por mais de 6 meses (PROCHASKA *et al.*, 1994).

4. JUSTIFICATIVA

Durante os últimos anos, temos vivenciado várias fases no desenvolvimento dos enfoques para conseguir que os pacientes sigam o tratamento das enfermidades crônicas por períodos de tempo bastante longos. A princípio se pensou que o problema estava centrado no paciente. Posteriormente, foi abordada também a função do profissional de saúde. Na atualidade, reconhecemos que se requer um enfoque de sistemas.

Nos países desenvolvidos, a adesão terapêutica em enfermidades crônicas, fica na faixa de 50%. Supõe-se que a magnitude e a repercussão da adesão deficiente em países em desenvolvimento, sejam ainda maiores, dada a escassez de recursos sanitários e as iniquidades de acesso na atenção à saúde. Estima-se que os custos anuais diretos e indiretos relacionados a não-adesão é em torno de 177 bilhões de dólares ao ano (RICKLES, 2010). Sem um sistema que aborde os determinantes da adesão terapêutica, os avanços na tecnologia biomédica não conseguirão êxito para reduzir a carga das enfermidades crônicas. Isto representa um grande desafio para as campanhas de saúde populacional, nas quais o êxito se determina principalmente pela adesão aos tratamentos de longo prazo. Existe escassez de dados de índice de adesão no Brasil e no mundo, sendo que os estudos muitas vezes não são comparáveis, por abordarem diferentes perfis de indivíduos e utilizarem diferentes métodos para identificar a adesão (BARBOSA & LIMA, 2006).

Há, relativamente, pouca pesquisa teórica que explora a complexidade sobre como os pacientes decidem o nível em que irão aderir ao seu regime terapêutico prescrito (RICKLES, 2010).

O ponto de vista do paciente e o envolvimento do contexto social no seu comportamento amplia a discussão para além das fronteiras da clínica. As pesquisas sociais e comportamentais sobre as pessoas que continuam ou não seu tratamento são importantes também para acompanhar e atuar nas mudanças epidemiológicas das doenças (SUMARTOJO, 1999). Considerando o exposto acima e a falta de estudos mais amplos sobre o que influencia na não-adesão ao tratamento

segundo a visão dos pacientes, verificou-se a necessidade de conhecer melhor o que acontece de fato com os pacientes frente a este problema.

Levanta-se a hipótese de que não existe conhecimento suficiente do que realmente influi nos pacientes para a sua não-adesão ao tratamento. O que os leva a agir de uma maneira não concordante com as recomendações dos profissionais da saúde? O que exerce influência no contexto em que vive o paciente? Existe um perfil diferente entre os que não relatam problemas para seguir um tratamento e os que assumem sua existência? Busca-se com este trabalho iniciar a construção de respostas para essas indagações.

5. MÉTODO

5.1. DELINEAMENTO

Foi realizado estudo de delineamento transversal utilizando-se da técnica de enquete para verificar a frequência de relato de fatores e/ou itens constitutivos de fatores relacionados a não-adesão ao tratamento segundo a visão de pacientes ambulatoriais.

Este estudo leva em conta a complexidade inerente à consciência e suas manifestações, utilizando o relato de fatores relacionados à não-adesão ao tratamento segundo a visão de pacientes ambulatoriais.

5.2. DESENVOLVIMENTO DO QUESTIONÁRIO

Para a realização do estudo foi necessário a construção de um questionário semi-estruturado, constituindo-se, dessa forma, duas etapas distintas – construção do questionário e aplicação do mesmo.

Os membros do Grupo de Pesquisa e Desenvolvimento em Atenção Farmacêutica (GPDAF), que atuam no atendimento de pacientes em nível secundário ou em atenção primária em saúde, reuniram-se e participaram da produção do questionário semi-estruturado. Todos os participantes, menos a bolsista de iniciação científica participante do GPDAF, possuíam prática profissional no manejo de pacientes não-aderentes a tratamento. Os passos empregados foram: realização de consenso sobre os domínios que deveriam ser abarcados na entrevista e identificação dos itens que constituiriam esses domínios, empregando-se a Técnica do Grupo Nominal. Após a identificação de domínios e itens, procedeu-se a formatação e redação dos achados e procedeu-se a duas rodadas utilizando-se o Método Delphi, buscando o consenso sobre os itens e a redação dos mesmos a serem apresentadas aos futuros entrevistados. Após esses passos procedeu-se a construção da versão final do questionário, sendo que alguns itens tinham duas ou mais formas de realização da pergunta.

5.3. APLICAÇÃO DO QUESTIONÁRIO

A segunda etapa, aplicação do questionário, também foi realizada em duas etapas: A primeira, destinou-se à realização de um piloto (30 indivíduos) para avaliação do entendimento dos pacientes em relação às perguntas da entrevista e se as respostas obtidas eram satisfatórias de um questionário a ser desenvolvido para a realização da enquete (DAWSON B, 2003). Com os resultados, dois dos pesquisadores, prepararam a versão final do questionário.

Um grupo de 10 estudantes de farmácia foi treinado para a realização das entrevistas, sendo as mesmas supervisionadas pela mestranda, que também realizou entrevistas. Todas essas foram gravadas e após transcritas para formulário semi-estruturado para facilitar o processo de categorização das respostas e digitação no banco de dados. O treinamento dos entrevistadores ocorreu da seguinte forma: inicialmente foi feita a apresentação do projeto de pesquisa pela mestranda, a todos os entrevistadores. A seguir lhes foi apresentado o questionário e informado alguns itens referentes à postura no momento da entrevista, tais como: evitar insegurança ou admiração excessiva diante do entrevistado, evitar o entrave de idéias, evitando que a entrevista assumisse um caráter de inquisição. Após os entrevistadores foram iniciando as entrevistas com acompanhamento da mestranda, até estarem seguros e aptos a realizarem sozinhos.

Os pacientes foram abordados pelos entrevistadores nas salas de espera pertencentes à área de Ambulatórios do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, enquanto aguardavam sentados a consulta com profissionais da saúde. A área ambulatorial encontra-se divididas em zonas, de acordo com a especialidade médica. Em cada turno de entrevista, tomou-se o cuidado de não alocar mais do que 2 entrevistadores em cada zona, para abranger o máximo de especialidades médicas por turno.

Inicialmente, o entrevistador perguntava ao paciente se era usuário de medicamentos de forma crônica. Caso ocorresse o uso dessa forma, convidava-se o paciente a participar de uma entrevista gravada, de no máximo, 20 minutos, como voluntário, sobre o que faz com que as pessoas usem seus medicamentos. Houve uma preocupação por parte dos entrevistados, de que

fossem chamados para a consulta médica durante a entrevista. Nesse caso, o entrevistador ficou aguardando o entrevistado em frente à sala de consulta para conclusão da entrevista.

Foi realizada uma abordagem estatística descritiva e verificada a associação de variáveis identificadas pelos pacientes com as consideradas independentes na literatura.

Variáveis

Preditoras:

- Fatores declarados como responsáveis em cada dimensão por parte dos pacientes.

Independentes:

- Idade
- Sexo
- Escolaridade
- Nível sócio-econômico
- IMC
- Morbidades crônicas
- Morbidades agudas
- Número de medicamentos utilizados
- Tempo de tratamento
- Fatores de risco cardiovascular
- Adesão ao tratamento relatada

Tamanho Amostral: O cálculo do tamanho amostral foi realizado estimando-se uma prevalência de não-adesão de 30%, um risco relativo de 1,5 para as variáveis independentes, poder de 0,8 e alfa de 0,05. Com esses parâmetros, o valor obtido foi de 352 pacientes, acrescentando-se 15% para perdas, totaliza uma amostra de 405 indivíduos.

Local: Área Ambulatorial do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA). O HCPA foi escolhido em função de possuir uma grande diversidade de especialidades médicas, de gravidade de doenças e grande número de pacientes oriundos de várias localidades, além de Porto Alegre.

Crêterios de inclusão: ter no mínimo 18 anos, ser possuidor de doença crônica e estar em tratamento farmacológico.

Crêterios de exclusão: retardo mental ou doença psiquiátrica ou neurológica que impossibilite responder às questões.

Aspectos  ticos: o projeto foi aprovado pelo Comitê de  tica do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (ANEXO I), e todos os participantes assinaram Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (ANEXO II).

6. RESULTADOS

6.1. DESENVOLVIMENTO DO QUESTIONÁRIO

O questionário semi-estruturado, em sua versão final, foi desenvolvido levando em consideração as categorias identificadas pelos participantes do GPDAF: (a) percepções e cognições acerca do esquecimento de tomar algum medicamento, (b) compreensão das embalagens, diferentes doses, posologias, formas farmacêuticas, (c) conhecimento sobre a ação do medicamento para curar ou controlar uma doença, (d) percepção do seguimento do tratamento conforme a prescrição médica, (e) atitudes tomadas quando os medicamentos prescritos não estão disponíveis no Sistema Único de Saúde, (f) fatores associados às características organolépticas de formas farmacêuticas (g) percepção com relação ao uso de vários medicamentos ao mesmo tempo, (h) preocupações acerca do tratamento em geral, (i) expectativas de informações sobre medicamentos (j) percepções quanto informações presentes em bulas, como reações adversas (k) fatores que levam a maior adesão à prescrição (l) influência do uso de terapias alternativas. Após a definição dessas categorias foram descritos os itens que os compõe, para depois dar origem as questões propriamente ditas, bem como selecionar aquelas que melhor representassem os relatos dos pacientes sobre causa de não-adesão. No anexo III apresenta-se a versão final do questionário, após haver sido realizada a análise das respostas dos participantes do piloto. Ao longo da apresentação dos resultados serão comentados alguns objetivos das questões formuladas. Os participantes do piloto não tiveram suas respostas integradas ao estudo.

6.2. APLICAÇÃO DO QUESTIONÁRIO

6.2.1. PERFIL DA POPULAÇÃO

Foram entrevistados 405 pacientes adultos (>18 anos) com doenças crônicas em tratamento nas unidades de ambulatório do HCPA, sendo predominantemente do sexo feminino (75,1%). As características basais da população em estudo encontram-se descritas na Tabela I. Como se pode verificar a amostra é constituída por usuários de medicamentos, estando próximos da terceira idade (58,7 anos (DP=10,7), portadores de morbidades crônicas e 54,1% possuem tratamento com polifarmácia, sendo que 71% dos pacientes utilizam 5 ou mais comprimidos por dia e 80% obtém total ou parcialmente seus medicamentos no Sistema Único de Saúde. Aproximadamente 70% da população reside em Porto Alegre e Grande Porto Alegre e possui uma média de 6,7 anos (DP=3,6) de estudo e apenas 8,1% declararam não possuir renda individual. Destaca-se que grande parcela dos pacientes apresentava sobrepeso ($IMC \geq 25 \text{ Kg/m}^2 - 30\text{Kg/m}^2$).

Tabela I. Características da população em estudo

<i>Características</i>	<i>Média (DP)</i>	<i>Fr (%)</i>	<i>Tempo médio em tratamento (anos)</i>
Idade	58,7 (10,7)		
<45 anos		8,9	
45-65 anos		65,1	
>65 anos		26	
IMC	28,2 (5,7)		
Anos de Estudo	6,7 (3,6)		
Nenhum		6,4	
1-4 anos		23,5	
5-8 anos		40,7	
9-11 anos		25,1	
Superior		4,3	
Renda Familiar	R\$ 1206,66		
Gênero			
Feminino		75,1	
Possui Renda Individual		91,9	
Estado civil			
Casado		63,7	
Solteiro		20,1	
Outros		16,2	
Local moradia			
Porto Alegre		38,3	
Grande Porto Alegre		32,3	
Interior do Estado		28,4	
Etnia			
Branco		92,6	
Outros		7,4	
Doenças relatadas pelos pacientes como sendo portadores			
Hipertensão Arterial Sistêmica		68	11
Dor Abdominal		65,4	5,0
Lombalgia		49,5	5,0
Osteoartrite		48	7,5
Depressão		42,5	6,7
Hipercolesterolemia		34,8	5,0
Diabetes mellitus		28	9,0
Enxaqueca		26	9,2
Pneumonia		21	---
Rinite Alérgica		20,5	4,0
Câncer		11	3,5
Asma		10	9,0
Tabagismo Atual		19,8	---

Continuação da Tabela I.

<i>Características</i>	<i>Média (DP)</i>	<i>Fr (%)</i>	<i>Tempo médio em tratamento (anos)</i>
Número de medicamentos utilizados por dia			
>7		30	
5-6		24,1	
3-4		24,1	
1-2		21,6	
Número de comprimidos em uso por dia			
>7		53,6	
5-6		17,4	
3-4		15,2	
1-2		13	
Modo de obtenção de medicamentos			
Compra**/SUS		54,3	
SUS*		25,6	
Compra**		19,2	
Outros***		0,9	
Quantidade medicamentos obtidos no SUS			
Todos		21,8	
5-6		13,5	
3-4		21,4	
1-2		21,4	
Nenhum		17,8	
Quantidade medicamentos adquiridos com recursos familiares			
Todos		14,3	
5-6		6,6	
3-4		18,2	
1-2		33,7	
Nenhum		26,5	
□ Realização de Atividade Física			
Nenhuma		59,5	
Completa (mínimo de 30 minutos, 3 vezes na semana)		24,6	
Incompleta		15,5	
◇ Adesão ao tratamento relatada	8,7 (1,89)		

* Obtido no Sistema Único de Saúde. ** Adquiridos no comércio. *** Conseguidos através de doações e/ou amostras grátis □ caminhadas rápidas/semana ◇ Dado obtido por uso de escala análogo-visual, permitindo a medida de até 10cm, considerando como nota de 0 a 10.

As questões 4 e 5 do questionário semi-estruturado oportunizam a identificação dos fatores tidos como dificultadores de adesão pelos pacientes e os tipos de medicamentos e/ou situações de administração relatados pelos entrevistados mais propícios ao esquecimento (Tabela

II). O fator que mais influencia, nesse aspecto, é a frequência de administrações durante o dia (52,3%), seguido do número de medicamentos ao mesmo tempo (35,1%).

Os medicamentos que apresentam maior facilidade para o esquecimento foram os anti-hipertensivos (9,1%) e os hipoglicemiantes orais (4,1%). O horário de administração foi relatado por 3,3% da população, sendo que o horário da manhã foi o mais propício ao esquecimento (1,3%). Aproximadamente 50% dos pacientes relataram não esquecer de tomar nenhum medicamento.

Tabela II. Fatores relatados por pacientes como dificultadores de sua adesão

<i>Categoria</i>	<i>Fr (%)</i>
Tomar muitos medicamentos ao mesmo tempo	35,1
Número de administrações de medicamentos durante o dia	52,3
Necessidade de partir o comprimido pela metade ou tomar dois comprimidos do mesmo medicamento para completar a dose	19,1
Tipos de medicamentos que apresentam mais facilidade para esquecer de tomar	
Nenhum	50
Anti-hipertensivos	9,5
Hipoglicemiantes orais	4,1
Antidepressivos	3,6
Horário de administração	3,3
Manhã	1,3
Meio-dia	0,7
Tarde	1,1
Noite	0,2
Soluções	3,1
Antiagregante plaquetário	2,9
Inibidor da bomba de prótons	2,4
Qualquer tipo	2,2
Analgésicos orais	1,7
Hipolipemiantes	1,6
Não respondeu	1,4
Antibióticos	1,2
Hormônio tireoidiano	1,0
Injetáveis	0,9
Corticosteróide	0,8
Com frequência maior de 1 x ao dia	0,8
Anticoncepcionais orais	0,7
Colírios	0,6
Anti-retrovirais	0,5
Outros	7,7

Na questão 5, em complementação aos fatores que servem como dificultadores da adesão, foi questionado aos pacientes quais as razões ou facilitadores para o esquecimento da utilização de medicamentos (Tabela III), sendo que nesse ponto 46,4% dos entrevistados referiram não esquecer de tomar nenhum medicamento. O fato de ter que tomar o medicamento em um horário fixo do dia, foi o fator relatado que mais facilita o esquecimento (9,3%) seguido do fato de não ver necessidade de tomar o medicamento e/ou não sentir falta do mesmo (4,3%). O fato de ter que tomar um medicamento em jejum (3,3%) e o fato de não sentir dor (3,0%) também foram referidos pelos pacientes como razões que levam ao esquecimento no momento de tomar os medicamentos, dificultando a adesão.

Tabela III. Razões atribuídas pelos pacientes para esquecimento do uso de medicamentos

<i>Motivos do esquecimento</i>	<i>Fr (%)</i>
Não esquecem	46,4
Horário fixo durante o dia	9,3
Rigidez no horário	3,0
Manhã	1,8
Meio-dia	1,8
Noite	1,7
Tarde	1,0
Não sabem	5,4
Não vê necessidade de tomar o medicamento e/ou não sente falta	4,3
Ter que administrar em jejum	3,3
Não responderam	3,1
Não sente dor	3,0
Quantidade de medicamentos do tratamento	2,6
1 medicamento	1,2
3 medicamentos	0,8
2 medicamentos	0,6
Poucos medicamentos administrados no mesmo horário	2,5
Toma há pouco tempo e/ou falta de costume	1,9
Efeitos adversos	1,8
Esquecimento <i>per se</i>	1,4
Não gostam do medicamento	1,4
Posologia do medicamento	1,0
2 x ao dia	0,4
3 x ao dia	0,6

Continuação da Tabela III.

<i>Motivos do esquecimento</i>	<i>Fr (%)</i>
Outros afazeres	1,0
Necessitam de alguém para lembrar do medicamento	0,9
Correria do dia-a-dia	0,9
Não dá importância para o medicamento	0,8
Desatenção	0,8
Características do medicamento	0,8
Tamanho do comprimido	0,4
Gosto do medicamento	0,4
Memória	0,5
Último comprimido do dia a tomar	0,5
Obrigações de tomar o medicamento	0,4
Forma Farmacêutica Injetável	0,2
Confusão	0,2
Outros	5,6

A Tabela IV elenca as dificuldades relatadas pelos pacientes para seguir o tratamento conforme recomendação médica, em resposta a pergunta 6 do questionário. Como se pode verificar, aproximadamente 50% da população apresenta alguma dificuldade para seguir seu tratamento, sendo que a queixa principal é a acessibilidade aos medicamentos, constituída pelos itens “dificuldade financeira” (23,2%) e “Falta de medicamentos nos postos de saúde” (1,8), perfazendo um percentual de 25%. Já as dificuldades relativas ao próprio indivíduo perfazem um total de 6,8%, sendo constituída pelos fatores como esquecimento, seguir dieta, atividade física, horário de administração, preguiça, motivação e não aceitação da doença. Por outro lado, os fatores relativos ao medicamento em si representam 6,0 % dos fatores, tais como, efeito adverso, excesso de medicamentos a serem administrados, aplicar insulina, quantidade de medicamentos a serem administrados ao dia.

Tabela IV. Dificuldade de seguir o tratamento relatada pelos pacientes

	<i>Fr(%)</i>
Nenhuma	49,7
Financeira	23,2
Vir até hospital consultar (deslocamento)	4,8
Esquecimento	2,1

Continuação da Tabela IV.

Efeito adverso	2,4
Excesso de medicamentos	1,5
Falta de medicamentos nos postos de saúde	1,8
Aplicar a insulina	0,7
Realizar atividade física	1,0
Seguir a dieta	0,9
Seguir o horário do medicamento	1,5
Quantidade de medicamentos tomados ao dia	1,4
Preguiça	0,5
Atualização da receita médica	0,4
Não aceitação da doença	0,4
Não gosta de tomar o medicamento	0,2
Motivação	0,2
Outros	7,3

Objetivando verificar de forma indireta aqueles fatores que são percebidos pelo usuário de medicamentos como importantes e que não são diretamente assumidos, questionou-se os pacientes “Quais os problemas ou dificuldades que o(a) Sr(a) acha que as pessoas podem ter para seguir um tratamento?” A tabulação dos resultados encontram-se relatados na tabela V. Note-se que em torno de 47% dos fatores apontados estão relacionados diretamente ao indivíduo e apenas 2,5% ao modo de viver atual e 1% ao medicamento.

Tabela V. Fatores relatados por pacientes como dificultadores da adesão de outras pessoas

<i>Categoria</i>	<i>Fr(%)</i>
Não esquecem	33,9
Não gostam de si	10,2
Esquecimento	7,3
Não Respondeu	7,1
Falta de motivação	6,8
Desleixo	6,1
Não se importam com a sua saúde	5,7
Não sabem	5,4
Não querem tomar o medicamento	3,1
Distração	2,7
Correria do dia-a-dia	2,5
Não aceitação do tratamento	1,6
Ocorre melhora e não acha necessário continuar o tratamento	1,4
Acham que não precisam do medicamento	1,2
Efeitos adversos	1,0
Falta de crença no tratamento	1,0
Outros	3,0

Referência à questão 7 b.

As considerações, atitudes e motivos relacionados à não-adesão ao tratamento relatada pelos pacientes podem ser vistas na Tabela VI. Estas respostas constituem-se em um bloco de afirmações referentes à várias questões da entrevista semi-estruturada, buscando assim cobrir o máximo possível de possibilidades de comportamentos e atitudes.

Com o objetivo de verificar se haveria concordância com a questão de número 5 “Qual o tipo de medicamento que o(a) senhor(a) mais esquece de tomar/ ou acha mais fácil esquecer de tomar? Por quê?”, esse questionamento foi realizado de outra forma, conforme constante na questão 7a) (respostas constantes do item “Motivos do esquecimento” na Tabela VI. Inicialmente, foi relatado para os pacientes, que normalmente as pessoas esquecem de tomar alguns medicamentos algumas vezes. Em uma semana, quantas vezes acontece com o(a) Sr(a)? Se relatassem alguma vez, lhes foi perguntado o que leva o(a) Sr(a) a esquecer de tomar? Como se pode verificar, quando questionados sobre o seu tratamento, o percentual de pacientes que relatam não esquecer é maior (53,2%) em relação ao questionamento referente às outras pessoas (33,9%). O excesso de trabalho (8,5%) foi a principal queixa referida pelos pacientes, seguido dos motivos inerentes do próprio usuário, constituído pelos itens “ao sair de casa, não levar consigo junto os medicamentos, “distração” “esquecimento” e descrença no tratamento perfazendo um percentual de 13%. A quantidade de medicamentos foi considerada tanto um fator predisponente ao esquecimento (1,7%) no momento de tomar um medicamento como um fator de preocupação, na questão 9. Efeitos adversos, confusão, memória, preguiça, preocupações, estresse, o fato de sentir-se bem e ter necessidade de tomar o medicamento em jejum, perfazem um percentual de 8%.

A questão 8 foi elaborada com o objetivo de verificar os fatores que mais incomodam os pacientes em relação a um determinado medicamento e a principal queixa referida foram os efeitos adversos (29,5%), seguido da forma farmacêutica (7,5%) e falta de efeito do medicamento (3,8%). O fato de ter de depender de um medicamento para o resto da vida (1,5%) e a dificuldade financeira, nesse caso, foi importante para 2,3% da amostra.

Dentro desse contexto, insere-se, as questões 23,29 e 32 que se referem ao fato de deixar de tomar um medicamento por algo que lhe tenha causado (33,7%), o medo de que algum medicamento traga efeito ruim (56,8%) e a quantidade de mg de um medicamento (12,5%).

A questão 12 foi elaborada para verificar se o fato de conhecer um pouco mais a doença, como os riscos e suas complicações, faz com que as pessoas tenham uma preocupação maior de aderir ao tratamento e se alertariam as outras pessoas para nunca esquecer de tomar os medicamentos, sendo a HAS (30%) a patologia mais relatada e a possibilidade de intercorrência o motivo de alerta (60,6%).

As questões 10, 11 e 14 referiram-se à influência de fatores externos em relação à tomada de medicamentos, resultando em um percentual de 44% para aqueles que afirmam já ter sofrido alguma influência por esses meios.

Note-se que, aproximadamente 30% dos pacientes ficam sem tomar o medicamento quando ocorrem faltas ou atraso na chegada do medicamento no Sistema Único de Saúde e aproximadamente 20% consideraram o fato de não saber como o medicamento funciona no seu corpo no momento de deixar de tomar um medicamento.

As questão 28 e 31 referem-se especificamente à forma comprimido e cápsula quanto à maneira de administração e a existência de algum medicamento prescrito não estar sendo tomado conforme recomendação médica, respectivamente, resultando em um percentual de 10,2% com problemas de administração nestas formas farmacêuticas e 16,5% para a segunda questão. Essas questões foram realizadas devido a que a maioria dos tratamentos são realizados com formas farmacêuticas sólidas.

Tabela VI Considerações, atitudes e motivos relacionados à não-adesão ao tratamento relatados pelos pacientes referentes ao seu tratamento

<i>Motivos do esquecimento</i>	<i>Fr (%)</i>
Não esquecem	53,2
Excesso de trabalho	8,5
Ao sair de casa, não leva junto consigo	4,4
Distração	3,6
Esquecimento	3,4
Correria do dia-a-dia	2,9
Não responderam	2,9
Horário	2,5
Quantidade de medicamentos	1,7
Descrença no tratamento	1,6
Efeito adverso	1,0
Se confundem	1,0
Memória	1,0
Preguiça	1,0
Preocupações	1,0
Estresse	1,0
Sentir-se bem	1,0
Ter necessidade de tomar em jejum	1,0
Achar que o medicamento não vai resolver	0,7
Não sabem	0,7
Não dão importância à doença	0,6
Desinteresse	0,5
Não aceitam a doença	0,5
Cansa de tomar os medicamentos	0,4
Medo de tomar o medicamento	0,2
Outros	3,7
O que lhe incomoda em um medicamento ao ponto de não utilizá-lo	
Nenhum incômodo	42,6
Efeito adverso	29,5
Forma Farmacêutica	7,5
Falta de efeito	3,8
Quantidade de medicamentos do tratamento	2,9
Não responderam	2,9
Não gostam de tomar medicamento	1,7
Não sabem	1,7
Depender do medicamento para o resto da vida	1,5
Financeiro	0,8
Falta de medicamentos no Sistema de Saúde	0,7
Outros	4,4

Continuação da Tabela VI.

<i>Motivos do esquecimento</i>	<i>Fr (%)</i>
Enfermidade que alertariam pessoas para nunca esquecer de tomar os medicamentos	
Hipertensão Arterial Sistêmica	30,0
Diabetes mellitus	19,5
Câncer	16,6
Nenhuma	16,4
Não Respondeu	8,2
Síndrome da Imunodeficiência Adquirida	5,1
Depressão	2,4
Epilepsia	1,4
Doenças Crônicas	0,4
Motivo pelo qual alertariam as pessoas	
Possibilidade de intercorrência	60,6
Nenhuma doença	24,3
Não Respondeu	9,1
Outros	6,0
Influência de fatores externos na auto-medicação	
TV/Rádio	10,8
Vizinho/amigo	30,7
Propaganda de rádio/TV/Jornal/Internet	2,5
O que faz quando falta o medicamento no SUS	
Compram o medicamento	55,6
Fica sem o medicamento	28,6
Nunca aconteceu	11,2
Outros	4,6
Jeito como o médico atende pode ser um determinante para a pessoa tomar um medicamento	53,6
Quantidade de medicamentos de um tratamento é um fator preocupante	75,4
Médico deve conversar a respeito do medicamento e/ou tratamento que é melhor para a sua situação de saúde	90,9
Mais de um medicamento a ser tomado no mesmo horário é um fator de confundimento	23
Costuma comparar o seu tratamento com outras pessoas	12,5
Deixou de tomar medicamento por não saber como funciona	19,7
Acha correto administrar diversos tipos de medicamentos para a mesma doença	42
Medo que o medicamento lhe traga algum efeito ruim	56,8
Deixou de tomar medicamento por não gostar de algo que lhe tenha causado	33,7
Hábito de leitura da bula	78,8
Há algum medicamento atualmente que não está administrando corretamente	16,5
Deixou de tomar algum medicamento pela quantidade de <i>mg</i>	12,5
Acha correto partir qualquer comprimido ao meio	41,9
Acha correto abrir cápsulas e/ou desmachar na boca	10,2

Com o objetivo de verificar as dificuldades relacionadas às formas farmacêuticas, foi elaborado um mostruário com diversos tamanhos e cores de comprimidos e cápsulas para tentar compreender quais são as principais queixas dos pacientes em relação a esse item que pode estar influenciando na não-adesão. Todo o procedimento realizado encontra-se descrito no Anexo I, nas informações de como proceder na questão 35. A Tabela VII contém os medicamentos listados pelos pacientes com seus comentários. Note-se, que aproximadamente 50% dos usuários referem não ter nenhum problema. Dentre aqueles que relataram alguma queixa, o medicamento de maior rejeição foi a cefalexina comprimido, pela dificuldade de deglutir e seu gosto (9,6%) seguido do polivitamínico, de coloração marrom, com 9,4%, pela sua coloração e dificuldade de deglutição. A forma farmacêutica injetável foi referida por 5,3% dos entrevistados, com a queixa de desconforto no momento de administrar. A metformina foi o único medicamento que não estava exposto no mostruário e que foi relatado espontaneamente por 4,3% dos pacientes, com a queixa de dificuldade de deglutir e náusea.

Tabela VII Queixas listadas em relação a medicamentos e formas farmacêuticas quando apresentados aos usuários de medicamentos.

Medicamento e/ou forma Farmacêutica	Fr (%)	Queixa
Nenhuma	46,4	
Cefalexina comprimido	9,6	Gosto, dificuldade de deglutir
Polivitamínico	9,4	Cor, dificuldade de deglutir
Cafeína + carisoprodol+ paracetamol + diclofenaco sódico	6,9	Dificuldade de deglutir
Cefalexina cápsula	5,3	Dificuldade de deglutir
Injetável	5,1	Desconforto na aplicação
Metformina	4,3	Dificuldade de deglutir, náusea
Naproxeno sódico	3,8	Dificuldade de deglutir
Tripsina+alfa-quimotripsina+paracetamol	2,5	Cor, dificuldade de deglutir
Bromidrato de fenoterol	2,2	Medo
Cloridrato de oximetazolina	2,0	Medo
Creme vaginal e supositório	1,1	Desconforto na aplicação
Gotas	1,0	Gosto
Captopril	0,4	Cheiro do comprimido

Nas Tabelas VIII e IX estão registrados os dados referentes aos medicamentos considerados mais importantes e menos importantes para seguir um tratamento, assim como suas justificativas.

A questão refere-se ao número 24 do questionário em anexo. Note-se que, grande parte dos entrevistados, apontam algum medicamento de maior importância, sendo um percentual de aproximadamente 64% e 11,5% não definem ordem de importância, pois consideram todos importantes.

Dentre os medicamentos considerados importantes, destacam-se os anti-hipertensivos (22,7%), a insulina (5,6%) e antidepressivos (5,6%), os anticoagulantes orais (4,7%) e os hormônios tireoidianos (4,1%). Como justificativa, 30,2% dos pacientes referiram não ter ordem de importância, 15,1% relataram dar maior importância àquele tipo de medicamento em que sente-se mal se não tomá-lo, e, medo de sofrer uma intercorrência (13,9%) e já ter sofrido intercorrência ou ter vivenciado com algum familiar (13,9%).

Já, quando questionados sobre a consideração de algum medicamento menos importante, o percentual sobe para 77,4%. Anticoagulantes orais, analgésicos orais, diuréticos e inibidor da bomba de prótons foram os considerados menos importantes. Como justificativa, 76,1% relataram não ter ordem de importância e a de maior ocorrência foi o fato de não ver necessidade de administrar o medicamento (3,2%).

Tabela VIII. Medicamentos considerados mais importantes pelos pacientes

<i>Tipo de Medicamento</i>	<i>Fr (%)</i>
Nenhum	24,8
Anti-hipertensivo	22,7
Todos	11,5
Insulina	5,6
Antidepressivo	5,6
Hipoglicemiantes orais	4,7
Hormônio tireoidiano	4,1
Antiagregante plaquetário	3,2
Imunossupressores	2,8
Analgésicos orais	2,8
Broncodilatadores	1,8
Anticonvulsivante	1,5
Hipolipemiante	1,2
Inibidor da bomba de prótons	1,1
Diurético	1,0
Glaucoma	1,0
Anti-retroviral	0,8
Anti-malárico	0,8
Carbonato de lítio	0,6
Não Responderam	0,5
Vitamina D	0,4
Cálcio	0,4
Não sabem	0,2
Outros	0,9
Justificativa	
Não tem ordem de importância	30,2
Sente-se mal se não tomar o medicamento	15,1
Medo de intercorrência	13,9
Já tiveram alguma intercorrência e/ou já vivenciaram com algum familiar	13,9
Não responderam	11,5
Sente o efeito do medicamento	7,6
Não sabem	1,4
Recomendação médica	1,0
Todos são importantes	0,4
Outros	5,0

Tabela IX. Medicamentos considerados de menor importância pelos pacientes

<i>Tipo de medicamento</i>	<i>Fr(%)</i>
Nenhum	77,4
Não Responderam	6,4
Anticoagulantes orais	2,9
Analgésicos orais	2,3
Diuréticos	1,4
Inibidor bomba prótons	1,3
Anti-hipertensivo	0,9
Hipolipemiante	0,7
Estabilizador de humor	0,6
Não sabem	0,5
Outros	5,6
Justificativa	
Não tem ordem de importância	76,1
Não responderam	9,1
Não vêem necessidade de administrar o medicamento	3,2
Não sabem	1,8
Não sentem o efeito do medicamento	1,4
Não consideram a doença importante	1,0
É uma dose baixa	0,8
Todos são importantes	0,5
Doença está controlada	0,4
Somente retira líquido do corpo	0,4
Não cura	0,2
Outros	5,1

Buscando identificar se existe um diferencial entre o perfil de pessoas que relatam algum fator que pode influir na adesão ao tratamento daqueles que afirmam não haver nenhum problema, tratou-se de avaliar 5 situações possíveis que pudessem facilitar essa identificação. Para essa avaliação foram utilizados os dados basais constantes na Tabela I e foram consideradas as seguintes situações:

1. Na tabela II, temos um contraste entre as respostas de pacientes que afirmam que nenhum tipo de medicamento apresenta mais facilidade para esquecer de tomar (50%) com os que apontam uma série de elementos que podem influir. Comparando os dois grupos, tem-se na linha 2 da Tabela X, as variáveis em que ocorreram significância estatística.

2. Identificam-se dois grupos de pacientes nas respostas constantes da Tabela IV, os que relatam não terem nenhuma dificuldade para seguir o tratamento e aqueles que as relataram. As diferenças de perfil estão registradas na linha 3 da Tabela X.
3. A Tabela VI apresenta os motivos que levam os pacientes a esquecerem de tomar seus medicamentos e os fatores que causam incômodo aos usuários relacionados à não-adesão. Nesse caso, 53,2% relataram não esquecer de tomá-los e 42,6% não relataram algum fator de incômodo, constituindo-se em grupos comparáveis com seus opostos. Os resultados dessas comparações encontram-se registrados nas linhas 4 e 6 respectivamente.
4. A Tabela VII relata as principais queixas dos pacientes em relação às formas farmacêuticas, conforme apresentação do mostruário de medicamentos (ANEXO V). Nesse caso, 46,4% dos pacientes referiram não ter nenhuma dificuldade em relação às formas farmacêuticas. Comparando-se os pacientes restantes com esse grupo, tem-se na linha 5, as variáveis que foram estatisticamente significativas.

O contraste dos perfis mostra que doenças que estão vinculadas a desconforto como dor podem levar os pacientes a esquecerem de tomar seus medicamentos com mais facilidade. Em relação à existência de dificuldade para seguir o tratamento, não se verificou associação com a idade e osteoartrite. O local de obtenção dos medicamentos misto, isto é, uma parte é obtida em postos de saúde e a outra através de recursos familiares foi associado à questão referente à dificuldade de seguir o tratamento e à existência de fator que leva a esquecer de tomar um medicamento. Na questão referente à existência de forma farmacêutica com dificuldade para tomá-la, obteve-se associação com a depressão e a idade de pessoas mais jovens. Enxaqueca, depressão e dor abdominal esteve associada à existência de tipo de medicamento que apresenta mais facilidade para esquecer de tomar e algum fator que propicia dificuldade em seguir o tratamento.

Tabela X. Variáveis basais estatisticamente significativas entre grupos de usuários de medicamentos que afirmavam ter algum problema para não-adesão e nenhum problema.

Tipo de problema	Enxaqueca	Depressão	Osteoartrite	Dor abdominal	Diabetes	Lombalgia	Local aquisição de medicamentos MISTO	Idade
Questão 5. Existência de tipo de medicamento que apresenta mais facilidade para esquecer-se de tomar.	0,011	< 0,001	0,002	0,042	-----	-----	-----	-----
Questão 6. Existência de dificuldade em seguir o tratamento	0,001	0,001	-----	0,006	0,035	0,050	0,016	-----
Questão 7. Existência de fator que leva a esquecer de tomar medicamentos	-----	-----	0,021	-----	-----	-----	0,049	0,006
Questão 35. Existência de medicamento ou forma farmacêutica identificada em mostruário	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	(+ jovens) 0,026
Questão 8. Existência de fator que causa incômodo ao usuário e influi na adesão	-----	-----	-----	0,015	-----	-----	-----	-----

7. DISCUSSÃO

7.1. PERFIL DA POPULAÇÃO

Por ser altamente prevalente, a HAS em nossa população é o principal problema de saúde da amostra (NOGUEIRA et al, 2010, Duarte et al, 2010). Os dados encontrados de IMC, refletem os mundiais, nos quais se observa que o aumento na prevalência da HAS ocorre juntamente com o aumento do sobrepeso e da obesidade na população (WHO,2000). O excesso de massa corporal é um fator predisponente para a hipertensão e outras co-morbidades, podendo ser responsável por 20% a 30% dos casos de hipertensão; e 75% dos homens e 65% das mulheres apresentam hipertensão diretamente atribuível a sobrepeso e obesidade (SERAFIM et al, 2010). Além disso, pesquisas apontam a obesidade como a maior causadora de HAS. Resultados do Framingham Heart Study sugerem que aproximadamente 78% dos casos de HAS em homens e 65% das mulheres são atribuídos a obesidade (GARRINSON et al, 1987). O estudo de Francischetti e Genelhu(2007), demonstra a relação obesidade/HAS (FRANCISCHETTI; GENELHU, 2007).

A não-adesão é classicamente considerada um fenômeno complexo e multifatorial. A capacidade dos pacientes para seguir os planos de um tratamento de maneira ótima, se vê, com frequência, comprometida por várias barreiras, geralmente relacionadas com diferentes aspectos do problema. Dentre eles, pode-se citar: fatores sociais e econômicos, a equipe ou sistema de saúde, características da enfermidade e do tratamento e os fatores relacionados com o paciente.

Diversos estudos tem demonstrado que, nos países desenvolvidos, a adesão terapêutica em pacientes com enfermidades crônicas fica em torno de 50%. Supõe-se que a magnitude e a repercussão da adesão terapêutica deficiente nos países em desenvolvimento, sejam ainda maiores, dada a escassez de recursos e às iniquidades no acesso à atenção à saúde (Sabaté, 2003 & Unni et al, 2010).

Portanto, as características apresentadas pela população em estudo são as de uma amostra de pacientes com grandes possibilidades de não-adesão e com riscos de saúde, permitindo a

realização do estudo. Na maioria dos pontos abordados que puderam diferenciar dois grupos em contraste – possíveis aderentes e possíveis não-aderentes – verificou-se um percentual de cerca de 50% em cada grupo, estando condizente com os percentuais encontrados em países desenvolvidos. Esse grupo de pacientes relatou que considera sua adesão acima de 80%, contrastando com algumas respostas que demonstram uma tendência para 50% de adesão. Entretanto, algumas explicações são de ordem direta à não-adesão e outras de forma indireta, como no caso da falta de acesso. Portanto, existe a possibilidade da afirmação de que realiza tudo corretamente, mas não considera a acessibilidade ao tratamento quando da resposta dessa questão.

Observando as respostas, pode-se classificá-la em algumas dimensões, conforme se propõe abaixo.

7.2. O paciente como fator de não-adesão

Fatores relacionados com o paciente representam os recursos, o conhecimento, as atitudes, as crenças, as percepções e as expectativas desses. Alguns dos fatores relacionados por vários autores como passíveis de exercerem influência sobre a adesão e que são relacionados ao paciente foram relacionados por Sabaté (2003), sendo eles: o esquecimento, estresse psicossocial, angústia pelos possíveis efeitos adversos, a baixa motivação, o conhecimento e a habilidade inadequados para controlar os sintomas da enfermidade e o tratamento, a não percepção da necessidade do tratamento, a falta de efeito percebido do tratamento, as crenças negativas com respeito à efetividade do tratamento, não aceitação da enfermidade, incredulidade do diagnóstico, falta de percepção do risco para a saúde relacionado com a enfermidade, mal-entendido com relação às instruções do tratamento, falta de aceitação do monitoramento, baixas expectativas do tratamento, frustração com o profissional de saúde, temor de dependência, ansiedade sobre a complexidade do regime medicamentoso e o sentir-se estigmatizado pela enfermidade.

Os resultados do estudo, são congruentes aos relatos da literatura, pois 56,8% da amostra referem ter medo que o medicamento lhes traga algum efeito ruim, e 33,7% referiram ter deixado de tomar um medicamento por não gostar de algo que lhes tenha causado. Quando questionados sobre o que mais incomoda em um medicamento a ponto de não querer mais utilizá-lo, o item mais prevalente foram os efeitos adversos. A angústia pelos possíveis efeitos adversos parece ser um dos fatores de maior importância relatado pelos pacientes no que dificulta à adesão nesse item (Tabela 6). A adesão se relaciona com a maneira na qual os indivíduos julgam a necessidade pessoal de um medicamento em relação a seus temores pelos possíveis efeitos adversos (SABATÉ, 2003). Portanto, de acordo, com as características apresentadas neste estudo, com relação aos fatores relacionados ao paciente, o fato de ter experimentado algum efeito adverso ou o medo de algum possível efeito podem ter uma maior influência no momento de seguir ou não o tratamento recomendado. Porém, quando ocorre o questionamento acerca da dificuldade de seguir o tratamento conforme recomendação médica, os efeitos adversos não parecem ser um fator relevante pelos entrevistados, e sim a situação financeira.

Destaca-se a diferença encontrada no estudo, quanto ao esquecimento de tomar os medicamentos. Quando questionados acerca das razões atribuídas para o esquecimento de seus medicamentos, 54,6% dos entrevistados relataram algum motivo para o esquecimento, e o fator de maior prevalência foi o horário fixo durante o dia. Quando questionados sobre o que acham que faz com que as outras pessoas esqueçam de tomar seus medicamentos, 66,1% relataram o esquecimento, mas o fator mais relatado pelos pacientes foi o fato de não gostar de si. Nesse momento, questiona-se: o esquecimento é um fator somente relacionado ao paciente? A adaptação do tratamento está levando em consideração os afazeres do paciente?

Vários autores relatam o esquecimento por si, como sendo uma das causas relacionadas ao paciente no que diz respeito à não-adesão. Os dados observados neste estudo, apontam que o esquecimento é um fator secundário, ou seja, decorrente de outros fatores, como a rigidez do horário na administração (Sabaté, 2003, Dilla, 2008). A adaptação do tratamento, segundo

Sabaté, é uma estratégia que tem passado por alto. Essa se refere à adequação do regime e às estratégias de intervenção prescritas às características específicas do paciente. Dentro do contexto, este seria um método comportamental eficaz para melhorar a adesão. Alguns exemplos dos modos em que se pode adaptar o tratamento são: adaptar o horário, as crenças e as preferências dos pacientes; simplificar o regime de dosificação; modificar a via de administração para auxiliar na adesão ao tratamento. Investigações recentes nas ciências do comportamento tem revelado que a população pode ser segmentada segundo um grau de disposição para seguir as recomendações de saúde (SABATÉ, 2003). A congruência entre a disposição do paciente e as tentativas do profissional na intervenção, indica que, com frequência, os tratamentos são prescritos a quem não está preparado para segui-los.

Outro fato importante relatado no estudo é o fato de não ver necessidade de tomar o medicamento ou não sentir falta do mesmo (tabela 3), ser um causa do esquecimento, o que indica que o esquecimento é um fator secundário. Ou seja, os pacientes também devem sentir que o tratamento é eficaz para alcançar as metas de tratamento desejadas e seja inócuo para o uso prolongado. Outro fato importante a ser considerado é que, quando os pacientes são questionados sobre o que leva as outras pessoas a esquecerem de tomar seus medicamentos, o esquecimento per si é lembrado por 7,3% dos entrevistados. Ou seja, há uma tendência maior de relatar o esquecimento quando a pergunta é feita de forma indireta.

Comparando-se os resultados obtidos nas questões 5 e 7 a, expostos na tabela III e VI, respectivamente, relacionadas aos motivos que poderão levar ao esquecimento de tomar um medicamento, faz-se alguns apontamentos. Observe-se as diferenças na formulação das questões: a 5 a tenta remeter o paciente ao motivo que o medicamento lhe traz para o esquecimento, ao passo que a questão 7 questiona diretamente ao que leva o paciente a esquecer de tomar, transferindo, dessa forma, uma maior responsabilidade ao fato. Poderíamos dizer, nesse caso, que quando levados a desviar a culpa pelo esquecimento, como o caso da questão 5, os pacientes tem uma tendência de admitirem algum tipo de esquecimento com mais veracidade. De forma

semelhante, notam-se as diferenças de percentuais obtidas nos itens “não sentir dor” (Tabela III) e “não ver necessidade de administrar o medicamento” (Tabela III), que foram maiores em relação à questão 7 a, em relação aos itens “sentir-se bem” e “achar que o medicamento não vai resolver” (tabela VI).

Os resultados apresentados sugerem que aproximadamente 50% da população tem problemas de adesão ao tratamento. No estudo de Cintra *et al.* (2010), feito com pacientes ambulatoriais, cerca de metade dos pacientes entrevistados afirmou ter cuidados extremos com horário e a forma como tomar os medicamentos. Esse item é coerente com outras investigações na população idosa e em adultos não necessariamente idosos. No entanto, num estudo que avaliou o grau de cumprimento da prescrição médica em idosos, considerando os motivos e as características biossociais, somente 8,4% da amostra cumpriam totalmente o tratamento (CINTRA *et al.*, 2010).

Estudo qualitativo realizado em oito países em desenvolvimento, quanto à adesão com suplementação de ferro, as mulheres entrevistadas alegaram diversos motivos para a não-adesão. Entre eles, destacaram-se a dificuldade de acesso aos medicamentos, gosto ou odor desagradável dos comprimidos, efeitos adversos gastrointestinais, medo de possíveis efeitos adversos relacionados com o parto e o feto, percepção de melhora (que eliminaria a necessidade de continuar tomando os comprimidos) e comportamentos como esquecimento ou não aceitação do tratamento (Dal Pizzol, 2006).

A falta de conhecimento sobre como o medicamento funciona no corpo foi um fator contribuinte para a não administração do medicamento e apresentou uma frequência de 19,7%. O fato de ter que administrar diversos tipos de medicamentos para a mesma doença não é correto para 58% da população. Dependendo da forma como o profissional apresenta o tratamento ao paciente e da visão deste sobre o mesmo, pode existir falta de motivação e incentivo para a adesão a esse tratamento. Ainda, a decisão de seguir ou não pode advir de influências de mídia, familiares e amigos (NICE, 2009).

Quanto ao questionamento sobre a existência de algum medicamento de maior importância no tratamento, 24,8% dos pacientes referiram não ter nenhum de maior importância. Houveram 11,5% dos entrevistados que relataram ser todos importantes. Os medicamentos anti-hipertensivos foram os medicamentos considerados mais importantes pelos entrevistados. A justificativa com maior frequência foi o fato de sentir-se mal se não administrar o medicamento. Fica claro, portanto, que um fator limitante é o senso comum de que regressão ou melhora de sintomas tornam desnecessária a persistência do tratamento. E a barreira torna-se maior para o uso de medicamentos com propósitos preventivos ou para tratar doenças assintomáticas (JIN, 2008).

O estudo de Adam e colaboradores, em Gales, no Reino Unido, verificou a relação entre as crenças acerca da asma e a adesão ao tratamento preventivo. Mediante estratégias de entrevista qualitativa, os autores identificaram três características: os que negam o padecimento, se distanciam dele, os que aceitam a enfermidade e os pragmáticos. A análise sugeriu que a percepção que um paciente asmático tem de sua enfermidade pode influir na adesão ao tratamento preventivo da asma.

Quando questionados sobre a existência de algum medicamento de menor importância, 77,4% referiram nenhum medicamento. Os anticoagulantes orais foram os medicamentos considerados menos importantes pelos pacientes. A justificativa de não ver necessidade de administrar o medicamento apresentou uma frequência de 3,2% (Tabela VIII e Tabela IX).

Quanto à influência de fatores externos relacionados à auto-medicação, a prevalência foi maior naqueles que referiram ter tido alguma influência por amigos, vizinhos ou parentes.

Os pacientes podem sentir-se frustrados se não forem solicitados e levados em conta suas preferências a respeito das decisões terapêuticas. Por exemplo, aqueles que se sentem menos facultados a respeito das decisões terapêuticas experimentaram mais atitudes negativas frente ao tratamento antiretroviral prescrito e informaram taxas de adesão terapêutica inferiores (Webb *et al.*, 2001).

De acordo com o estudo, os medicamentos relatados pelos pacientes com maior facilidade ao esquecimento foram os anti-hipertensivos, com uma prevalência de 9,5%. Tal fato pode decorrer de características psicológicas que levam os pacientes a perceber a enfermidade como uma consequência do stress e ansiedade, como relata o estudo de Mallion e Schimitt.

Mallion & Schimitt (2001) afirmam que características psicológicas levam os pacientes a perceber a hipertensão como uma consequência do stress e ansiedade, não necessitando por isso de tratamento específico, enquanto outros pacientes consideram que o diagnóstico seja sinônimo de velhice, os levando a rejeitar o tratamento (Mallion & Schimitt, 2002 & Oshiro *et al.*, 2010).

7.3. Medicamento e tratamento farmacológico

Muitos autores postulam como um dos principais fatores ou obstáculos para a não-adesão ao tratamento a complexidade dos regimes de tratamento farmacológico (DILORIO *et al.*, 2003 & STONE *et al.*, 2001). A prescrição tornou-se quase que obrigatória nas consultas médicas, sendo o médico avaliado pelo paciente por esta prática. Assim, a prescrição do medicamento tornou-se sinônimo de boa conduta médica, justificando sua enorme demanda (MEDEIROS *et al.*, 2009). Os medicamentos tem sido largamente utilizados não apenas para aliviar os sintomas, mas prevenir doenças no futuro. Os avanços na medicina, combinados com o envelhecimento da população tem resultado em uma maior complexidade do regime terapêutico (NICE, 2009).

A complexidade da terapia é, no entanto, um conceito teórico independente de fatores clínicos, farmacológicos e demográficos, tendo como seus fatores chaves formas de dosagem, frequência da dose e instruções adicionais (GEORGE *et al.*, 2004).

Dado que a maior parte da atenção necessária para as enfermidades crônicas se baseia no autocuidado dos pacientes (que no geral, requerem politerapias complexas, emprego de tecnologias médicas para o monitoramento e alterações no modo de vida do paciente, estes enfrentam riscos potencialmente fatais se não observarem as recomendações de saúde como foram prescritas). Nestes, estão incluídos, as recaídas mais intensas, o risco aumentado de

dependência, abstinência e efeito rebote, desenvolvimento de resistência aos tratamentos, de toxicidade e risco aumentado de acidentes. A politerapia resultante é um problema bem reconhecido para muitos pacientes.

De acordo com os resultados do questionamento aos pacientes, 30% da população administram mais de 7 medicamentos ao dia e 35,1% apontam o fato de tomar muitos medicamentos ao mesmo tempo como um fator dificultador da adesão ao tratamento. O fato de tomar muitos medicamentos ao dia é um fator de preocupação para 75% da amostra em estudo.

A literatura demonstra que o número de medicamentos, a frequência das doses, as instruções para a administração e as formas de dosificação prescritas influem nos resultados da terapia (GEORGE *et al.*, 2004 & ACURCIO *et al.*, 2009).

O estudo de Acúrcio *et al.* (2009), que avaliou a complexidade dos regimes terapêuticos em idosos, revelou que o número de medicamentos influencia a complexidade do regime, porém não pode ser considerado um fator único. Tratamentos com o mesmo número de medicamentos podem apresentar graus de complexidades diferenciados, podendo ocasionar diferentes níveis de dificuldade para o cumprimento da prescrição e, conseqüentemente, de adesão ao tratamento. No mesmo estudo, foi observado que diversos outros fatores devem ser considerados na análise de complexidade, como forma farmacêutica, necessidade da execução de uma ação mecânica, instruções adicionais a serem seguidas e, principalmente, frequência da administração da dose prescrita.

Múltiplos medicamentos e doses freqüentes podem piorar a adesão, entretanto, o número de comprimidos que se toma de uma vez parece não ter tanta importância quanto à frequência da dose. Além disso, a combinação do hábito cotidiano do paciente com as doses incrementa a adesão (BATALLA-MARTINEZ *et al.*, 1984).

Metanálise com 11,485 observações relatou que a média de adesão em pacientes com frequência de dose uma vez ao dia é significativamente maior que múltiplas doses ($p < 0,001$), mostrando a importância de fármacos com tempo de meia-vida longo (ISKEDJIAN *et al.*, 2002).

O presente estudo identifica alguns pontos similares ao relatado na literatura, como interferentes na adesão ao tratamento, tais como: a elevada quantidade de medicamentos ingeridos ao dia (Tabela I), pois 30% da população tomam mais de 7 medicamentos ao dia, sendo que 53,6% relatam administrar mais de 7 comprimidos durante o dia, a frequência de administrações dos medicamentos, pois 52,3% da amostra relatou que o número de administrações do medicamento é um dificultador de adesão. Além disso, 19,1% dos pacientes entrevistados relataram a necessidade de execução de ação mecânica como sendo importantes fatores que podem estar contribuindo na não-adesão ao tratamento. (Tabela II).

7.4. O profissional de saúde

Albaz e colaboradores concluíram que as variáveis de organização do atendimento prestado (tempo passado com o médico, continuidade de sua atenção, estilo de comunicação e estilo de relação interpessoal) são muito mais importantes que as variáveis sociodemográficas (sexo, estado civil, idade, nível de escolaridade e estado de saúde) para afetar a adesão terapêutica dos pacientes (ALBAZ,1997). Os resultados deste estudo, no que diz respeito à maneira com que o médico atende um paciente, é um fator que contribui para o paciente tomar ou não um determinado medicamento, e foi relatado por 53,6% da amostra em estudo (tabela 6). Dunbar et al, indicaram que o tempo que o paciente passa com o médico se relaciona positivamente com a adesão terapêutica (Dunbar et al, 1979).

A falta de tempo na comunicação médico-paciente, especialmente em níveis básicos assistenciais, unido a dificuldades na comunicação entre ambos, constitui um motivo para o abandono do regime terapêutico (Dilla, 2008).

Os profissionais podem ter uma repercussão significativa ao avaliar o risco de não-adesão e intervir para otimizar a adesão terapêutica. Sabaté, em 2003, refere que o treinamento dos profissionais deve abordar os seguintes temas: conhecimento (informação sobre adesão

terapêutica), o raciocínio (o processo clínico de tomada de decisões) e a ação (ferramentas comportamentais para os profissionais de saúde).

Vários estudos tem enfatizado a função central da comunicação eficaz entre os pacientes e os profissionais de saúde para promover a adesão, o que pode ser evidenciado neste estudo, pois 90,9% dos pacientes relataram achar que deve haver uma conversa entre médico e paciente a respeito do melhor tratamento no seu caso.

7.5. A condição de doença

Alguns determinantes da condição da doença têm impacto sobre a adesão ao tratamento. São assim, a gravidade dos sintomas, nível de deficiência (física, psicológica e social), taxa de progressão da doença e disponibilidade de tratamento efetivo que influenciam a percepção de risco do paciente e a importância dada ao seguimento dos tratamentos.

A hipertensão arterial sistêmica foi a doença mais relatada pelos entrevistados como sendo aquela que alertariam as outras pessoas para nunca esquecerem de tomar seus medicamentos, sendo referida por 30% da população em estudo. O motivo pelo qual alertariam as pessoas foi a possibilidade de intercorrência, o que pode indicar um maior conhecimento dos riscos que a doença não controlada pode acarretar. A associação da adesão com doenças prévias, inclusive com a história familiar de doenças cardiovasculares, foi verificada por Yahya, Mehza e Ghareeb (2006), que estudaram hipertensos no Kuwait.

Quando se está doente, trabalhar é difícil e a aprendizagem é ainda mais difícil. A enfermidade embota a criatividade, limita as oportunidades. A menos que se previnam as conseqüências da enfermidade, ou que ao menos se reduza ao mínimo, a enfermidade mina as pessoas e as leva ao sofrimento, à desesperança e à pobreza. (Kofi Anan, em ocasião apresentação do Informe sobre Macroeconomia e Saúde).

No estudo de Chambers et al., foram investigados 694 pacientes asmáticos, em grande parte sintomáticos, de 18 a 49 anos de idade, aos que lhes haviam sido prescritos corticosteróides

inalados. O resultado deste estudo foi o baixo grau de adesão ao tratamento autotificado. 62% dos pacientes informaram o uso do corticosteróide inalado inferior ao regular, de 2 vezes ao dia. 36% dos pacientes fez sua opção “uns dias utilizam ao menos 2 vezes, mas outros dias não fazem o uso em absoluto” e 22% informaram que já não empregam o uso de corticosteróides inalados. 4% dos pacientes disseram nunca ter utilizado corticosteróides inalados. Para aqueles que não foram plenamente aderentes, lhes foi pedido que especificassem as razões para o não uso dos mesmos, e o motivo citado com maior frequência foi que recorreram ao tratamento somente quando acreditavam necessitá-lo. Isto pode ser um indicativo de que muitos pacientes crêem que sua enfermidade é um quadro episódico, no lugar de uma enfermidade crônica, e que o tratamento somente é necessário quando são produzidas exarcebações. Neste sentido, a adesão aos medicamentos pode estar relacionada com a vulnerabilidade percebida do paciente às conseqüências negativas da enfermidade, e que um maior sentido de risco pode estar relacionado a uma melhor adesão ao tratamento.

7.6. O sistema de saúde e políticas de governo

No Brasil, o poder Executivo tem aumentado os gastos públicos com saúde nos últimos anos. Ao desagregar esse gasto por elementos de despesa, observa-se que os medicamentos são responsáveis por parcela considerável e constituem o componente que mais tem contribuído para esse incremento. De 2002 a 2006, os gastos do Ministério da Saúde na aquisição de medicamentos aumentaram 123,9% - sem incluir os recursos alocados no Programa Farmácia Popular (MS, 2007).

Esse aumento vem tentando responder aos anseios da população em relação à melhoria do acesso a medicamentos. Entretanto, alguns estudos (IDEC, 2007; OPS, 2005) tem evidenciado insuficiências no acesso gratuito, inclusive aqueles considerados essenciais. Em geral, os estudos ainda revelam que a despesa com medicamentos representa a de maior peso no gasto total com

saúde das famílias no Brasil, impactando fortemente no orçamento, principalmente entre os mais pobres (OPS, 2005).

O acesso a medicamentos é um indicador da qualidade e resolutividade do sistema de saúde e um determinante importante do cumprimento do tratamento prescrito.

Quanto ao modo de obtenção dos medicamentos, 54,3% dos pacientes utilizam o sistema misto de aquisição, ou seja, não conseguem adquirir todos os seus medicamentos através do Sistema Único de Saúde, havendo necessidade de aquisição através do comércio. Apenas 21,8% da população conseguem obter todos os seus medicamentos no Sistema Único de Saúde. Embora não tenha sido detectado sistematicamente que o nível socioeconômico seja um fator preditivo independente de adesão; nos países em desenvolvimento, o baixo poder aquisitivo pode colocar os pacientes numa posição de ter que eleger entre prioridades. Por outro lado, deve-se considerar que uma das razões para a necessidade de buscar complemento na obtenção de medicamentos no SUS com sua aquisição no mercado, pode-se dar devido a reações adversas, refratariedade a um medicamento ou a uma enfermidade resistente às associações disponíveis. Esse dado, se melhor estudado, pode revelar a necessidade do estabelecimento de uma política especial para essa parcela da população.

Dentro do questionamento sobre as dificuldades de seguir o tratamento conforme recomendação médica, 49,7% dos pacientes relataram não ter nenhuma dificuldade (tabela IV). A dificuldade financeira foi a de maior prevalência, com um total de 23,2%. Isto revela uma possível dependência desses sujeitos em relação à Rede Básica de Saúde, já que 54,3% da população adquirem seus medicamentos de uma forma combinada, entre unidade básica de saúde e comércio, justificada, em parte, pela baixa renda familiar mensal informada (média de 2,4 salários mínimos).

7.7. A farmácia

A farmácia caracteriza-se como um local onde ocorre o contato direto e frequente com os pacientes, podendo ser um elo de contribuição na adesão ao tratamento (Sabaté, 2003, Bastos *et al.*, 2010). Em geral, as farmácias não estão inseridas dentro dos propósitos de estímulo à adesão a tratamentos. Atualmente, se vê o profissional farmacêutico afastado das atividades clínicas, em vista das exigências administrativas. Além disso, a formação não prepara o profissional para a prática da Atenção Farmacêutica.

Naves *et al.* assinalaram que, no Brasil, há uma série de peculiaridades em relação ao comércio varejista de medicamentos. Uma delas refere-se ao fato de a maior parte deste segmento ser composta de proprietários leigos, não havendo mecanismos de impedir a abertura de novas farmácias por eles. Nesse contexto, basta que a farmácia atenda às exigências sanitárias locais e federais, quanto à estrutura física e aos requisitos legais, e que contrate um farmacêutico responsável técnico, para poder abrir e funcionar. Os demais funcionários desses estabelecimentos tem, via de regra, baixa escolaridade, não havendo, na maioria dos casos, exigências de qualificação prévia para fazer parte do quadro de funcionários de uma farmácia. Como decorrência, não é incomum que profissionais leigos sem qualquer formação ou qualificação específica na área da saúde estejam, nesses estabelecimentos, em contato com o público e com o processo de atendimento de suas necessidades, em termos de aquisição e orientação no consumo e uso de medicamentos.

Bastos *et al.* ao entrevistar farmacêuticos da rede privada, verificou que as relações no interior das farmácias foram as maiores dificuldades relatadas em relação à atuação do farmacêutico. Essas relações sociais assumem diversas interfaces, entre as quais foram destacadas: trabalho de convencer a equipe de balconistas e gerente a colaborar, de modo que haja uma prática mais ética e menos comercial na farmácia, resistência de alguns balconistas no sentido de implementar procedimentos orientados pelos farmacêuticos; o fato de os “clientes” das farmácias confundirem sistematicamente o farmacêutico com o balconista; e o próprio exercício de estar em contato com

o público, no esclarecimento de dúvidas, visto a falta ou a precariedade de treinamento específico nas faculdades de farmácia, bem como a ausência, em boa parte dos estabelecimentos, de condições de infraestrutura mínimas para que tal se realize com a privacidade, o sigilo e a ética necessários. Segundo a RDC 44, de 17 de agosto de 2009, o estabelecimento farmacêutico deve assegurar ao usuário o direito à informação e orientação quanto ao uso de medicamentos. São elementos importantes da orientação, entre outros, a ênfase no cumprimento da posologia, a influência dos alimentos, a interação com outros medicamentos, o reconhecimento de reações adversas potenciais e as condições de conservação do produto (ANVISA, 2009). Poder-se-ia incluir ainda, conhecimentos relacionados ao mecanismo de ação dos medicamentos e forma farmacêutica. Nesse caso, propõe-se que a orientação siga uma individualização obedecendo às necessidades do paciente, por meio de uma abordagem nele centrada e adaptando-a às realidades locais.

7.8. Os perfis de não-aderentes

Este estudo encontrou dados de que doenças que causam algum tipo de dor, influenciam na não-adesão, fazendo com que as pessoas tenham uma maior facilidade de esquecer de tomar medicamento(s), dificultando a adesão ao tratamento, provavelmente de co-morbidades. As doenças associadas às questões 5, 6, 7, 8 e 35 foram, enxaqueca, depressão, osteoartrite e dor abdominal. Somente a dor abdominal esteve associada ao fator de incômodo que pode levar ao usuário não querer mais utilizar um determinado medicamento. Já, com relação à dificuldade de tomar ou entender como tomar uma determinada forma farmacêutica, somente o fator idade (+ jovens) esteve associado. O local de aquisição dos medicamentos (misto), ou seja, quando a obtenção dos medicamentos é feita através do Sistema público de saúde e também através de recursos próprios, foi associado à dificuldade de seguir o tratamento e à existência de um fator que leva o esquecimento. Embora, os gastos públicos com saúde no Brasil, tenham sido crescentes, sendo os medicamentos o componente de maior contribuição nesse incremento, os

estudos ainda revelam que os medicamentos são a maior despesa no gasto total com saúde das famílias (OPAS, 2005, SANT'ANA et al, 2011). Em que pese a complexidade e dificuldade de medir acesso a medicamentos, poucos estudos realizados no Brasil investigaram aspectos relacionados ao acesso de medicamentos essenciais em unidades públicas de saúde (OPAS, 2005).

Diversos estudos relatam a dificuldade dos pacientes em seguir o tratamento no diabetes mellitus, seja pela administração da insulina (injetável), seguimento da dieta, realização de atividade física (Peres et al, 2007, Pontieri FM et al, 2010). Sabe-se, diante dos relatos da literatura, que o fator relacionado à doença exerce influência na adesão ao tratamento, que pode ser lida como o paciente vê o seu estado e compreende a sua enfermidade. A ausência de sintomas, em algumas fases do processo de adoecimento, por exemplo, é um dos fatores citados para a não-adesão à terapia da AIDS. O estudo de Souza et al (2010) explorou as barreiras que impedem a adesão de indivíduos no tratamento da osteoporose, uma doença que também causa dor, como a osteoartrite, evidenciada neste estudo, mostrou que as pessoas não costumam considerar a doença como um problema relevante de cuidado com a saúde, uma vez que ela se desenvolve silenciosamente, diferentemente de outras patologias. Os resultados do estudo não evidenciaram associação das doenças crônicas HAS e DM como maior dificuldade de seguir o tratamento ou maior facilidade para o esquecimento desses medicamentos, e, tal fato, pode ser em decorrência dessas doenças serem as principais citadas na tabela 6, nas quais os pacientes alertariam as outras pessoas para nunca esquecer de tomar os medicamentos, podendo ser um indicativo de que as pessoas tenham um maior conhecimento dos riscos que essa patologia pode acarretar.

8. CONCLUSÕES

Do ponto de vista do paciente, vários são os fatores que podem influir na adesão ao tratamento. Trata-se de um fenômeno multidimensional, multifatorial que leva a necessidade de uma abordagem personalizada, onde cada uma das possibilidades deve ser avaliada. Existem alguns fatores que podem preponderar em uma população mais do que em outra. Mas a certeza é de que os profissionais da saúde necessitam utilizar toda sua arte em conjunto com as evidências clínicas para chegarem a resultados terapêuticos otimizados. Pode-se verificar com os achados, que não existe um pequeno grupo de itens que podem influenciar a não-adesão. A busca pela identificação de fatores que podem influenciar deve ser constante e também não limitada a uma única dimensão. Essa posição é corroborada pelos dados encontrados. Entretanto, pacientes com sofrimento físico e psicológico, bem como os mais jovens, parecem ter uma maior predisposição à não-adesão. Novos estudos são necessários para verificar se esses dados repetem-se em outras populações.

Por outro lado, este estudo não verificou, alguns fatores, devido a abordagem realizada, como por exemplo, fatores cognitivos.

A adesão a medicamentos não é uma dicotomia e os pacientes podem exibir uma ampla variedade de modelos de uso de medicamentos. O acesso a medicamentos é necessário, mas insuficiente em si para tratar efetivamente as enfermidades.

Não há uma estratégia de intervenção ou conjunto de estratégias que seja eficaz para todos os pacientes. Em consequência, as intervenções dirigidas à adesão terapêutica devem adaptar-se às exigências particulares relacionadas com a enfermidade experimentada pelo paciente. Para consegui-lo, o sistema e provedores dos serviços de saúde devem contar com meios para avaliar com exatidão não somente a adesão terapêutica, mas também os fatores que a influenciam. As intervenções devem ser convertidas em um componente central de esforços para melhorar a saúde da população em todo o mundo. Dentre alguns dos fatores identificados pelo estudo, estão: necessidade de adaptação dos regimes de tratamento, dificuldade financeira, efeitos adversos dos

medicamentos, problemas relacionados à forma farmacêutica, não aceitação da enfermidade e falta de motivação para tratar a mesma. É pouco provável que o mero fornecimento de informação aos pacientes modifique o seu comportamento; o profissional de saúde deve compreender os princípios psicológicos que são a base do treinamento no autocuidado, e, compreender que a motivação dos mesmos requer mais que informá-los.

Referências bibliográficas:

ABESO – Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica. Disponível em. Acesso em janeiro de 2011.

Acúrcio FA, Silva AL, Ribeiro AQ, Rocha NP, Silveira MR, Klein CH, Rosenfeld R. Complexidade do regime terapêutico para idosos. **Revista da Associação Médica Brasileira**, v.55, n.4, 2009.

Aggarwal B, Mosca L. Lifestyle and Psychosocial risk factors predict non-adherence to medication. **Annals of Behavioral of Medicine**, v.40,n.2, p.228-33,2010.

Aguillar CAP, Martinez YV, Bernal YS, Martinez RR, Ulloa, RA. Performance of two questionnaires to measure treatment adherence in patients with Type-2 Diabetes. **BMC Public Health**, v.9, n.38, 2009.

Albaz RS. Factors affecting patient compliance in Saudi Arabia. **Journal of Social Sciences**, v.25, p.5-8, 1997.

Allen JA, Curtiss FR, Fairman KA. Nonadherence, Clinical Inertia, or Therapeutic Inertia. **Journal of Managed Care Pharmacy**, v.15, n.8, p.690-95,2009.

Aronson JK. Compliance, concordance, adherence. *British Journal of Clinical Pharmacology*, v. 63, n.4, p.383-384, 2007.

Barbosa RGB, Lima NKC. Índices de adesão ao tratamento anti-hipertensivo no Brasil e no mundo. *Revista Brasileira de Hipertensão* v.13, n.1, p.35-38, 2006.

Bell JS, Airaksinen MS, Lyles A, Chen TF, Aslani P. Concordance is not synonymous with concordance or adherence. *Brithish Journal of Clinical Pharmacology* v.64, n.5, p.710, 2007.

Carvalho CV, Duarte DB, Hamann EM, Bicudo E, Laguardia J. Determinantes da aderência à terapia anti-retroviral combinada em Brasília, Distrito Federal, Brasil 1999-2000, **Caderno de Saúde Pública**, v.19, n.2,p. 593-604,2003.

Chamorro MAR, Jiménez E, Amariles P, Chamorro A, Faus MJ. Revisión de tests de medición del cumplimiento terapéutico utilizados en la práctica clínica, **Atención Primaria**, v.40, n.8, p. 413-417, 2008.

- Cintra FA, Guariento ME, Miyasaki LA. Medicine adherence in elderly people in an ambulatorial attendance. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.15, n.3, p.3507-15, 2010.
- Cramer JA, Rosenheck R, Kirk G, Krol W, Krystal J. Medication compliance feedback and monitoring in a clinical trial: predictors and outcomes. **Value Health**, v.6, n.5, p.566-73, 2003.
- Cramer JA, Roy A, Burrell A, Fairchild JC, Fuldeore JM, Ollendorf AD, Wong KP. Medication Compliance and Persistence: Terminology and Definitions. **Value in Health**, v.11, n.1, p.44-7, 2008.
- Dawson B, Trapp RG. *Bioestatística básica e clínica*. 3ªed. Rio de Janeiro: McGraw-Hill, 2003.
- Di Noia J, Prochaska JO. Mediating Variables in a Transtheoretical Model Dietary Intervention Program. **Health Education & Behavior**, v.37, n.5, p.753-62, 2010.
- Doggrell AS. Adherence to Medicines in the Older-Aged with Chronic Conditions Does Intervention by an Allied Health Professional Help? **Drugs Aging**, v.27, n.3, 2010.
- Duarte MTC, Cyrino AP, Cerqueira ATAR, Nemes MIB, Iyda M. Motivos do abandono do seguimento médico no cuidado a portadores de hipertensão arterial: a perspectiva do sujeito. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.15, n.5, p. 2603-10, 2010.
- Dilla T, Valladares A, Lizán L, Sacristán J. Treatment adherence and persistence: causes, consequences and improvement strategies. **Atención Primaria**, v.41, n.6, p. 342-8, 2009.
- Dunbar J, Marshall G, Hovell M. Behavioral strategies for improving compliance. En. Haynes RB.ed. *Compliance in health care*. Baltimore, John Hopkins University Press, p.174-90, 1979.
- Farmer KC. Methods for Measuring and Monitoring Medication Regimen Adherence in Clinical Trials and Clinical Practice. **Clinical Therapeutics**, v.21, n.6,p. 1074-90, 1999.
- George J, Phun YT, Bailey MJ, Kong DCM, Stewart K. Development and validation of the medication regimen complexity index. **Ann Pharmacother**. 2004;38:1369-76
- Hawkshead J, Krousel-Wood MA: Techniques for measuring medication adherence in hypertensive patients in outpatient settings. Advantages and limitations. **Disease Management & Health Outcomes** 2007 , 15(2):109-118.

- Haynes RB. Improving patient adherence: State of the art, with a special focus on medication taking for cardiovascular disorders. In: Burke LE, Okene IS (eds). *Patient Compliance in Healthcare and Research*. American Heart Association Monograph Series. Armonk, NY: Futura Publishing Co 2001, p. 3-21.
- Haynes RB, McDonald HP, Garg AX. Helping patients follow prescribed treatment: clinical applications. *JAMA*, v.288, n.22, 2880-3, 2002.
- Horne R. Concepts and terminology. In: Horne R, Weinman J, Barber N et al, *Concordance, Adherence and Compliance in Medicine Taking – Report for the National Co-ordinating Centre for NHS Service Delivery and Organisation Research and Development*, pp 27–37
- Jin J, Sklar GE, Oh VMS, Li SC. Factors affecting therapeutic compliance: A review from the patient's perspective. ***Therapeutics and Clinical Risk Management***, v.4, n.1, p. 269-286, 2008.
- IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Disponível em www.ibge.gov.br Acesso em janeiro de 2011.
- Kaufman G, Birks Y. Strategies to improve patient's adherence to medication. ***Nursing Standard***, v.25, n.2, p.51-7, 2010.
- Krueger PK, Berger AB, Felkey B. Medication adherence and persistence: a comprehensive review. ***Advances in Therapy***, v.22, n.4. p.313-56,2005.
- Júnior LL, Greco DB, Carneiro M. Avaliação da Aderência aos anti-retrovirais em pacientes com infecção pelo HIV/Aids. ***Revista de Saúde Pública***, v.35, n.6, p. 495-501, 2001.
- Lehany, E.; Mccarthy, G. Intentional and unintentional medication non-adherence: A comprehensive framework for Clinical research and practice? A discussion paper. ***International Journal of Nursing Studies***, v.44, p.1468-77,2007.
- Mallion JM, Schmitt D. Patient compliance in the treatment of arterial hypertension. ***Blood Press***. v.11, n.4, p.253-4, 2002.
- Marie A, Chisholm B, Spivey CA. Pharmacoadherence: A new term for a significant problem. ***American Journal of Health System Pharmacy***, v.65, n.7, p. 661-667,2008.

Medeiros EFF, Moraes CF, Karnikowski M, Nóbrega OT, Karnikowski MGO. Intervenção interdisciplinar enquanto estratégia para o Uso Racional de Medicamentos em Idosos. *Ciência e Saúde Coletiva*.

Morgan M. Managing hypertension: belief and responses to medication among cultural groups. ***Sociology of Health & Illness***, v.10, p.561-78, 1988.

National Institute for Health and Clinical Excellence (Nice) and National Collaborating Centre for Primary Care: Nunes V, Nelson J, O'Flynn N, Calvert N, Kuntze S, Smithson H, et al. **Clinical guidelines and evidence review for medicines adherence: involving patients in decisions about prescribed medicines and supporting adherence**. London: National Collaborating Centre for Primary Care and Royal College of General Practitioners; 2009.

Nogueira D, Faerstein E, Coeli CM, Chor D, Lopes CS, Werneck GL. Reconhecimento, tratamento e controle da hipertensão arterial: Estudo Pró-Saúde, Brasil. *Rev. Panam Salud Publica*, v.27, n.2, p.103-109, 2010.

O'Carroll R, Whittaker J, Hamilton B, Johnston M, Sudlow C, Dennis M. Predictors of Adherence to Secondary Preventive Medication in Stroke Patients. ***Annals of Behavioral Medicine***, online first, 2010.

Oliveira BM, Viana MB, Arruda LM, Ybarra MI, Romanha AJ. Avaliação da Adesão ao tratamento através de questionários: estudo prospectivo de 73 crianças portadoras de leucemia linfoblástica aguda. ***Jornal de Pediatria***, v.81, n.3, p.245-50, 2005.

Organização Pan-Americana da Saúde. Avaliação da Assistência Farmacêutica no Brasil: estrutura, processo e resultados. Brasília: OPAS/Ministério da Saúde; 2005.

Oshiro ML, Castro LLC, Cymrot R. Fatores para não-adesão ao programa de controle da hipertensão arterial em Campo Grande, MS. ***Rev Cien Farm Bas Apl***, v.31, n.1, p.95-100, 2010.

Osterberg L, Blaschke, T. Drug Therapy: Adherence to medication. ***New England Journal of Medicine***, v.353, n.5, p. 487-97, 2005.

Péres DS, Santos MA, Zanetti ML, Ferronato AA. Dificuldade dos pacientes diabéticos para o controle da doença: sentimentos e comportamentos. ***Revista Latino-Americana de Enfermagem***, v.15, n.6, 2007.

Phoenix, K H, Winnie WS. Intentionality of medication non-adherence among individuals living with HIV/AIDS in Hong Kong. ***Aids Care***, v.21, n.6, p. 785-95, 2009.

Polenjack L, Seidl EMF. Monitoring and evaluation of adherence to ARV treatment for HIV/aids: challenges and possibilities. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.15, n.1, p. 1201-1208, 2010.

Pontieri FM, Bachion MM. Crenças de pacientes diabéticos acerca de terapia nutricional e sua influência na adesão ao tratamento. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.15, n.1, p.151-60, 2010.

Prochaska JO, Velicer WF, Rossi JS, Goldstein MG, Marcus BH, Rakowski W, Fiore C, Harlow LL, Redding CA, Rosenbloom D, Rossi SR. Stages of Change and Decisional Balance for 12 Problem Behaviors. **Health Psychology**, v.13, n.1, p.39-46,1994.

Rickles NM. A multi-theoretical approach to linking medication adherence levels and the comparison of outcomes. **Research in Social & Administrative Pharmacy**, v.6, n.1, p.49-62, 2010.

Robin A, Grover DS. Compliance and adherence in glaucoma management. **Indian Journal of Ophthalmology**, v.59, n.7, p.93-96,2010.

Roebuck MC, Liberman JN, Toyama MG, Brennan TA. Medication Adherence Leads to Lower Health Care Use and Costs Despite Increased Drug Spending. **Health Affairs**, v.30, n.1, p.91-99,2011.

Sabaté E. Adherence to long-term Therapies: Evidence for action. World Health Organization, Suíça, 2003, 194p.

Sajatovic M, Velligan DI, Weiden PJ, Valenstein MA, Ogedegbe G. Measurement of psychiatric treatment adherence. **Journal of Psychosomatic Research**, v.69, n.6, p.591-99.

Sallas M, Hughes D, Zuluaga A, Vardeva K, Lebmeier M. Costs of Medication Nonadherence in Patients with Diabetes Mellitus: A Systematic Review and Critical Analysis of the Literature. **Value in Health**, v.12, n.6, p.915-22, 2009.

Sant'ana JMB, Pepe VLE, Osório C, Serpa CG, Ventura M. Essencialidade e Assistência Farmacêutica: considerações sobre o acesso a medicamentos mediante ações judiciais no Brasil. **Revista Pan-americana de Saúde Pública**, v.29, n.2, p.138-44, 2011.

Serafim TS, Jesus ES, Pierin AMG. Influencia del conocimiento sobre el estilo de vida saludable en el control de personas hipertensas. **Acta Paul Enfermagem**, v.23, n.5,p.658-64, 2010.

- Shi L, Liu J, Fonseca V, Walker P, Kalsekar A, Pawaskar M. Correlation between adherence rates measured by MEMS and self-reported questionnaires: a meta-analysis. **Health and Quality of Life Outcomes**, v.13, n.8, p.94-99, 2010.
- Schlenk EA, Bernardo LM, Organist LA, Klem ML, Engberg S. Optimizing Medication Adherence in Older Patients: A Systematic Review. **Journal of Clinical Outcomes Management**, v.15, n.12, p.595-606, 2008.
- Shrank WH, Choudhry NK, Fischer MA, Avorn J, Powell M, Schneeweiss S, Liberman JN, Dollear T, Brennan TA, Brookhart A. The epidemiology of Prescriptions Abandoned at the Pharmacy. **Annals of Internal Medicine**, v.153, n.10, p.633-40, 2010.
- Siegel K. Racial differences in attitudes toward protease inhibitors among older HIV-infected men. **AIDS Care**, v.12, p.423-34, 2000.
- Solán X.N.; Redó, M.L.S.; Garcia J.V. Instrumentos de medida de adherencia al tratamiento. **Anales de Medicina Interna**, v.24, n.3, p.138-41, Madrid, 2007.
- Sumartojo E. When tuberculosis treatment fails: A social behavioral account of patient adherence. *American Review of Respiratory Disease*, v.14, p.1311-1320.
- Unni EJ, Farris KB. Unintentional non-adherence and belief in medicines in older adults. **Patient Education and Counseling**, in press, 2010.
- Vervloet M, Dijk L, Reestman JS, Vlijmen B, Bouvy ML, Bakker DH. Improving medication adherence in diabetes type 2 patients through Real Time Medication Monitoring: a Randomised Controlled Trial to evaluate the effect of monitoring patients' medication use combined with short message service (SMS) reminders. **BMC Health Services Research**, v.11, n.5, p.2-8.
- Webb DG, Horne R, Pinching AJ. Treatment-related empowerment preliminary evaluation of a new measure in patients with advanced HIV disease. **International Journal of STD & AIDS**, n.12, p.103-107, 2001.
- Williams A, Manias E, Walker R. Interventions to improve medication adherence in people with multiple chronic conditions: a systematic review. **JAN review paper**

ANEXOS

ANEXO I



HCPA - HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE GRUPO DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO

COMISSÃO CIENTÍFICA E COMISSÃO DE PESQUISA E ÉTICA EM SAÚDE

A Comissão Científica e a Comissão de Pesquisa e Ética em Saúde, que é reconhecida pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP)/MS como Comitê de Ética em Pesquisa do HCPA e pelo Office For Human Research Protections (OHRP)/USDHHS, como Institutional Review Board (IRB00000921) analisaram o projeto:

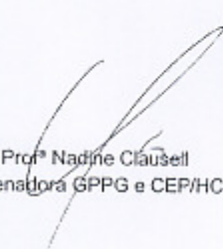
Projeto: 100122 **Versão do Projeto:** 06/04/2010 **Versão do TCLE:** 14/06/2010

Pesquisadores:
TATIANA VON DIEMEN
MAURO SILVEIRA DE CASTRO

Título: Fatores determinantes da não-adesão ao tratamento farmacológico: a visão do usuário do SUS

Este projeto foi Aprovado em seus aspectos éticos e metodológicos de acordo com as Diretrizes e Normas Internacionais e Nacionais, especialmente as Resoluções 196/96 e complementares do Conselho Nacional de Saúde. Os membros do CEP/HCPA não participaram do processo de avaliação dos projetos onde constam como pesquisadores. Toda e qualquer alteração do Projeto deverá ser comunicada imediatamente ao CEP/HCPA.

Porto Alegre, 28 de junho de 2010.


Prof.ª Nadine Cláuset
Coordenadora GPPG e CEP/HCPA

ANEXO II

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título do Projeto: Fatores determinantes da não-adesão ao tratamento farmacológico: a visão do usuário do SUS

Pesquisador Responsável: Prof. Dr. Mauro Silveira de Castro

Pesquisador para Contato: Tatiana von Diemen (51) 96089680

Você está sendo convidado(a) para participar, como voluntário, de uma entrevista sobre o que faz com que as pessoas usem seus medicamentos. Queremos entender, quais são as dificuldades que as pessoas têm para seguir um tratamento com medicamentos. Isso vai nos ajudar a compreender melhor as pessoas. Assim vamos poder saber como tratar melhor delas.

Caso o(a) Sr(a) queira participar, nós vamos fazer uma série de perguntas. São umas 36 perguntas e pode demorar até 20(vinte minutos). As entrevistas vão ser gravadas para que nós não nos esqueçamos de anotar nada. Caso o(a) Sr(a) queira falar algo que não deseja ser gravado, isso será feito com o gravador desligado.

Sua participação não é obrigatória, e, a qualquer momento, você poderá desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa não afetará o atendimento médico posterior.

O pesquisador poderá, quando julgar necessário, excluir as repostas, sem o seu consentimento, quando não houver cumprimento do programa estabelecido. Não haverá cobertura financeira para quaisquer perdas ou inconvenientes decorrentes da participação neste estudo.

Todas as informações obtidas deste estudo, poderão ser publicadas com finalidade científica, mas, os nomes das pessoas envolvidas não serão divulgados em qualquer momento.

CONSENTIMENTO

Declaro ter lido- ou me foi lido – as informações acima antes de assinar este formulário. Foi-me dada ampla oportunidade de fazer perguntas, esclarecendo plenamente minhas dúvidas. Por este instrumento, tomo parte voluntariamente do presente estudo.

Data ___ / ___ / _____

Nome e assinatura do voluntário

Assinatura do Pesquisador Responsável

Observação: O presente documento será assinado em duas vias, de igual teor, ficando uma em poder do usuário do SUS e outra com o Pesquisador.

HCPA / GPPG
VERSÃO APROVADA

28/06/2010
ME 100122

ANEXO III

Perfil Sócio-demográfico e Informações sobre Saúde:

Data de preenchimento: ___/___/___

Entrevistador: _____

1. Identificação

Nome Completo: _____ Idade: _____ anos

Sexo: 1- masculino 2- feminino Peso atual: _____ Kg Altura: _____ m

IMC: _____ [peso / (altura²)]

Escolaridade: _____ Grau 1- Completo 2- Incompleto

(_____ anos de estudo completos)

Repetência escolar: _____ anos repetidos Sabe ler e escrever? 1- Sim 2- Não

Renda Individual: 1- Sim 2- Não

Renda Familiar: R\$ _____

2. Hábitos

Tabagismo Passado: 1- Sim 2- Não Se sim, tempo de uso: _____ anos

Tabagismo Atual: 1- Sim 2- Não Se sim, maior nº de cigarros/dia: _____

Em uma semana, você realiza quantas horas de caminhadas rápidas?

3. Fatores relacionados ao sexo feminino

Menopausa: 1- Sim 2- Não Se sim, idade _____

Terapia de Reposição Hormonal (atual): 1- Sim 2- Não

4. História de Doenças Clínicas (atual e passada)

Use o quadro. Se Sim, preencher o tempo em tratamento.

Você já teve alguma destas doenças? Marcar com um X

1	Sim	Tempo em Tratamento	Não	Não sei	Diabetes
2	Sim	Tempo em Tratamento	Não	Não sei	Pressão Alta
3	Sim	Tempo em Tratamento	Não	Não sei	Enxaqueca
4	Sim	Tempo em Tratamento	Não	Não sei	Asma
5	Sim	Tempo em Tratamento	Não	Não sei	Câncer

6	Sim	Tempo em Tratamento	Não	Não sei	Pneumonia
7	Sim	Tempo em Tratamento	Não	Não sei	Dor abdominal
8	Sim	Tempo em Tratamento	Não	Não sei	Osteoartrite
9	Sim	Tempo em Tratamento	Não	Não sei	Lombalgia
10	Sim	Tempo em Tratamento	Não	Não sei	Depressão
11	Sim	Tempo em Tratamento	Não	Não sei	Rinite Alérgica

Você é portador de alguma doença não perguntada? Qual? _____

1. Quantos remédios diferentes o(a) Sr(a) toma diariamente?

- () Nenhum
- () 1- 2
- () 3- 4
- () 5- 6
- () 7 ou mais

2. Quantos comprimidos o(a) Sr(a) toma diariamente?

- () 1 – 2
- () 3 – 4
- () 5 – 6
- () 7 ou mais

3. Como o(a) Sr(a) consegue seus medicamentos?

4. Vou dizer algumas frases e o(a) Sr(a) me diz se CONCORDA OU NÃO CONCORDA:

- () () Tomar muitos remédios ao mesmo tempo me faz esquecer de tomar algum deles
- () () Quanto mais vezes ao dia eu tenho que tomar um medicamento, é mais fácil eu esquecer de tomar
- () () Quando o médico lhe diz que o(a) Sr(a) precisa partir o comprimido ao meio, ou tomar 2 comprimidos de cada vez faz com que o(a) Sr(a) se atrapalhe

5. a) Qual o tipo de medicamento que o(a) senhor(a) mais esquece de tomar/ ou acha mais fácil esquecer de tomar?

a) Por quê?

b) Então não é todo o tipo de medicamento que o(a) Sr(a) esquece?

6. Quais os problemas ou dificuldades que o(a) Sr(a) acha que as pessoas podem ter para seguir um tratamento?

7. Normalmente as pessoas esquecem de tomar alguns medicamentos algumas vezes. Em uma semana, quantas vezes acontece com o(a) Sr(a)?

(Sim) O que leva o(a) Sr(a) a esquecer de tomar?

(Não) O que o(a) Sr(a) acha que faz com que as pessoas esqueçam?

8. O que lhe incomoda num medicamento a ponto de não usar mais ele?

9. O(a) Sr(a) acha que tomar muitos medicamentos ao dia preocupa uma pessoa?

(Sim) (Não)

10. O(a) senhor(a) toma algum medicamento porque viu na televisão ou escutou no rádio?

(Sim) (Não)

11. O(a) Sr(a) já tomou algum remédio porque um vizinho, amigo ou parente lhe recomendou?

(Sim) (Não)

12. Há alguma doença que o(a) Sr(a) conheça que diria para as pessoas NUNCA esquecerem de tomar os medicamentos?

(Sim) Qual? _____ Por quê? _____ (Não)

13. Na sua opinião, o que leva as pessoas a não se importarem com a sua saúde, e não dando a devida importância para os seus medicamentos?

14. O(a) Sr(a) acha que o médico deveria conversar com o(a) Sr(a) a respeito de qual o medicamento ou tratamento é melhor para a sua situação de saúde?

15. Alguma vez o(a) Sr(a) trocou um remédio receitado por outro devido a uma propaganda de rádio/TV/jornal/internet?

(Sim) (Não)

16. O que o(a) Sr(a) faz quando falta medicamento no SUS ou quando não consegue comprar?

17. O que é qualidade de vida para o(a) Sr(a)?

18. Você acha que o jeito com que o médico lhe atende ou como você é atendido na farmácia faz com que a pessoa tome ou não um medicamento?

19. O(a) Sr(a) costuma se confundir quando tem que tomar mais de um remédio em cada horário? Ou mais de um comprimido do mesmo medicamento no mesmo horário?

20. O(a) Sr(a) compara o seu tratamento e a dose (quantos mg) dos seus medicamentos com o de outra pessoa?

21. O(a) Sr(a) já deixou de tomar algum medicamento porque não sabe como ele funciona no seu corpo?

(Sim) (Não)

22. O(a) Sr(a) acha que é correto ter que tomar 2,3 ou 4 tipos de medicamentos para a mesma doença?

(Sim) (Não)

23. O(a) Sr(a) tem medo que o medicamento lhe traga algum efeito ruim?

(Sim) (Não)

24. O(a) Sr(a) considera algum de seus medicamentos mais importante? Porque ele é mais importante? E menos importante? Por quê?

25. O que o(a) Sr(a) faz para não esquecer de tomar um medicamento?

26. Que tipo de doença o(a) Sr(a) acha que as pessoas não se importam e acabam não tomando os remédios corretamente?

27. O que levaria o(a) Sr(a) não acreditar no seu tratamento com os medicamentos que o médico receitou?

28. O(a) senhor(a) acha que é correto partir qualquer comprimido ao meio? Ou então, mastigar, abrir uma cápsula (mostrar uma), deixar desmanchar na boca?

(Sim) Qual o medicamento? _____ (Não)

29. O(a) Sr(a) já deixou de tomar algum medicamento porque não gostou de algo que ele tenha lhe causado?

30. O(a) Sr(a) lê a bula? O que acha delas?

31. Dos medicamentos que o médico lhe receitou para tomar todos os dias, teria algum deles que o(a) Sr(a) acaba não tomando como foi receitado, por algum motivo?

(Sim) Qual o medicamento? _____ (Não)

Como ele deveria ser tomado?

Como o(a) Sr(a) toma?

32. O(a) Sr(a) já deixou de tomar um medicamento porque achou muito alto a quantidade de mg (miligramas)?

(Sim)

(Não)

33. Para quais doenças o(a) Sr(a) está tomando medicamentos?

34. Por favor, marque na linha abaixo se o(a) Sr(a) faz TUDO que o médico manda em relação a seu tratamento com o medicamento.

Não faço certinho		Faço tudo certinho
----------------------	--	-----------------------

35. Vou lhe mostrar uma série de comprimidos e cápsulas: Por favor me diga, se não gosta de algum em especial? Qual deles o(a) Sr(a) teria dificuldades para tomar ou entender como tomar?

36. Quantos medicamentos o(a) Sr(a) consegue no posto de saúde?

37. Quantos medicamentos o(a) Sr(a) consegue comprar?

ANEXO IV

Normas de preenchimento do questionário:

Normas de preenchimento do questionário:

Questão referente ao Perfil Sócio-demográfico. Item 2. Hábitos: Para avaliar a realização de atividade física, seguiu-se o tempo e frequência recomendados pela V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial, sendo recomendado no mínimo 30 minutos de exercícios aeróbicos, no mínimo 3 vezes por semana.

Questão 34: Para identificar o quanto os pacientes seguem seus tratamentos de acordo com as recomendações médicas, segundo as suas próprias percepções, utilizou-se de uma escala analógica visual, pedindo ao paciente para apontar, com a caneta na linha correspondente, que, quanto mais à esquerda significa não estar seguindo as recomendações e quanto mais à direita estar de acordo com as recomendações médicas. A linha apresenta um comprimento de 15 cm. De acordo com o que foi marcado pelo paciente, foi feita a conversão para a nota correspondente.

Questão 35: Para verificar as dificuldades relacionadas às formas farmacêuticas, foi elaborado um mostruário com diversas tamanhos de comprimidos, cores variadas para tentar compreender quais são as principais queixas dos pacientes em relação a esse item.

O entrevistador possuía uma pasta com uma série de comprimidos e cápsulas, e pedia que lhe informasse se havia algum medicamento que não gostasse em especial ou se teria dificuldades para tomar ou entender como tomar.

ANEXO V

EXEMPLOS DO MOSTRUÁRIO DE MEDICAMENTOS



