

## Acesso regular e adesão a medicamentos do componente especializado da assistência farmacêutica

Janaína Soder Fritzen<sup>1</sup>, Fabiane Raquel Motter<sup>1</sup>, Vera Maria Vieira Paniz<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Universidade do Vale do Rio dos Sinos. Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. São Leopoldo, RS, Brasil

### RESUMO

**OBJETIVO:** Investigar a prevalência de adesão a medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica e sua associação com o acesso regular em usuários desses medicamentos no município de São Leopoldo, RS.

**MÉTODOS:** Estudo transversal com adultos de 20 anos ou mais, usuários de medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica no município de São Leopoldo, RS. A amostragem foi realizada de forma consecutiva de usuários que acessaram o atendimento do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica durante o período de dezembro de 2014 a março de 2015. A adesão foi mensurada pelo *Brief Medication Questionnaire*, sendo definidos como aderentes indivíduos que não apresentaram barreiras para a adesão nos três domínios. O acesso regular foi definido como a obtenção de todos os medicamentos nos últimos três meses, independentemente da forma de obtenção (pago ou gratuito). A análise dos dados foi realizada por regressão de Poisson com variância robusta.

**RESULTADOS:** Foram entrevistados 414 indivíduos, a maioria mulheres (60,9%), média de idade de 55 anos (DP = 13), utilizando um único medicamento do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (68,1%). A prevalência de adesão aos medicamentos utilizados nos últimos sete dias foi de 28,3%, a prevalência de acesso regular gratuito foi de 46,1%; e 25,7% não tiveram acesso a todo o tratamento. Após ajuste para número de medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica e número de medicamentos de uso contínuo, usuários que tiveram acesso regular gratuito nos últimos três meses apresentaram 60% mais probabilidade de adesão. Para indivíduos com acesso regular mantido mediante pagamento, não foi encontrada associação entre o acesso e a adesão.

**CONCLUSÕES:** A regularidade no acesso gratuito aos medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica tem impacto no comportamento do usuário, contribuindo para seu comprometimento com o tratamento e para o autocuidado. O Componente Especializado da Assistência Farmacêutica necessita de programação, a fim de evitar a irregularidade no acesso, que sugere uma importante limitação das políticas de medicamentos no país.

**DESCRIPTORIOS:** Uso de Medicamentos. Adesão à Medicação. Acesso aos Serviços de Saúde. Assistência Farmacêutica. Farmacoepidemiologia.

### Correspondência:

Vera Maria Vieira Paniz  
Av. Unisinos, 950 Cristo Rei  
93022-750 São Leopoldo, RS, Brasil  
E-mail: vpvieira@terra.com.br

**Recebido:** 23 jan 2016

**Aprovado:** 13 dez 2016

**Como citar:** Fritzen JS, Motter FR, Paniz VMV. Acesso regular e adesão a medicamentos do componente especializado assistência farmacêutica. Rev Saude Publica. 2017;51:109.

**Copyright:** Este é um artigo de acesso aberto distribuído sob os termos da Licença de Atribuição Creative Commons, que permite uso irrestrito, distribuição e reprodução em qualquer meio, desde que o autor e a fonte originais sejam creditados.



## INTRODUÇÃO

A efetividade do tratamento farmacológico está intimamente relacionada à disponibilidade do medicamento de forma acessível ao usuário, bem como à aceitação e ao comprometimento do indivíduo com relação ao tratamento e ao uso racional<sup>a</sup>.

No Brasil, a disponibilidade de medicamentos pelo Sistema Único de Saúde (SUS) está organizada em blocos de financiamento da assistência farmacêutica, sendo o Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF) aquele destinado à aquisição e à distribuição de medicamentos de alto custo, estabelecidos em Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) e utilizados em nível ambulatorial no tratamento de doenças crônicas e raras. Essa alocação em forma de blocos define os responsáveis pelo financiamento, na tentativa de assegurar o fornecimento regular desses medicamentos aos usuários<sup>b,c</sup>. Apesar disso, estudos têm mostrado que o acesso aos medicamentos de uso contínuo, especialmente de forma gratuita, ainda é limitado: enquanto o acesso a todo o tratamento abrange cerca de 85% dos usuários, o acesso gratuito é alcançado por pouco mais da metade desses<sup>12,13</sup>.

Em relação ao indivíduo, estudos identificaram que a adesão a medicamentos essenciais varia de 15,6% a 76,8%<sup>5,7,8</sup>, mas a forma como os usuários do CEAF utilizam seus medicamentos, ou como aderem ao tratamento, ainda é desconhecida. A adesão é definida pela Organização Mundial da Saúde como o grau em que o comportamento de uma pessoa, representado pela ingestão de medicação, pelo seguimento da dieta ou pelas mudanças no estilo de vida, corresponde às recomendações de um profissional da saúde.

Nesse sentido, para alcançar o uso racional de medicamentos, em especial os de alto custo – como os medicamentos do CEAF –, são fundamentais o acesso regular ao medicamento e a adesão do indivíduo às recomendações de uso. O objetivo deste estudo foi investigar a prevalência de adesão a medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica e sua associação com o acesso regular em usuários desses medicamentos.

## MÉTODOS

Foi realizado um estudo transversal com adultos de 20 anos ou mais de idade, usuários do CEAF do município de São Leopoldo, RS, situado a 31,4 km da capital, Porto Alegre. O município possui aproximadamente 227 mil habitantes<sup>d</sup> e uma estrutura da assistência farmacêutica que inclui duas unidades dispensadoras de medicamentos. Uma delas, a Farmácia Municipal Central, fica localizada no bairro Centro e dispensa, além dos medicamentos do Componente Básico da Assistência Farmacêutica (CBAF) e do Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica (CESAF), também os medicamentos do CEAF, objeto deste estudo.

No ano de 2014, o CEAF desse município possuía cerca de 1.100 indivíduos cadastrados, com situação do tratamento deferido ou em reavaliação e com processos encaminhados via administrativa, sendo aproximadamente 2/3 dos atendimentos destinados ao próprio usuário, enquanto o restante, aos responsáveis.

No presente estudo, foram incluídos os usuários do CEAF há no mínimo três meses, com situação de tratamento deferido ou em reavaliação no momento da entrevista e que recebem os medicamentos pela via administrativa. Foram excluídos os indivíduos com déficit cognitivo ou incapacitados de responder o questionário.

O tamanho da amostra foi calculado para contemplar o estudo de prevalência de adesão a medicamentos pertencentes ao CEAF e fatores associados utilizando o programa EpiInfo 7.14.0. Utilizou-se prevalência de adesão de 40%, margem de erro de 5,0 pontos percentuais e nível de confiança de 95%. Para o estudo das associações, foi considerado poder estatístico de 80% com frequências de exposição entre 15%–75%, prevalência nos não expostos de 32%, razão de prevalência de 1,5, nível de confiança de 95%, acréscimo de 10% para perdas ou recusas e 15% para controle de confusão, totalizando 412 indivíduos a serem entrevistados.

<sup>a</sup>World Health Organization. Adherence to long-term therapies: evidence for action. Geneva; 2003 [citado 19 jul 2017]. Disponível em: [http://www.who.int/chp/knowledge/publications/adherence\\_report/en/](http://www.who.int/chp/knowledge/publications/adherence_report/en/)

<sup>b</sup>Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 2981, de 26 de novembro de 2009. Aprova o componente Especializado da Assistência Farmacêutica. Brasília (DF); 2009 [citado 19 jul 2017]. Disponível em: <http://www1.saude.rs.gov.br/dados/1332344988133Portaria%20GM%20MS%20n.%202981%20de%2026-11-2009.pdf>

<sup>c</sup>Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 204, de 29 de janeiro de 2007. Regulamenta o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e serviços de saúde, na forma de blocos de financiamento, com o respectivo monitoramento e controle. Brasília (DF); 2007. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt0204\\_29\\_01\\_2007\\_comp.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt0204_29_01_2007_comp.html)

<sup>d</sup>Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Cidades@: São Leopoldo-RS. Rio de Janeiro: IBGE; 2014 [citado 16 jun 2015]. Disponível em: <http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=431870&search=rio-grande-do-sul|sao-leopoldo>

O trabalho de campo foi desenvolvido pelas próprias pesquisadoras. O processo de amostragem foi realizado de forma consecutiva, incluindo os usuários que acessaram o atendimento do CEAF entre 12 de dezembro de 2014 e 17 de março de 2015 e que preencheram os critérios de inclusão. Após esclarecida a natureza do estudo e assinado o termo de consentimento livre e esclarecido, era realizada a entrevista por meio de questionário padronizado e pré-testado em estudo piloto. Utilizou-se um criterioso manual de instruções para padronizar as entrevistas. O usuário era entrevistado uma única vez, ainda que voltasse a acessar o serviço no período da investigação. Em caso de recusa, os usuários eram convidados novamente a cada retorno à farmácia no decorrer do estudo.

As variáveis sociodemográficas avaliadas foram sexo (masculino; feminino), idade (20–39; 40–59; 60 ou mais), cor da pele observada (branca; não branca), situação conjugal (casado ou com companheiro; solteiro ou sem companheiro), escolaridade em anos completos de estudo (0–4; 5–8;  $\geq 9$ ), renda familiar mensal em salários mínimos nacional (< 2; 2–3; > 3–4; > 4) e plano de saúde (sim; não). Como variáveis comportamentais, investigou-se o hábito de fumar (não fumante; ex-fumante; fumante), o consumo de álcool (não ingere; menos de uma vez/semana; uma ou mais vezes/semana) e a prática de atividade física (pratica alguma atividade física por no mínimo 150 min/semana; não pratica)<sup>e</sup>. Como variáveis nutricionais, foram avaliados o consumo de verduras (< 5 vezes/semana;  $\geq 5$  vezes/semana) e de frutas (< 5 vezes/semana;  $\geq 5$  vezes/semana), e o estado nutricional, segundo o índice de massa corporal (IMC = peso, em quilogramas/quadrado da altura, em metros), e classificado em eutrófico (IMC < 25 kg/m<sup>2</sup>), sobrepeso (IMC  $\geq 25$  kg/m<sup>2</sup> e < 30 kg/m<sup>2</sup>) e obeso (IMC  $\geq 30$  kg/m<sup>2</sup>)<sup>f</sup>. Para o cálculo do IMC, utilizou-se dados de peso e altura referidos pelos usuários. As características de saúde investigadas foram a autopercepção de saúde (excelente ou muito boa; boa; regular; ruim) e o número de morbidades referidas por diagnóstico médico (hipertensão; diabetes; hipercolesterolemia; problema circulatório ou vascular; osteoporose; bronquite ou asma; reumatismo, atrite ou artrose; depressão; problema no coração; câncer; problema nos rins; outras; que foram agrupadas em 1–2; 3–4; 5–6 e  $\geq 7$ ), além do número total de medicamentos que o usuário referiu utilizar de forma contínua por indicação médica, categorizados em 1–3; 4–6;  $\geq 7$ .

Investigou-se também o número de medicamentos específicos do CEAF (1;  $\geq 2$ ), o tipo de morbidade para a qual foram prescritos (asma; artrite; órgãos e tecidos transplantados; distúrbios do metabolismo de lipoproteínas; hepatites virais; insuficiência renal crônica; outras) e o acesso regular nos últimos três meses. O acesso regular foi medido para cada medicamento presente no comprovante de retirada mensal de medicamentos do CEAF por meio da pergunta: “Nos últimos três meses alguma vez o(a) Sr.(a) deixou de levar <remédio> porque não tinha?” com as alternativas: nunca; uma vez; duas vezes ou mais. Para aqueles que deixaram de levar alguma vez, investigava-se como o usuário procedeu, com a questão: “E o que o(a) Sr.(a) fez?” cujas opções eram: não usou; usou menos; comprou; tinha em casa; doação. Para medir a prevalência de acesso ao tratamento, utilizou-se como denominador o número total de usuários. O acesso regular a medicamentos do CEAF foi definido como a obtenção de todos os medicamentos nos últimos três meses, independentemente de a obtenção ter ocorrido por meio do CEAF ou de compra. A não obtenção (não usou; usou em menor quantidade) e a obtenção parcial (parte paga e parte não usou ou usou menos; parte ganha e parte não usou ou usou menos; parte tinha em casa e parte não usou ou usou menos; parte por doação e parte não usou ou usou menos) foram definidas como acesso não regular, uma vez que o indivíduo não teve acesso a todo o tratamento prescrito no período investigado. Assim, o acesso regular aos medicamentos do CEAF nos últimos três meses foi analisado em três categorias: não acesso regular; acesso regular gratuito (quando todos os medicamentos foram fornecidos pelo Sistema de Saúde); acesso regular pago (quando todos os medicamentos foram obtidos por desembolso próprio).

O desfecho deste estudo foi adesão aos medicamentos do CEAF utilizados nos últimos sete dias, mensurada pelo *Brief Medication Questionnaire* (BMQ), versão validada para o português<sup>2</sup>. Esse instrumento é composto por três domínios com perguntas que identificam

<sup>e</sup>World Health Organization. Global recommendations on physical activity for health Geneva; 2010 [citado 24 jul 2017]. Disponível em: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44399/1/9789241599979\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44399/1/9789241599979_eng.pdf)

<sup>f</sup>World Health Organization. Diet, nutrition, and the prevention of chronic diseases: report of a Joint WHO/FAO Expert Consultation. Geneva; 2003 [citado 24 jul 2017]. (WHO Technical Report Series, 916). Disponível em: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/42665/1/WHO\\_TRS\\_916.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/42665/1/WHO_TRS_916.pdf)

barreiras à adesão quanto ao regime, às crenças e à recordação em relação ao tratamento farmacológico, classificando adesão de acordo com um escore composto pelo número de respostas positivas em: alta adesão (nenhuma resposta positiva), provável alta adesão (1), provável baixa adesão (2) e baixa adesão (3 ou mais) em qualquer domínio. No BMQ original<sup>16</sup> foi utilizado escore  $\geq 1$  indicando potencial não adesão no domínio regime e rastreamento positivo para barreiras de crença e de recordação. Para análise dos dados do presente estudo, as categorias provável adesão, provável baixa adesão e baixa adesão foram agrupadas, sendo considerados aderentes apenas os indivíduos que não possuíam barreiras para adesão, ou seja, nenhuma resposta positiva nos domínios avaliados.

Algumas considerações devem ser feitas com relação ao BMQ original. Esse instrumento foi desenvolvido para avaliar adesão a medicamentos utilizados via oral; contudo, o CEAF inclui medicamentos com outras formas farmacêuticas, como os injetáveis. Neste estudo, indivíduos que utilizavam medicamentos injetáveis durante o procedimento de hemodiálise foram considerados aderentes para esses medicamentos no domínio regime, por receberem acompanhamento médico durante esse procedimento. Outros medicamentos injetáveis dispensados pelo Componente, mas que os indivíduos não recebem acompanhamento médico durante a utilização, foram classificados de acordo com as respostas relatadas.

As informações, como nome do medicamento e posologia, utilizadas como fonte de referência para julgamento das respostas dos usuários e posterior classificação do grau de adesão pelo BMQ eram aquelas presentes no comprovante de retirada mensal do medicamento ou na prescrição médica. Essas informações eram transcritas para o questionário no início da entrevista.

Os questionários foram revisados e codificados logo após as entrevistas. A digitação dos dados foi realizada no programa EpiData 3.1 (EpiData Association, Odense, Dinamarca), com dupla digitação para correção de erros e checagem automática de inconsistências, e a análise foi feita no programa estatístico Stata 11.2 (Stata Corp., College Station, Estados Unidos).

A análise descritiva caracterizou os usuários segundo as variáveis sociodemográficas, comportamentais, nutricionais, antropométrica, de saúde e de utilização de medicamentos. As questões abordadas nos domínios do BMQ foram analisadas individualmente, e as prevalências de barreiras, descritas. As prevalências de adesão, segundo cada domínio, foram analisadas por meio do teste qui-quadrado para heterogeneidade de proporções para variáveis categóricas e teste qui-quadrado de tendência linear para variáveis ordinais, adotando-se nível de significância de 5%.

Para investigar a associação entre acesso regular e adesão a medicamentos do CEAF, utilizou-se regressão de Poisson, com variância robusta, mediante distintos modelos de análise. No Modelo 1, avaliou-se o efeito da variável acesso regular sobre a adesão sem ajuste. Os possíveis fatores de confusão entraram na análise dos demais modelos. As variáveis associadas à exposição e ao desfecho com  $p \leq 0,20$  foram consideradas fatores de confusão.

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade do Vale do Rio dos Sinos (CEP 14/150). Os participantes assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido. Foi garantido o sigilo quanto à identidade e à confidencialidade das informações, o direito de não participar, de não responder a alguma pergunta ou de suspender a participação a qualquer momento, garantindo os aspectos éticos.

## RESULTADOS

Foram entrevistados 414 usuários de medicamentos pertencentes ao CEAF entre os elegíveis no período do estudo. As recusas somaram menos de 3%, e quase a totalidade das perdas devido ao tempo de espera para a realização da entrevista foram recuperadas nos meses subsequentes. A amostra permitiu estimar prevalência de adesão de 28%, com margem de erro de  $\pm 4,5$  pontos percentuais, e detectar razões de prevalência de 1,49 ou maiores, com poder estatístico de 80% e nível de 95% de confiança.

**Tabela 1.** Características dos usuários de medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF). São Leopoldo, RS, 2015. (n = 414)

Variável <sup>a</sup>	n	%
<b>Sociodemográfica</b>		
Sexo		
Masculino	162	39,0
Feminino	252	60,9
Idade (anos)		
20–39	59	14,3
40–59	192	46,4
≥ 60	163	39,4
Cor da pele		
Branca	338	81,6
Não branca	76	18,4
Situação conjugal		
Casado/Com companheiro	269	65,0
Solteiro/Sem companheiro	145	35,0
Escolaridade (anos de estudo)		
0–4	107	25,9
5–8	175	42,3
≥ 9	132	31,9
Renda familiar mensal <sup>b</sup>		
< 2 SM	160	38,7
2 a 3 SM	114	27,5
> 3 a 4 SM	58	14,0
> 4 SM	82	19,8
Plano de saúde		
Não	264	63,8
Sim	150	36,2
<b>Comportamental</b>		
Hábito de fumar		
Não fumante	218	52,7
Ex-fumante	153	37,0
Fumante	43	10,4
Consumo de álcool		
Não ingere	315	76,1
< 1 vez/semana	67	16,2
≥ 1 vez/semana	32	7,7
Atividade física <sup>c</sup>		
Ativo	93	22,5
Insuficientemente ativos	321	77,5
<b>Nutricional</b>		
Consumo de verduras		
< 5 vezes/ semana	111	27,7
≥ 5 vezes/ semana	290	72,3
Consumo de frutas		
< 5 vezes/ semana	109	27,2
≥ 5 vezes/ semana	292	72,8
<b>Antropométrica</b>		
Estado Nutricional		
Eutrófico	149	37,7
Sobrepeso	156	39,5
Obesidade	90	22,8
<b>Saúde</b>		
Autopercepção de saúde		
Excelente/Muito boa	30	7,3
Boa	147	35,5
Regular	178	43,0
Ruim	59	14,3
Número de morbidades		
1–2	85	20,5
3–4	145	35,0
5–6	115	27,8
≥ 7	69	16,7
<b>Características da utilização de medicamentos</b>		
Número de medicamentos de uso contínuo		
1–3	143	34,8
4–6	147	35,8
≥ 7	121	29,4
Número de medicamentos do CEAF		
1	282	68,1
≥ 2	132	31,9
Acesso regular a medicamentos CEAF (últimos 3 meses)		
Não	106	25,7
Acesso gratuito	190	46,1
Acesso pago	116	28,2

<sup>a</sup> Máximo ignorado = 21 para renda familiar mensal.

<sup>b</sup> SM = salário mínimo nacional R\$788,00.

<sup>c</sup> Considerados ativos indivíduos que realizam atividade física por pelo menos 150 min/semana.

A Tabela 1 mostra que a maioria dos usuários era do sexo feminino (60,9%), casado ou em união (65,0%), tinha em média 55 anos de idade (desvio padrão [DP] = 13) e 7,3 anos de estudo (DP = 4,1). Cerca de 40% dos entrevistados possuíam renda familiar inferior a dois salários mínimos e 63,8% não tinham plano de saúde. Metade dos indivíduos nunca fumou (52,7%), 76,1% não consumiam bebida alcoólica e 77,5% eram insuficientemente ativos. Com relação ao consumo de verduras e frutas, 72% referiram consumo frequente e cerca de 2/3 estava com sobrepeso ou obesidade.

Mais da metade (57,3%) dos entrevistados avaliou sua saúde como regular ou ruim, 44,5% referiram mais de quatro morbidades e 65,2% utilizavam quatro ou mais medicamentos de uso contínuo. Ainda, 68,1% utilizavam apenas um medicamento do CEAF e menos da metade (46,1%) teve acesso regular a esses medicamentos por meio do Componente nos últimos três meses (Tabela 1).

Observou-se ainda que, no total, os 414 usuários utilizaram 577 medicamentos do CEAF, sendo a maioria antineoplásicos e imunomoduladores (40,2%), representados majoritariamente pelos imunossupressores (37,1%). Os utilizados para o sistema respiratório representaram 16,5%, e aqueles para o trato alimentar ou metabolismo, 9,4%, sendo esses representados pelos antidiarreicos, agentes anti-inflamatórios e anti-infecciosos intestinais (5,6%) e vitaminas (3,8%) (dados não apresentados em tabela).

Com relação à adesão ao tratamento com medicamentos do CEAF utilizados nos últimos setes dias, 28,3% dos usuários foram classificados como aderente (nenhuma resposta positiva), 38,9% como provável aderente (uma resposta positiva), 23,2% como provável baixa adesão (duas respostas positivas) e 9,7% como baixa adesão (três ou mais respostas positivas) (dados não apresentados em tabela).

Entre as questões abordadas pelo BMQ, destaca-se como principais barreiras de adesão, no domínio regime, o relato de falha de dias ou de doses (8,5%) e de interrupção na terapia (7,0%). No domínio que avaliou a crença dos indivíduos, 20,1% dos entrevistados nomearam os medicamentos que os incomodavam. No domínio recordação, 52,7% receberam um esquema terapêutico de múltiplas doses e 16% relataram ter dificuldade de lembrar de tomar os medicamentos (Tabela 2).

Na avaliação da adesão segundo as características investigadas, prevalências de adesão significativamente maiores foram identificadas em usuários solteiros (31,6%), com maior escolaridade (31,8%), com maior renda (39%), com plano de saúde (36%), que consumiam regularmente verduras (31,4%), que utilizavam um único medicamento do CEAF (32,3%) e que tiveram acesso regular gratuito a todos os medicamentos do CEAF nos últimos três meses (33,2%). Resultados semelhantes e de maior magnitude foram observados em relação ao domínio recordação, em que maiores prevalências também foram observadas em indivíduos com menor número de morbidades e menor número de medicamentos de uso contínuo e do CEAF. Já para os domínios regime e crença, o acesso regular aos medicamentos do CEAF esteve associado às maiores prevalências de adesão ( $p < 0,005$ ) (Tabela 3).

**Tabela 2.** Frequência de respostas positivas às questões abordadas nos domínios do *Brief Medication Questionnaire* (BMQ). São Leopoldo, RS, 2015. (n = 414)

Questões BMQ	%
Domínio Regime	16,7*
Relatou interrupção na terapia	7,0
Relatou falha de dias ou de doses	8,5
Reduziu ou omitiu alguma dose	5,1
Relatou tomar dose extra ou medicação a mais	3,6
Respondeu que não sabia a posologia de alguma medicação	0,2
Recusou a responder a alguma questão	0,2
Domínio Crenças	21,5*
Relatou que algum dos medicamentos “não funciona bem” ou “não sabe”	4,6
Nomeou as medicações que incomodam	20,1
Domínio Recordação	61,1*
Recebe um esquema de múltiplas doses de medicamentos (2 vezes ou mais/dia)	52,7
Relatou ter dificuldade em lembrar-se de tomar os medicamentos	16,0

\* Pelo menos uma resposta positiva no domínio.

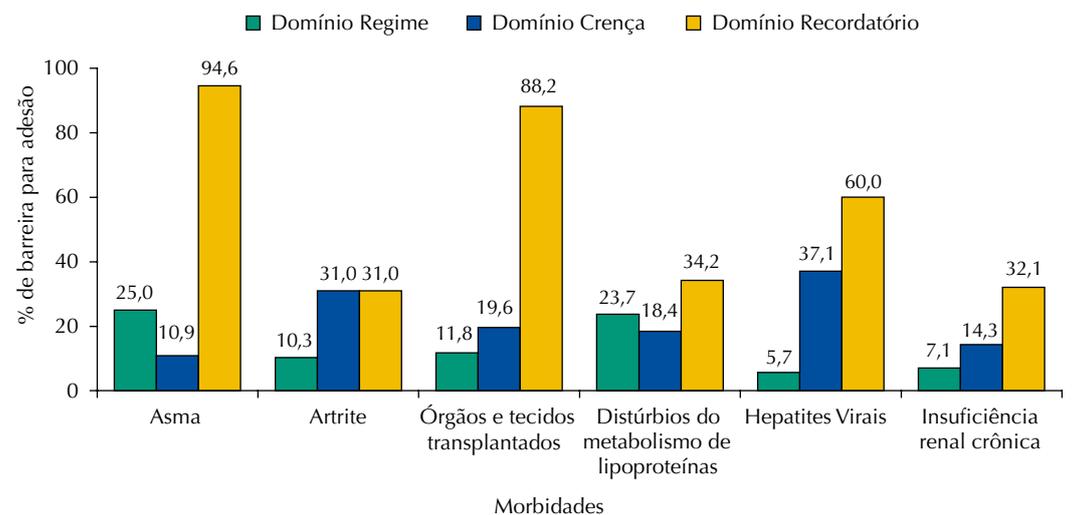
**Tabela 3.** Prevalência de usuários aderentes<sup>a</sup> aos medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF) para cada domínio do *Brief Medication Questionnaire* (BMQ), segundo as características investigadas. São Leopoldo, RS, 2015. (n = 414)

Variável	Adesão							
	BMQ		Domínio Regime		Domínio Crenças		Domínio Recordação	
	%	IC95%	%	IC95%	%	IC95%	%	IC95%
Total	28,3	23,9–32,6	83,3	79,7–86,9	78,5	74,5–82,5	38,9	34,2–43,6
Sexo		0,066		0,280		0,348		0,535
Masculino	33,3	26,0–40,7	85,8	80,4–91,2	80,9	74,7–87,0	40,7	33,1–48,4
Feminino	25,0	19,6–30,4	81,8	76,9–86,5	77,0	71,8–82,2	37,7	31,7–43,7
Idade (anos)		0,923 <sup>b</sup>		0,074 <sup>b</sup>		0,104 <sup>b</sup>		0,614 <sup>b</sup>
20–39	25,4	14,0–36,9	74,6	63,1–86,0	78,0	67,1–88,9	37,3	24,6–50,0
40–59	29,7	23,2–36,2	83,9	78,6–89,1	74,0	67,7–80,2	41,7	34,6–48,7
≥ 60	27,6	20,7–34,5	85,9	80,5–91,3	84,1	78,4–89,7	36,2	28,7–43,7
Cor da pele		0,485		0,650		0,838		0,088
Branca	29,0	24,1–33,9	83,7	79,8–87,7	78,7	74,3–83,1	40,8	35,6–46,1
Não branca	25,0	15,0–35,0	81,6	72,7–90,5	77,6	68,0–87,2	30,3	19,7–40,8
Situação conjugal		0,040		0,963		0,769		0,076
Casado/Com companheiro	22,1	15,2–28,9	83,5	77,3–89,6	79,3	72,6–86,0	33,1	25,4–40,9
Solteiro/Sem companheiro	31,6	26,0–37,2	83,3	78,8–87,8	78,1	73,1–83,0	42,0	36,1–47,9
Escolaridade (anos de estudo)		0,045 <sup>b</sup>		0,885 <sup>b</sup>		0,296 <sup>b</sup>		0,000 <sup>b</sup>
0–4	19,6	12,0–27,3	83,2	76,0–90,4	82,2	74,9–89,6	25,2	16,9–33,6
5–8	30,9	23,9–37,8	84,0	78,5–89,5	77,7	71,5–83,9	39,4	32,1–46,7
≥ 9	31,8	23,8–39,9	82,6	76,0–89,1	76,5	69,2–83,8	49,2	40,6–57,9
Renda familiar mensal		0,050 <sup>b</sup>		0,464 <sup>b</sup>		0,624 <sup>b</sup>		0,001 <sup>b</sup>
< 2 SM	25,6	18,8–32,5	81,9	75,8–87,9	80,6	74,4–86,8	31,9	24,6–39,2
2 a 3 SM	25,4	17,3–33,6	82,5	75,4–89,5	75,4	67,4–83,5	36,8	27,9–45,8
> 3 a 4 SM	25,9	14,2–37,5	87,9	79,3–96,6	81,0	70,6–91,4	39,7	26,7–52,6
> 4 SM	39,0	28,2–49,8	84,2	76,1–92,2	76,8	67,5–86,2	54,9	43,9–65,9
Plano de saúde		0,008		0,784		0,662		0,000
Não	23,9	18,7–29,0	83,0	78,4–87,5	79,2	74,2–84,1	30,7	25,1–36,3
Sim	36,0	28,2–43,8	84,0	78,1–90,0	77,3	70,6–84,1	53,3	45,3–61,4
Hábito de fumar		0,863		0,617		0,627		0,252
Não fumante	29,4	23,3–35,5	81,7	76,5–86,8	77,1	74,8–82,7	42,7	36,0–49,3
Ex-fumante	26,8	19,7–33,9	85,0	79,2–90,7	81,1	74,8–87,3	34,6	27,0–42,3
Fumante	27,9	13,9–41,9	86,1	75,3–96,8	76,7	63,6–89,9	34,9	20,0–49,7
Consumo de álcool		0,270		0,597		0,408		0,040
Não ingere	27,3	22,4–32,2	84,1	80,0–88,2	78,1	73,5–82,7	35,6	30,2–40,9
< 1 vez/semana	26,9	16,0–37,8	79,1	69,1–89,1	76,1	65,6–86,6	47,8	35,5–60,0
≥ 1 vez/semana	40,6	22,6–58,6	84,4	71,1–97,7	87,5	75,4–99,6	53,1	34,8–71,4
Atividade física		0,737		0,269		0,391		0,314
Ativo	26,9	17,7–36,1	87,1	80,2–94,0	81,7	73,7–89,7	34,4	24,6–44,2
Insuficientemente ativos	28,7	23,7–33,6	82,2	78,0–86,4	77,6	73,0–82,2	40,2	34,8–45,6
Consumo de verduras		0,034		0,664		0,429		0,023
< 5 vezes/semana	20,7	13,1–28,4	82,0	74,7–89,2	75,7	67,6–83,8	29,7	21,1–38,4
≥ 5 vezes/semana	31,4	26,0–36,8	83,8	79,5–88,1	79,3	74,6–84,0	42,1	36,4–47,8
Consumo de frutas		0,212		0,949		0,924		0,509
< 5 vezes/semana	33,0	24,1–42,0	83,5	76,4–90,6	78,0	70,1–85,9	41,3	31,9–50,7
≥ 5 vezes/semana	26,7	21,6–31,8	83,2	78,9–87,5	78,4	73,7–83,2	37,7	32,1–43,3
Estado nutricional		0,316 <sup>b</sup>		0,937 <sup>b</sup>		0,239 <sup>b</sup>		0,239 <sup>b</sup>
Eutrófico	24,8	17,8–31,9	83,2	77,2–89,3	81,2	74,9–87,6	32,9	25,3–40,5
Sobrepeso	31,4	24,0–38,8	84,6	78,9–90,3	80,1	73,8–86,5	43,6	35,7–51,5
Obesidade	30,0	20,3–39,7	83,3	75,5–91,2	74,4	65,3–83,6	38,9	28,6–49,2
Autopercepção de saúde		0,181		0,892		0,099		0,232
Excelente/Muito boa	36,7	18,4–55,0	80,0	64,8–95,2	83,3	69,2–97,5	50,0	31,0–69,0
Boa	32,0	24,3–39,6	85,0	79,2–90,9	83,0	76,8–89,1	42,9	34,8–51,0
Regular	27,0	20,4–33,5	82,6	77,0–88,2	77,5	71,3–83,7	36,0	28,8–43,1
Ruim	18,6	8,4–28,9	83,1	73,2–92,9	67,8	55,5–80,1	32,2	19,9–44,5
Número de morbidades		0,089 <sup>b</sup>		0,899 <sup>b</sup>		0,152 <sup>b</sup>		0,018 <sup>b</sup>
1–2	31,8	21,7–41,9	82,4	74,1–90,6	80,0	71,3–88,7	45,9	35,1–56,7
3–4	31,0	23,4–38,7	83,5	77,3–89,6	81,4	75,0–87,8	40,0	31,9–48,1
5–6	27,0	18,7–35,2	85,2	78,6–91,8	78,3	70,6–85,9	40,9	31,7–50,0
≥ 7	20,3	10,6–30,0	81,2	71,7–90,6	71,0	60,0–82,0	24,6	14,2–35,1
Número de medicamentos de uso contínuo		0,078 <sup>b</sup>		0,270 <sup>b</sup>		0,792 <sup>b</sup>		0,037 <sup>b</sup>
1–3	31,5	14,1–28,9	86,0	80,3–91,8	79,0	72,3–85,8	42,0	33,8–50,1
4–6	29,9	22,4–37,4	82,3	76,1–88,6	78,2	71,5–85,0	43,5	35,4–51,6
≥ 7	21,5	23,8–39,2	81,0	73,9–88,1	77,7	70,2–85,2	28,9	20,7–37,1
Número de medicamentos do CEAF		0,008		0,571		0,013		0,000
1	32,3	26,8–37,8	82,6	78,2–87,1	81,9	77,4–86,4	45,0	39,2–50,9
≥ 2	19,7	12,8–26,6	84,9	78,7–91,0	71,2	63,4–79,0	25,8	18,2–33,3
Acesso regular a medicamentos do CEAF (últimos 3 meses)		0,049		0,000		0,002		0,028
Não	19,8	12,1–27,5	69,8	60,9–78,7	79,3	71,4–87,1	33,0	23,9–42,1
Acesso gratuito	33,2	26,4–39,9	91,6	87,6–95,6	71,6	65,1–78,1	45,8	38,6–52,9
Acesso pago	27,6	19,3–35,8	82,8	75,8–89,7	88,8	83,0–94,6	32,8	24,1–41,4

<sup>a</sup> Aderentes = adesão segundo o BMQ (nenhuma resposta positiva).<sup>b</sup> Qui-quadrado para tendência linear.

Em relação ao tipo de morbidade que resultou na utilização de medicamentos do CEAF, as mais frequentes foram: asma (22,3%), artrite (14,0%), órgãos e tecidos transplantados (12,4%), distúrbios do metabolismo de lipoproteínas (9,2%), hepatites virais (8,5%) e insuficiência renal crônica (6,8%). Indivíduos com asma e transplantados apresentaram as menores prevalências de adesão (5,4% e 7,8%, respectivamente), enquanto aqueles com diagnóstico de insuficiência renal crônica foram os mais aderentes ao tratamento (60,7%). As barreiras para adesão (pelo menos uma resposta positiva) estão descritas na Figura. Em relação à asma, as maiores barreiras para adesão situam-se nos domínios regime (25%) e recordação (94,6%). Crença foi o domínio que apresentou maior barreira para adesão a medicamentos para hepatites virais (37,1%) e para artrite (31%), enquanto indivíduos que realizaram transplante de órgãos relataram maiores barreiras para adesão no domínio recordação (88,2%).

A Tabela 4 mostra associação entre acesso regular gratuito e adesão aos medicamentos do CEAF utilizados nos últimos sete dias, tanto na análise bruta (RP = 1,67; IC95% 1,08–2,58), quanto nos modelos ajustados para os potenciais fatores de confusão. Após controle para número de medicamentos do CEAF (Modelo 2) e para número de medicamentos de uso contínuo (Modelo 3), as razões de prevalência de adesão foram de 1,58 (IC95% 1,03–2,44) e 1,60 (IC95% 1,04–2,48), respectivamente.



**Figura.** Prevalência de barreiras para adesão segundo os domínios do *Brief Medication Questionnaire* (BMQ) para as morbidades mais prevalentes entre os usuários de medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF).

**Tabela 4.** Associação entre adesão ao tratamento e acesso regular aos medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF) de acordo com os diversos modelos de ajuste.

Variável*	Modelo 1	Modelo 2	Modelo 3
	RP (IC95%)	RP (IC95%)	RP (IC95%)
Acesso regular a medicamentos do CEAF (últimos 3 meses)			
Não	1,00	1,00	1,00
Acesso gratuito	1,67 (1,08–2,58)	1,58 (1,03–2,44)	1,60 (1,04–2,48)
Acesso pago	1,39 (0,86–2,26)	1,20 (0,74–1,95)	1,32 (0,81–2,13)
Número de medicamentos do CEAF			
1		1,61 (1,10–2,37)	
≥ 2		1,00	
Número de medicamentos de uso contínuo			
1–3			1,49 (0,98–2,27)
4–6			1,39 (0,91–2,13)
≥ 7			1,00

Modelo 1: efeito do acesso sem ajuste; Modelo 2: acesso ajustado por número de medicamentos do CEAF; Modelo 3: acesso ajustado por número de medicamentos de uso contínuo.

\* Variáveis associadas com o desfecho e com a exposição no nível de significância  $p \leq 0,2$ .

## DISCUSSÃO

O estudo encontrou baixa prevalência de adesão dos usuários aos medicamentos do CEAF, sendo proporcionalmente menor no domínio recordação. O acesso regular esteve associado à adesão aos medicamentos utilizados nos últimos sete dias, mesmo após ajuste por número de medicamentos, com 60% mais probabilidade de adesão em usuários que receberam o medicamento gratuitamente, por meio do CEAF, nos três meses anteriores à entrevista.

A baixa prevalência de adesão à terapia farmacológica identificada no presente estudo é consistente com a literatura, que indica que 28,1% a 88,2%<sup>1,4,6,10</sup> dos usuários aderem ao tratamento. Entretanto, essa comparabilidade deve ser feita com cautela, uma vez que os estudos citados utilizaram diferentes metodologias, populações e morbidades avaliadas, além de distintos instrumentos de avaliação e categorização do desfecho, o que pode explicar a grande amplitude nas prevalências de adesão. O resultado encontrado pode ser explicado pela elevada proporção de indivíduos que relataram barreiras recordatórias, encontrada também em pacientes hipertensos por meio do mesmo instrumento<sup>2,16,17</sup>. No presente estudo, indivíduos hipertensos corresponderam a 54,0% da amostra, justificando, em parte, a semelhança nos achados. Outro aspecto relevante é a complexidade do tratamento, que pode ser um fator limitante para a adesão. Como exemplo, destaca-se a terapia farmacológica indicada para usuários que realizaram transplante, dos quais 88% apresentaram barreiras nesse domínio. Contudo, simplificar o regime terapêutico não significa apenas reduzir o número de medicamentos ou a frequência de doses diárias, mas exige também uma gestão compartilhada do cuidado entre o profissional de saúde e o usuário, com a adoção de estratégias voltadas às necessidades individuais que promovam o uso racional dos medicamentos<sup>14,16</sup>.

Em relação aos demais domínios, crença e regime, as prevalências de barreiras encontradas estão de acordo com o estudo original de validação do BMQ<sup>16</sup>, no qual o domínio crença foi o segundo mais prevalente para barreiras; porém, apresentaram ordem inversa em comparação a outros estudos nacionais realizados com pacientes hipertensos<sup>2,17</sup>. Essas diferenças em relação ao presente estudo podem ser explicadas pela proporção de indivíduos que realizam regularmente hemodiálise, momento em que o medicamento do CEAF é aplicado. Assim, esses indivíduos tendem a aderir mais nesse domínio devido à necessidade de realizar hemodiálise, considerando que a não adesão tem maior probabilidade de ocorrer em situações em que o próprio usuário administra o seu medicamento. Salienta-se que os usuários com insuficiência renal crônica foram os que apresentaram maior prevalência de adesão.

Analisando os fatores associados à adesão, observou-se que, na análise bruta, características individuais como melhores condições socioeconômicas e melhor nível educacional foram fatores associados à adesão; entretanto, somente as características da utilização de medicamentos se mantiveram associadas após ajuste. Os resultados encontrados estão em conformidade com outros estudos nacionais<sup>14,15,17</sup>.

No presente estudo, usuários que receberam os medicamentos de forma regular por meio do CEAF apresentaram, na última semana, probabilidade de adesão 60% maior quando comparados aos usuários cujo acesso ao medicamento ou tratamento farmacológico foi interrompido ou subutilizado no período de três meses. A associação entre acesso regular e adesão a medicamentos do CEAF não tem sido avaliada nos estudos farmacoepidemiológicos disponíveis. Entretanto, a prevalência de acesso gratuito encontrada foi semelhante aos achados de Boing et al.<sup>3</sup>, que identificaram prevalência de 45,3% de acesso a todos os medicamentos por meio do SUS quando receitados no próprio sistema. Sabe-se que o acesso aos medicamentos é um grande entrave para a adesão, sendo a disponibilidade gratuita, via sistema público, a principal barreira atual enfrentada pelos usuários. Em países como o Brasil, onde há grande contingente de famílias com baixa renda, esse fator torna-se um agravante para a continuidade do tratamento farmacológico<sup>9</sup>. Neste estudo, o recordatório utilizado para a adesão foi a última semana, e, para o acesso, os últimos três meses. Assim, é plausível pensar que a regularidade no acesso gratuito aos medicamentos do CEAF tem impacto no comportamento do usuário, contribuindo para o seu comprometimento com o tratamento e para o autocuidado. Soma-se a isso o fato de que,

para indivíduos que tiveram acesso regular mantido mediante pagamento, não foi encontrada associação entre o acesso e a adesão.

Em virtude do delineamento transversal, a associação entre acesso regular e adesão à terapia farmacológica, mesmo utilizando recordatórios distintos, pode ter sido afetada por causalidade reversa, já que exposição e desfecho foram medidos no mesmo momento. Com isso, estudos longitudinais são importantes para elucidar as associações aqui descritas. Outra limitação do estudo refere-se à utilização de autorrelato para medir a adesão ao tratamento farmacológico, estando sujeito a erro de recordatório ou mesmo a viés de memória. Ainda, a amostra deste estudo é composta pelos usuários do CEAF que retiram seus medicamentos, permitindo a generalização dos resultados para essa população. Cabe ressaltar que os usuários de medicamentos do CEAF possuem menor média de idade, maior escolaridade e utilizam maior número de medicamentos diariamente quando comparados aos usuários do Componente Básico da Assistência Farmacêutica<sup>11</sup>.

Apesar dessas limitações, este é o primeiro estudo que avaliou adesão a medicamentos do CEAF e fatores associados, bem como a regularidade do acesso no período de três meses. Os resultados encontrados reforçam a baixa prevalência de adesão à terapia farmacológica e identificam a sua relação com o acesso regular gratuito. Sabendo-se a quantidade mensal de cada medicamento para suprir o tratamento dos usuários desse Componente, surpreende que mais da metade enfrente a irregularidade no acesso, evidenciando uma importante limitação das políticas de medicamentos no país. A construção do CEAF foi motivada pela necessidade da ampliação do acesso gratuito aos medicamentos de alto custo<sup>8</sup>; porém, no caso de usuários de menor poder aquisitivo, a falta de regularidade no acesso pode comprometer a renda familiar<sup>13</sup>, ocasionar a subutilização do medicamento, ou, ainda, levar à interrupção total do uso<sup>12</sup>.

É fato que os investimentos públicos em saúde, especialmente os relacionados a medicamentos de alto custo, vem crescendo nos últimos anos<sup>18</sup>; contudo, paralelamente, tem-se a crescente demanda, dificultando a sua disponibilidade a todos os usuários. Assim, torna-se fundamental uma adequada programação do CEAF, como também um efetivo acompanhamento farmacoterapêutico dos usuários pelas equipes de saúde para a promoção da adesão ao tratamento.

## REFERÊNCIAS

1. Alkatheri AM, Alyousif SM, Alshabanah N, Albekairy AM, Alharbi S, Alhejaili FF, et al. Medication adherence among adult patients on hemodialysis. *Saudi J Kidney Dis Transpl.* 2014;25(4):762-8. <https://doi.org/10.4103/1319-2442.134990>
2. Ben AJ, Neumann CR, Mengue SS. The Brief Medication Questionnaire and Morisky-Green test to evaluate medication adherence. *Rev Saude Publica.* 2012;46(2):279-89. <https://doi.org/10.1590/S0034-89102012005000013>
3. Boing AC, Bertoldi AD, Boing AF, Bastos JL, Peres KG. Acesso a medicamentos no setor público: análise de usuários do Sistema Unico de Saúde no Brasil. *Cad Saude Publica.* 2013;29(4):691-701. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2013000400007>
4. Carbonell Abella C, Guanabens Gay N, Regadera Anechina L, Marin Rives JA, Taverna Llauro E, Ayechu Redin MP. Analisis del cumplimiento terapeutico en mujeres con osteoporosis. *Reumatol Clin.* 2011;7(5):299-304. <https://doi.org/10.1016/j.reuma.2010.12.003>
5. Cintra FA, Guariento ME, Miyasaki LA. Adesão medicamentosa em idosos em seguimento ambulatorial. *Cienc Saude Coletiva.* 2010;15 Supl 3:3507-15. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232010000900025>
6. Dibonaventura M, Gabriel S, Dupclay L, Gupta S, Kim E. A patient perspective of the impact of medication side effects on adherence: results of a cross-sectional nationwide survey of patients with schizophrenia. *BMC Psychiatry.* 2012;12:20. <https://doi.org/10.1186/1471-244X-12-20>
7. Garcia-Pérez AM, Leiva-Fernandez F, Martos-Crespo F, Garcia-Ruiz AJ, Prados-Torres D, Cuesta y Alarcón FS, et al. Cómo diagnosticar el cumplimiento terapéutico en atención primaria? *Med Fam (And).* 2000 [citado 19 jul 2017];1(1):13-9. Disponível em: <http://www.samfyc.es/Revista/PDF/numero%201/013-19.pdf>

<sup>8</sup>Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Assistência Farmacêutica, Insumos Estratégicos. Da excepcionalidade às linhas de cuidado: o Componente Especializado da Assistência Farmacêutica. Brasília(DF); 2010 [citado 19 jul 2017]. (Série B. Textos Básicos de Saúde). Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/excepcionalidade\\_linhas\\_cuidado\\_ceaf.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/excepcionalidade_linhas_cuidado_ceaf.pdf)

8. Giroto E, Andrade SM, Cabrera MAS, Matsuo T. Adesão ao tratamento farmacológico e não farmacológico e fatores associados na atenção primária da hipertensão arterial. *Cienc Saude Coletiva*. 2013;18(6):1763-72. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232013000600027>
9. Leite SN, Vasconcellos MPC. Adesão à terapêutica medicamentosa: elementos para a discussão de conceitos e pressupostos adotados na literatura. *Cienc Saude Coletiva*. 2003;8(3):775-82. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232003000300011>
10. Leiva-Fernández J, Leiva-Fernández F, Garcia-Ruiz A, Prados-Torres D, Barnestein-Fonseca P. Efficacy of a multifactorial intervention on therapeutic adherence in patients with chronic obstructive pulmonary disease (COPD): a randomized controlled trial. *BMC Pulm Med*. 2014;14:70. <https://doi.org/10.1186/1471-2466-14-70>
11. Motter FR, Olinto MTA, Paniz VMV. Conhecimento sobre a farmacoterapia por portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica. *Cienc Saude Coletiva*. 2013;18(8):2263-74. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232013000800010>
12. Paniz VMV, Fassa AG, Facchini LA, Piccini RX, Tomasi E, Thumé E, et al. Free access to hypertension and diabetes medicines among the elderly: a reality yet to be constructed. *Cad Saude Publica*. 2010;26(6):1163-74. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2010000600010>
13. Paniz VMV, Fassa AG, Facchini LA, Bertoldi AD, Piccini RX, Tomasi E, et al. Acesso a medicamentos de uso contínuo em adultos e idosos nas regiões Sul e Nordeste do Brasil. *Cad Saude Publica*. 2008;24(2):267-80. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2008000200005>
14. Remondi FA, Cabrera MAS, Souza RKT. Não adesão ao tratamento medicamentoso contínuo: prevalência e determinantes em adultos de 40 anos e mais. *Cad Saude Publica*. 2014;30(1):126-36. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00092613>
15. Santa-Helena ET, Nemes MIB, Eluf Neto J. Fatores associados a não-adesão ao tratamento com anti-hipertensivos em pessoas atendidas em unidades de saúde da família. *Cad Saude Publica*. 2010;26(12):2389-98. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2010001200017>
16. Svarstad BL, Chewning BA, Sleath BL, Claesson C. The Brief Medication Questionnaire: a tool for screening patient adherence and barriers to adherence. *Patient Educ Couns*. 1999;37(2):113-24. [https://doi.org/10.1016/S0738-3991\(98\)00107-4](https://doi.org/10.1016/S0738-3991(98)00107-4)
17. Tavares NUL, Bertoldi AD, Thumé E, Facchini LA, França GVA, Mengue SS. Fatores associados à baixa adesão ao tratamento medicamentoso em idosos. *Rev Saude Publica*. 2013;47(6):1092-101. <https://doi.org/10.1590/S0034-8910.2013047004834>
18. Vieira FS. Ministry of Health's spending on drugs: program trends from 2002 to 2007. *Rev Saude Publica*. 2009;43(4):674-81. <https://doi.org/10.1590/S0034-89102009005000041>

**Contribuição dos Autores:** Contribuíram na concepção, análise e interpretação dos resultados e revisão crítica do conteúdo intelectual: JSF, FRM, VMVP. Todos os autores participaram da redação, aprovaram a versão final do manuscrito e declaram ser responsáveis por todos os aspectos do trabalho, garantindo sua precisão e integridade.

**Conflito de Interesses:** Os autores declaram não haver conflito de interesses.