

Não adesão ao tratamento medicamentoso contínuo: prevalência e determinantes em adultos de 40 anos e mais

Non-adherence to continuous treatment and associated factors: prevalence and determinants in adults 40 years and older

Falta de adherencia al tratamiento farmacológico contínuo: prevalencia y factores determinantes en adultos mayores de 40 años

Felipe Assan Remondi ¹
 Marcos Aparecido Sarria Cabrera ²
 Regina Kazue Tanno de Souza ²

Abstract

This study investigates factors associated with non-adherence to continuous drug therapy in individuals 40 years and older. A population-based survey was conducted in Cambé, Paraná State, Brazil. Treatment adherence was assessed with the four-item Morisky et al. medication adherence scale. The study also assessed socio-demographic variables and health services access and use of medication. Among 1,180 interviewees, 78% reported use of medication, with continuous use in 55%. The study analyzed 639 individuals, the majority female, ranging from 40 to 59 years of age, with low schooling, and from socioeconomic stratum C (on a scale from A to E). Prevalence of non-adherence was 63.5%. Mean therapeutic complexity was 8.1. After adjusted analysis, the following factors remained associated with non-adherence: not being assisted by community health workers, discontinuous access to medication, and high frequency of medication throughout the day. The results indicate high prevalence of non-adherence, with potentially negative impacts for individuals and society.

Medication Adherence; Pharmacoepidemiology; Therapeutics; Chronic Diseases

Resumo

O presente estudo investiga os fatores associados a não adesão à terapia medicamentosa contínua em indivíduos de 40 anos e mais de idade. Foi realizado um inquérito de base populacional em Cambé, Paraná, Brasil. A adesão à terapia foi avaliada pela escala de quatro itens de Morisky et al. e analisaram-se também variáveis sociodemográficas, de utilização dos serviços de saúde e do uso de medicamentos. Foram entrevistados 1.180 indivíduos, dos quais 78% utilizaram medicamentos nos 15 dias anteriores à entrevista e em 55% registrou-se o uso contínuo. A amostra do estudo consistiu em 639 indivíduos, com predominância do sexo feminino, idade entre 40 e 59 anos, baixa escolaridade. A prevalência de não adesão foi de 63,5%. Após análise ajustada, permaneceram associados a não adesão: não ser acompanhado pelo agente comunitário de saúde, ter tido descontinuidade no acesso aos medicamentos e a elevada frequência de utilização dos medicamentos ao longo do dia. Os resultados indicam uma alta prevalência da não adesão com possíveis impactos negativos para os indivíduos e para a sociedade.

Adesão à Medicação; Farmacoepidemiologia; Terapêutica; Doença Crônica

¹ Secretaria de Estado da Saúde do Paraná, Curitiba, Brasil.

² Centro de Ciências da Saúde, Universidade Estadual de Londrina, Londrina, Brasil.

Correspondência

F. A. Remondi
 Secretaria de Estado da Saúde do Paraná.
 Rua Espírito Santo 1818,
 apto. 104, Londrina, PR
 86020-420, Brasil.
 felipe.remondi@gmail.com

Introdução

No Brasil, as doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) aumentam em ritmo acelerado, tornando-se prioridade na área de saúde¹. Apesar dos avanços do Sistema Único de Saúde (SUS) e da Estratégia Saúde da Família (ESF), as DCNT representam a principal causa de mortes (Departamento de Informática do SUS. *Indicadores de Mortalidade. C.4 Mortalidade Proporcional por Grupos de Causas*. <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?idb2011/c04.def>, acessado em 08/Jul/2013) com desigualdades econômicas e sociais em sua distribuição¹.

Nesse contexto, o tratamento medicamentoso representa uma das principais estratégias para o controle em nível individual das DCNT, sendo empregado em até 87% dos adultos e idosos². No entanto, nem sempre a utilização do medicamento representa o controle efetivo das doenças. Estudos apontam baixos níveis de controle pressórico entre indivíduos tratados^{3,4} e ao considerar que isto também pode ocorrer em outras doenças como o diabetes e os transtornos mentais, vislumbra-se um importante problema de saúde pública, pois há o consumo de recursos financeiros e assistenciais sem que haja a efetivo controle das DCNT^{5,6}.

A baixa efetividade do tratamento medicamentoso pode ser explicada, entre outros fatores, por barreiras de acesso aos serviços de saúde e aos medicamentos, pela ineficácia dos fármacos e sobretudo pela não adesão à terapia^{5,7,8}.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) considera que em países desenvolvidos a não adesão a terapias de longo prazo gira em torno de 50%, sendo que estes valores são superiores em países menos desenvolvidos⁷. Estudos nacionais^{6,9,10,11,12,13} indicam prevalências próximas a da OMS, reafirmando no contexto nacional o importante problema de saúde pública representado pela não adesão e suas potenciais consequências.

Por se tratar de um fenômeno multidimensional e determinado socioculturalmente, a adesão ao tratamento manifesta-se de forma particular em distintos grupos populacionais, conforme localização geográfica, hábitos, condições de saúde, organização dos serviços assistenciais, entre outras características⁵.

A condução de pesquisas capazes de dimensionar tal fenômeno e retratá-lo em um contexto definido representa uma importante estratégia para comparação, compreensão e produção de evidências para os serviços e profissionais de saúde. Assim, estudos de base populacional constituem uma das modalidades mais relevantes para investigação do uso de medicamentos,

especialmente em países que carecem de sistemas de informação e inquéritos nacionais periódicos¹⁴.

O objetivo do presente trabalho é analisar a não adesão à terapia farmacológica contínua e fatores associados, entre estes a complexidade da farmacoterapia, em indivíduos de 40 anos e mais.

Métodos

Trata-se de um estudo transversal, de base populacional, integrante de um projeto mais amplo denominado VIGICARDIO¹⁵, que foi desenvolvido na cidade de Cambé, município de cerca de 100 mil habitantes (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *População Residente: Paraná*. <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/defthtm.exe?ibge/cnv/poppr.def>, acessado em 06/Jun/2012) da região metropolitana de Londrina, norte do Estado do Paraná.

A população de estudo foi constituída por residentes da área urbana do município, com idade igual ou superior a 40 anos, tomando como base de cálculo e amostragem as informações relativas à contagem populacional realizada em 2007.

O tamanho da amostra do VIGICARDIO foi calculado utilizando o aplicativo StatCalc (<http://www.ucs.louisiana.edu/~kxk4695/StatCalc.htm>) e considerando a prevalência de desfecho inespecífico de 50%, intervalo de 95% de confiança e erro de 3%, acrescentando 20% para possíveis perdas e recusas. Definiu-se uma amostra de 1.336 indivíduos de 40 anos ou mais de idade distribuídos em todos os 86 setores censitários urbanos do município.

Partindo dos mapas das divisões censitárias, foi adotada uma sistemática para definição da rota amostral de forma a garantir a cobertura do setor e aleatoriedade na seleção dos domicílios. Foram sorteadas as rotas percorridas pelos pesquisadores, o intervalo de visita aos domicílios (1:2) e um indivíduo por residência para participar do estudo. Considerou-se perda quando o indivíduo selecionado no domicílio não fosse encontrado após, no mínimo, três visitas em dias e/ou horários alternados ou que recusasse a entrevista. A coleta de dados ocorreu entre fevereiro e junho de 2011.

A partir da amostra VIGICARDIO, foram incluídos neste estudo todos os indivíduos entrevistados que utilizavam medicamentos de forma contínua e que comprovaram a utilização dos produtos por meio de caixas, bulas, cartelas/frascos, receitas etc. Definiu-se como medicamento de uso contínuo aquele que o paciente necessita utilizar todos os dias, ou quase todos, sem data para término do tratamento².

O desfecho deste estudo foi a não adesão ao tratamento medicamentoso, mensurada por meio da escala de quatro itens proposta por Morisky et al.¹⁶. Tal escala possui utilização corrente no meio científico, simplicidade de aplicação e correlação com medidas do desfecho clínico^{13,17,18}. Para quantificação do fenômeno, a escala adotada avalia o comportamento de adesão por meio de quatro questões com respostas dicotômicas (sim/não): “*Você às vezes se esquece de tomar seus remédios?*”, “*Você às vezes se descuida do horário de tomar seus medicamentos?*”, “*Quando se sente melhor, você às vezes deixa de tomar seus medicamentos?*” e “*Quando se sente mal com os remédios, você às vezes para de tomá-los?*”. Cada resposta negativa corresponde a um ponto e ao final obtém-se uma escala de 0 a 4. Foi considerado não aderente o indivíduo que pontuou entre 0 e 3¹⁶.

Consideraram-se variáveis independentes: condições socioeconômicas (sexo, idade, situação conjugal, escolaridade, classificação econômica e situação ocupacional), de saúde (autopercepção do estado de saúde), de utilização dos medicamentos (número de medicamentos utilizados, necessidade de supervisão ou ajuda para uso dos medicamentos, percepção de efeitos colaterais, restrição das atividades diárias, descontinuidade do acesso aos medicamentos e complexidade da farmacoterapia) e de utilização dos serviços de saúde (natureza do serviço que presta atendimento, receber visitas da equipe de saúde da família, do agente de saúde e ter realizado consulta nos últimos dois meses).

Entre as variáveis independentes destaca-se a complexidade farmacoterapêutica que foi calculada por meio do índice de complexidade farmacoterapêutica (ICFT) validado para o português por Melchioris et al.¹⁹ em 2007. A partir de informações documentais, o ICFT atribui pontos às características do regime conforme três seções: (A) forma de dosagem (ex.: comprimido ou cápsula via oral, pomada de uso tópico, pomada de uso oftálmico, entre outras), (B) posologia (ex.: 1 vez ao dia, 2 vezes ao dia, 2 vezes ao dia quando necessário, entre outras) e (C) ações requeridas (ex.: partir ou triturar o comprimido, tomar em horário exclusivo, entre outros).

No presente estudo o cálculo da complexidade terapêutica foi realizado com base no regime referido e comprovado, sendo que a confirmação com caixas, bulas, cartelas ou outros elementos foi uma estratégia adotada para minimizar vieses de memória e de registro das informações. Para cada produto apresentado, com o elemento comprobatório em mãos, o entrevistado foi questionado sistematicamente sobre o modo de usar e a necessidade de ações adicionais. Especifica-

mente à seção C (ações requeridas) suprimiu-se a pontuação referente a “tomar/usar conforme indicado”, pois em estudo piloto a mesma mostrou-se de difícil obtenção por meio do questionamento direto, sendo mais adequada a fontes documentais (prescrições, prontuários etc.).

Após a entrevista procedeu-se à checagem das informações e ao cálculo do ICFT. Pela soma dos escores de cada seção obteve-se a pontuação que dimensiona a complexidade do tratamento, sendo neste trabalho considerados de alta complexidade os valores acima do percentil 80, que representou o ponto a partir do qual houve um aumento na variabilidade da distribuição dos indivíduos conforme valores obtidos no índice.

Previamente à coleta de dados, o instrumento foi testado e em seguida aplicado em estudo piloto com 100 indivíduos residentes em outra cidade. Após, a coleta de dados foi realizada por equipe de acadêmicos treinados e os formulários foram sucessivamente conferidos, duplamente digitados no Epi Info versão 3.5.3 (Centers for Disease Control and Prevention, Atlanta, Estados Unidos) e o banco de dados foi validado deterministicamente. O banco finalizado foi analisado por meio do IBM SPSS Statistic versão 19.0 (IBM Corp., Armonk, Estados Unidos).

Para análise descritiva, utilizaram-se medidas de ocorrência e, quando necessário, a comparação entre proporções foi realizada pelo teste de chi-quadrado com correção de continuidade (Yates). A análise de associação entre as variáveis independentes e a não adesão ao tratamento foi realizada por meio de análise bruta e análise ajustada com a construção de modelos de regressão linear generalizada de Poisson.

Para análise ajustada (multivariada) constituiu-se um modelo com todas as variáveis que obtiveram valor de $p < 0,2$ no teste de Wald da análise bruta e as variáveis sexo e idade para controle de confundimentos. Dada a característica exploratória do estudo, admitiu-se a possibilidade da existência de mais de um preditor para a variável resposta. Os modelos foram avaliados pelo teste da razão de verossimilhança e consideraram-se estatisticamente significantes as associações com valor de $p < 0,05$ no teste de Wald da análise ajustada.

O estudo foi elaborado e conduzido com base nos preceitos éticos da *Declaração de Helsinki* e suas reformulações, bem como na *Resolução nº 196/96* do Conselho Nacional de Saúde, sendo aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade Estadual de Londrina com parecer registrado no Sistema Nacional de Informação sobre Ética em Pesquisa envolvendo Seres Humanos (CAAE nº 0192.0.268.000-10).

Resultados

Dos 1.336 indivíduos amostrados nos 86 setores censitários do Município de Cambé, registraram-se 12% (n = 156) de perdas. Foram entrevistados 1.180 indivíduos, dentre os quais 919 (78%) referiram ter utilizado medicamentos nos 15 dias anteriores à entrevista, 652 (55%) utilizavam medicamentos contínuos, sendo que 639 (98%) foram incluídos no estudo, pois comprovaram o uso de tais medicamentos.

Tanto o uso de medicamentos quanto o uso de medicamentos contínuos estiveram estatisticamente associados a maior idade e ao sexo feminino. A mediana do número de produtos farmacêuticos utilizados entre os usuários de medicamentos contínuos foi de três (média = 3,45), sem diferença entre os sexos e com tendência de aumento em relação à idade. Apenas 17% dos entrevistados possuíam o regime terapêutico com única droga.

Observou-se a predominância do sexo feminino, idade entre 40 e 64 anos, baixa escolaridade e pertencentes à classe média. Apenas 6,7% dos entrevistados avaliaram sua saúde como ruim ou muito ruim e mais da metade deles referiu ter realizado consulta médica nos últimos dois meses (Tabela 1).

Menos de um quinto das pessoas relataram potenciais interferências na adesão ao tratamento, como perceber reações adversas (15,6%), interferência do tratamento na rotina (9,1%) e não receber orientação/informação do profissional prescritor (5,3%). Apenas 5,7% dos entrevistados referiram apresentar algum comprometimento funcional para a utilização dos medicamentos.

A descontinuidade do acesso aos medicamentos foi referida por 14,5% dos usuários, sendo que os principais motivos relatados para a interrupção foram a falta de recursos financeiros para aquisição dos medicamentos e não ter conseguido obtê-los nos serviços de saúde (indisponibilidade).

Em relação à adesão ao tratamento, 45,9% dos entrevistados declararam descuidar-se do horário em que tomam os medicamentos e 32,3% relataram ter dificuldades em lembrar de tomá-los. A atitude de interromper o tratamento ao sentir-se melhor foi apontada por 19,7% e a de interromper o uso do medicamento ao sentir-se pior ao tomá-lo, por 25,3% (Tabela 2).

Segundo a classificação proposta por Morisky et al.¹⁶, a maior parte dos entrevistados (46,9%) respondeu afirmativamente entre uma e duas respostas (obtendo dois ou três pontos), apresentando comportamento de adesão mediano. Para análise, considerou-se não aderente o indivíduo que recebeu entre 0 e 3 pontos, totalizando

uma prevalência de não adesão de 63,5% (IC95%: 59,6-67,2) (Tabela 2).

A complexidade da terapia avaliada pelo ICFT variou entre 2 e 48 pontos com valor médio de 8,1 pontos (DP = 5,9). Os valores médios das seções A, B e C foram, respectivamente, 1,6; 4,4 e 2,9.

Após análise multivariada, permaneceram estatisticamente associados a não adesão apenas o fato de não ser acompanhado pelo agente comunitário de saúde (ACS), ter tido descontinuidade no acesso aos medicamentos e alta complexidade da seção B do ICFT, referente ao número de doses diárias (Tabela 3). O resultado do teste de razão de verossimilhança foi de $p = 0,009$, indicando a validade do modelo para a explicação do desfecho.

Discussão

A prevalência de não aderentes registrada neste estudo (63,5%) foi compatível com estudos nacionais e internacionais que utilizaram o mesmo método de quantificação em populações distintas^{9,10,17,18,20} e com a estimativa da OMS⁵ que indica a prevalência de 50% ou mais, nos casos de países menos desenvolvidos.

Diferenças culturais, de idade, do estado de saúde e na origem da população estudada são alguns dos elementos que podem determinar a variação entre as taxas de não adesão observadas. Contudo, ao vislumbrar que de cada dez usuários de medicamentos contínuos, um ou dois possuem comportamento muito pouco aderente e que outros quatro eventualmente não aderem à terapia, constitui-se um desafio à integralidade e eficiência dos sistemas e serviços de saúde^{5,6,21,22}.

Entre as consequências da não adesão, é possível pontuar a diminuição do controle efetivo das doenças^{3,4,17,18,23}, o aumento no risco de hospitalizações²⁴ e o aumento da mortalidade²⁵. A avaliação em extensão do impacto da não adesão representa um desafio, pois não há consenso sobre a forma de mensuração e há pouca disponibilidade de informações que permitam analisar fator associado a eventuais complicações, hospitalizações, mortes e custos diretos e/ou indiretos^{5,6,21,26}.

Quanto às variáveis associadas, os resultados do trabalho apontam para três: não ser acompanhado pelos ACS, ter tido descontinuidade no acesso aos medicamentos e a elevada complexidade do número de doses diárias (seção B) (Tabela 3).

A relação entre atuação do ACS e a adesão explica-se pela natureza do trabalho do agente dentro da equipe de saúde, onde ele tem o papel

Tabela 1

Descrição das características socioeconômicas, demográficas e de utilização dos serviços de saúde dos entrevistados segundo sexo. Cambé, Paraná, Brasil, 2011.

Variáveis	Total		Sexo			
			Feminino		Masculino	
	n	%	n	%	n	%
Idade (anos)						
≥ 60	255	40,0	159	39,8	96	40,2
40-59	384	60,0	241	60,2	143	59,8
Anos de estudo *						
5 e mais	233	36,5	144	36,1	89	37,2
0-4	405	63,5	255	63,9	150	62,8
Situação conjugal **						
Vive só	191	29,9	152	38,0	39	16,3
Vive com companheiro(a)	448	70,1	248	62,0	200	83,7
Classe econômica (ABEP) *						
A e B	223	34,9	121	30,3	102	42,7
C	337	52,7	219	54,9	118	49,4
D e E	78	12,2	59	14,8	19	7,9
Situação ocupacional **						
Não exerce atividade remunerada	330	51,6	235	58,8	95	39,7
Exerce atividade remunerada	309	48,4	165	41,3	144	60,3
Autopercepção da saúde **						
Boa ou muito boa	288	45,4	165	41,6	123	51,9
Regular	279	44,0	181	45,6	98	41,4
Ruim ou muito ruim	67	10,6	51	12,8	16	6,7
Natureza dos serviços de saúde que prestam atendimento						
Privado ou ambos	288	45,1	180	45,0	108	45,2
Exclusivamente público	351	54,9	220	55,0	131	54,8
Recebe visitas do médico, enfermeiro ou técnico de enfermagem do PSF **						
Sim	106	16,6	55	13,8	51	21,3
Não	533	83,4	345	86,3	188	78,7
Recebe visitas do ACS						
Sim	357	55,9	230	57,5	127	53,1
Não	282	44,1	170	42,5	112	46,9
Realizou consulta médica nos dois últimos meses						
Sim	401	62,8	256	64,0	145	60,7
Não	238	37,2	144	36,0	94	39,3

ABEP: Associação Brasileira de Empresas de Pesquisas; ACS: agente comunitário de saúde; PSF: Programa Saúde da Família.

* Percentuais calculados pelo número total de respostas, podendo haver perdas por não resposta do entrevistado;

** $p < 0,05$ na comparação entre os sexos.

de construir o elo entre a unidade de saúde e a comunidade, promovendo saúde e prevenindo doenças ²⁷.

Pesquisa realizada no Município de Ribeirão Preto (São Paulo) apontou que em 76,9% dos atendimentos realizados pelos ACS houve verificação e/ou orientação quanto à utilização de medicamentos. Ao longo de um mês, 65,3% dos agentes referiram quase sempre identificar

riscos em relação à utilização de medicamentos, chamando a atenção para dificuldades quanto aos horários, automedicação e adesão ao tratamento ²⁸. Seria esperado que mesmo que esses profissionais não desenvolvessem atividades específicas para o monitoramento da terapia, o modelo de atenção sustentado por eles permita a continuidade do cuidado, melhor trânsito de informações/orientações e acesso aos serviços

Tabela 2

Respostas e pontuação obtida na escala de Morisky et al.¹⁶ e prevalência de não adesão ao tratamento medicamentoso contínuo em adultos de 40 anos e mais. Cambé, Paraná, Brasil, 2011.

Variáveis	Prevalência		
	n	%	IC95%
Respostas afirmativas para as perguntas da escala de Morisky et al. ¹⁶ *			
Você às vezes se esquece de tomar seus remédios?	206	32,3	28,7-36,1
Você às vezes se descuida do horário de tomar seus medicamentos?	293	45,9	42,0-49,9
Quando se sente melhor, você às vezes deixa de tomar seus medicamentos?	126	19,7	16,8-23,1
Quando se sente mal com os remédios, você às vezes para de tomá-los?	161	25,3	22,0-28,9
Número total de respostas afirmativas e pontuação obtida			
0 (4 pontos)	233	36,5	32,8-40,4
1 (3 pontos)	155	24,2	21,1-27,9
2 (2 pontos)	145	22,7	19,3-26,2
3 (1 ponto)	88	13,8	11,3-16,8
4 (0 ponto)	18	2,8	1,7-4,5
Adesão autorreferida			
Não aderente	406	63,5	59,6-67,2
Aderente	233	36,5	32,8-40,4

IC95%: intervalo de 95% de confiança.

* O mesmo entrevistado pode ter respondido afirmativamente a mais de uma pergunta. Os valores percentuais foram calculados em relação ao número total de usuários de medicamentos contínuos que responderam as perguntas (n = 639).

Tabela 3

Análise bruta e ajustada das variáveis independentes incluídas no modelo tomando como desfecho a não adesão ao tratamento medicamentoso contínuo em indivíduos de 40 anos e mais. Cambé, Paraná, Brasil, 2011.

Variável (categoria de risco)	Análise bruta			Análise ajustada *		
	RP	IC95%	Valor de p	RP	IC95%	Valor de p
Autopercepção de saúde (regular, ruim ou muito ruim)	1,32	1,07-1,62	0,01	1,22	0,99-1,50	0,07
Realização de consulta nos últimos dois meses (Não)	1,17	0,95-1,45	0,14	1,10	0,89-1,36	0,41
Visitas do ACS (não)	1,41	1,14-1,73	< 0,01	1,32	1,07-1,62	0,01
Necessita de ajuda para a utilização dos medicamentos (sim)	0,57	0,26-1,24	0,16	0,63	0,31-1,26	0,19
Restrição das atividades diárias (sim)	0,56	0,33-0,93	0,03	0,65	0,39-1,08	0,10
Descontinuidade no acesso aos medicamentos (sim)	1,49	1,03-2,15	0,04	1,49	1,04-2,14	0,03
Complexidade da seção A do ICFT (alta)	0,58	0,33-1,02	0,06	0,62	0,37-1,06	0,08
Complexidade da seção B do ICFT (alta)	1,18	0,93-1,50	0,18	1,46	1,13-1,89	0,04

ACS: agente comunitário de saúde; IC95%: intervalo de 95% de confiança; ICFT: índice de complexidade farmacoterapêutica; RP: razão de prevalência.

* Controlada pelas variáveis idade e sexo.

de saúde^{2,29,30}, sanando dúvidas, preocupações e problemas pontuais que poderiam de alguma forma interferir na adesão²⁸.

Se por um lado os resultados apontam que o acompanhamento pelo ACS tem impacto positivo sobre a adesão, por outro, chamam a atenção

para o papel mais ativo que os demais profissionais da equipe de saúde da família poderiam desempenhar perante indivíduos que apresentem risco de falha terapêutica.

A prevalência de indivíduos que tiveram descontinuidade no acesso aos medicamentos

(14,5%) foi superior aos valores relatados em outros locais da Região Sul do Brasil^{29,31} e esteve diretamente associada a não adesão. Publicações internacionais reconhecem o papel do acesso aos medicamentos para a adequada realização do tratamento^{5,26} por representar em algum grau o nível de organização dos serviços de saúde e farmacêuticos prestados à população³².

Do ponto de vista teórico, a barreira primordial do acesso é a disponibilidade. Contudo, apesar de regê-lo, a disponibilidade não o garante, pois barreiras geográficas, financeiras, organizacionais e de informação atuam facilitando ou obstruindo a possibilidade das pessoas obterem sua medicação³³. Conforme avaliação da assistência farmacêutica no Brasil, a média nacional de indisponibilidade de produtos essenciais nas unidades de saúde foi de 27%^{32,34}. O tempo médio de desabastecimento destes produtos foi de 84 dias por ano³², fato que leva o usuário a recorrer à compra direta dos medicamentos, que por sua vez tem grande impacto sobre os orçamentos familiares, chegando a comprometer até a 70% das despesas com saúde³⁵. A não adesão e eventual interrupção do tratamento decorrem tanto do desabastecimento quanto do comprometimento da renda familiar.

Algumas medidas têm sido adotadas para tentar reverter o quadro, como aprovação da Política Nacional de Assistência Farmacêutica e a criação de programas públicos para obtenção dos medicamentos em sistema de copagamento em farmácias públicas ou privadas credenciadas⁸, atuando sobre as três barreiras de acesso apontadas neste estudo: financeira, disponibilidade e geográfica/organizacional.

Quanto à relação entre a complexidade terapêutica e a não adesão, estudos com métodos semelhantes a este também não verificaram associação^{12,13}. Já os conduzidos por Fröhlich et al.²⁰, Pollack et al.³⁶ e Acurcio et al.³⁷ apresentaram uma associação direta entre a complexidade da terapia e a não adesão. Paradoxalmente, existem ainda trabalhos que têm indicado que o maior número de medicamentos ou a alta complexidade pode estar associado a maior adesão por interferir na forma com que o indivíduo percebe e lida com sua condição^{38,39}.

O presente trabalho indica que a frequência de utilização dos medicamentos ao longo do dia (seção B) parece ter papel similar, senão superior, sobre a adesão do que a complexidade total ou o número de medicamentos propriamente dito. A associação desta variável após análise ajustada pode ter sido evidenciada em função do controle de outros elementos interferentes, como, por exemplo, a possível relação entre a baixa capacidade funcional para uso dos medicamentos

que se soma ao número de doses diárias na diminuição da adesão ao tratamento. O controle de possíveis interferentes tem sido respaldado pelas análises que apontam a validade do modelo multivariável explicativo.

Existem evidências claras e para múltiplas situações clínicas que a frequência de utilização do medicamento tem impacto negativo sobre a adesão^{5,39,40,41}. Uma coorte realizada nos Estados Unidos, por meio de sistemas de informação, revelou que cada nova dose diária introduzida no regime terapêutico leva a uma redução direta da taxa de adesão ao tratamento³⁹. Além disso, Shi et al.⁴² concluíram que a redução da frequência das doses também tem impacto positivo na diminuição de reações adversas e possibilita a redução de custos para os serviços de saúde.

É importante salientar que o elevado número de medicamentos e respectivas doses diárias são cada vez mais comuns em intervenções médicas em função do aumento da carga das doenças crônicas na população^{7,39,41}. Desta forma, a discussão sobre este tema não pode estar reduzida apenas ao número de drogas, mas precisa considerar também a complexidade e a compatibilidade deste regime às necessidades do paciente²⁶. Isso significa dizer que tão importante quanto identificar e manejar a polimedicação, é preciso levar em consideração o número de vezes que o paciente ingere medicamentos, considerando os prescritos por todos os profissionais e a automedicação, uma vez que é possível reduzir o número de doses diárias e elevar a adesão sem ter de abrir mão do uso de medicamentos essenciais à condição clínica do paciente⁴¹.

Como medidas práticas, os serviços de saúde podem incorporar ao seu processo de trabalho a avaliação sistemática da adesão ao tratamento e da frequência de utilização, identificando e intervindo sobre situações de elevado risco. Isto pode ser feito nos domicílios dos pacientes, onde é possível proceder a uma análise ampla de todos os medicamentos utilizados com medidas simples, como as adotadas no delineamento metodológico deste estudo, e envolvendo ACS e outros profissionais da equipe na promoção do uso racional de medicamentos.

Além das limitações comuns a delineamentos transversais e à análise de informações autorrelatadas, cabe destacar que o presente trabalho é derivado de uma pesquisa mais ampla e com objetivos distintos. Ainda que tenha considerado a totalidade de usuários de medicamentos contínuos da amostra global, como o delineamento não foi traçado especificamente para avaliar a adesão ao tratamento, é esperada uma redução no poder para detectar associações. Vale desta-

car que tal limitação não reduz a confiabilidade e relevância clínica das associações detectadas, apesar de não possibilitar que se desconsiderem variáveis que não se associaram ao desfecho.

Outra limitação do trabalho refere-se à escala utilizada para mensuração do desfecho, que em publicações recentes tem sido apontada como desempenho variável^{6,43,44}, podendo levar a imprecisões na discriminação da adesão/não adesão. É preciso considerar, todavia, que não há consenso sobre um método para avaliar a adesão que possa ser tomado como padrão-ouro e que a forma de avaliar a adesão deve considerar os recursos disponíveis e obedecer a normas psicométricas básicas^{21,45}. Nesse sentido a escala adotada constitui-se como um dos instrumentos mais utilizados⁶ para medir adesão ao uso de medicamentos e atende a características psicométricas^{16,20}, tendo inclusive seu uso recomendado^{6,44}.

Quanto à metodologia utilizada para avaliação da complexidade do regime terapêutico, acredita-se que os ajustes realizados para possibilitar a aplicação do cálculo com base em informações referidas não tenham levado a prejuízos na análise. Outro ponto a ser observado é que o artigo tomado como referência para aplicação do ICFT abrangeu uma população restrita a diabéticos atendidos em programa de atenção farmacêutica, contudo outros trabalhos⁴¹ têm aplicado o método com sucesso em populações, doenças e abrangências diferentes. Especificamente em relação à coleta de informações e cálculo da seção C, mesmo após treinamento e disponibilização de manual, os entrevistadores relataram dificuldades. Melchior et al.¹⁹ também registraram estas dificuldades.

Considerações finais

O manejo da não adesão ao tratamento será cada vez mais necessário no cotidiano dos serviços de saúde, pois a utilização correta dos medicamentos é fundamental para a redução de grande parte das DCNT.

Além de inúmeras propostas de intervenção já discutidas no meio científico, o presente estudo aponta para três elementos que precisam ser valorizados: o papel dos ACS no cuidado continuado, o acesso gratuito aos medicamentos e a simplificação na frequência de utilização dos fármacos.

Interessante notar que dentre todos os elementos investigados, aqueles que estiveram associados a maior prevalência de não adesão não se referem diretamente ao indivíduo. Isso aponta para a necessidade de que a discussão sobre a não adesão e as formas de lidar com ela contemple também a organização dos serviços de saúde e atuação dos profissionais.

É patente a necessidade de ampliar e qualificar o acesso aos medicamentos essenciais para todos os segmentos da sociedade brasileira, especialmente para a parcela usuária do serviço público de saúde, contudo não basta ofertar o medicamento se o mesmo não for utilizado corretamente. Não há, nem haverá integralidade sem que haja o acompanhamento terapêutico dos pacientes que tendem a não aderir ou a descontinuar os tratamentos.

Por fim, simplificar um regime terapêutico não consiste somente em diminuir o número de fármacos e suas doses diárias ou indicar apresentações mais adequadas. É também um esforço do usuário e dos profissionais que o assistem para fornecer medidas de suporte capazes de tornar a terapia mais fácil, acessível a sua compreensão/capacidade e a seu nível econômico, garantindo que o medicamento seja o instrumento terapêutico com melhor efetividade, eficiência e segurança para o indivíduo e para a coletividade.

Resumen

Este artículo investiga los factores asociados a la falta de adherencia en el tratamiento continuo con personas con 40 años o más de edad. Llevamos a cabo un estudio basado en la población de Cambé, Paraná, Brasil. La adhesión al tratamiento se evaluó mediante la escala de 4 ítems Morisky et al. También se han analizado variables sociodemográficas, uso de servicios de salud y medicamentos. Fueron entrevistadas 1.180 personas, de las cuales el 78% había consumido medicamentos durante los 15 días anteriores a la entrevista y en un 55% se registró un uso continuo. La muestra del estudio consistió en 639 individuos, principalmente mujeres, con edades comprendidas entre los 40 y 59 años y con baja educación. La prevalencia de no-adherencia fue de un 63,5%. Después del ajuste de análisis, la falta en el acceso a los medicamentos y la alta frecuencia de uso de medicamentos durante el día se asoció con el hecho de no estar acompañado por un trabajador comunitario de salud. Los resultados indican una alta prevalencia de falta de adherencia con los consiguientes posibles impactos negativos para los individuos.

*Cumplimiento de la Medicación;
Farmacoepidemiología; Terapéutica; Enfermedad
Crónica*

Colaboradores

F. A. Remondi participou na elaboração e execução da pesquisa, redação, revisão e aprovação da versão final do artigo submetido para publicação. M. A. S. Cabrera e R. K. T. Souza colaboraram na elaboração da pesquisa, revisão crítica e aprovação da versão final do artigo submetido para publicação.

Agradecimentos

Ao Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Londrina e Secretaria Municipal de Saúde Pública de Cambé. A Capes e à equipe de coleta e trabalho do projeto VIGICARDIO-UJEL.

Referências

- Schmidt MI, Duncan BB, Silva GA, Menezes AM, Monteiro CA, Barreto SM, et al. Chronic non-communicable diseases in Brazil: burden and current challenges. *Lancet* 2011; 377:1949-61.
- 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 Saúde Pública* 2008; 24:267-80.
- Grezzana GB, Stein AT, Pellanda LC. Adesão ao tratamento e controle da pressão arterial por meio da monitoração ambulatorial de 24 horas. *Arq Bras Cardiol* 2013; 100:335-61.
- Zattar LC, Boing AF, Giehl MWC, d'Orsi E. Prevalência e fatores associados à pressão arterial elevada, seu conhecimento e tratamento em idosos no sul do Brasil. *Cad Saúde Pública* 2013; 29:507-21.
- World Health Organization. Adherence to long-term therapies: evidence for action. Geneva: World Health Organization; 2003.
- Santos MVR. Adesão ao tratamento anti-hipertensivo: conceitos, aferição e estratégias inovadoras de abordagem. *Rev Bras Clín Med* 2013; 11:55-61.
- Mendes EV. As redes de atenção à saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2011.
- Oliveira MA, Bermudez JA, Osorio-de-Castro CG. Assistência farmacêutica e acesso a medicamentos. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2007.
- Giroto E, Andrade SM, Cabrera MAS, Matsuo T. Adesão ao tratamento farmacológico e não farmacológico e fatores associados na atenção primária da hipertensão arterial. *Ciênc Saúde Coletiva* 2013; 18:1763-72.
- Marchi KC, Chagas MHN, Tumas V, Miaso AI, Crippa JAS, Tirapelli CR. Adesão à medicação em pacientes com doença de Parkinson atendidos em ambulatório especializado. *Ciênc Saúde Coletiva* 2013; 18:855-62.
- Araújo MFM, Gonçalves TC, Damasceno MMC, Caetano JA. Aderência de diabéticos ao tratamento medicamentoso com hipoglicemiantes orais. *Esc Anna Nery Rev Enferm* 2010; 14:361-7.
- Melchioris AC. Hipertensão arterial: análise dos fatores relacionados com o controle pressórico e a qualidade de vida [Dissertação de Mestrado]. Curitiba: Universidade Federal do Paraná; 2008.

13. Souza RAP. Qualidade de vida relacionada à saúde, controle glicêmico e seus determinantes em pacientes com diabetes mellitus tipo 2 [Dissertação de Mestrado]. Curitiba: Universidade Federal do Paraná; 2008.
14. Rozenfeld S, Valente J. Estudos de utilização de medicamentos: considerações técnicas sobre coleta e análise de dados. *Epidemiol Serv Saúde* 2004; 13:115-23.
15. Pós-graduação em Saúde Coletiva, Universidade Estadual de Londrina. Projeto doenças cardiovasculares no Paraná. <http://www.uel.br/pos/saudecoletiva/vigicardio/> (acessado em 18/Abr/2013).
16. Morisky DE, Green LW, Levine DM. Concurrent and predictive validity of a self-reported measure of medication adherence. *Med Care* 1986; 24:67-74.
17. Gutiérrez-Angulo ML, Lopetegi-Uranga P, Sánchez-Martín I, Garaigordobil-Landazabal M. Cumplimiento terapéutico en pacientes con hipertensión arterial y diabetes mellitus tipo 2. *Rev Calid Asist* 2012; 27:72-7.
18. Nakhutina L, Gonzalez JS, Margolis SA, Spada A, Grant A. Adherence to antiepileptic drugs and beliefs about medication among predominantly ethnic minority patients with epilepsy. *Epilepsy Behav* 2011; 22:584-6.
19. Melchior AC, Correr CJ, Fernández-Llimos F. Tradução e validação para o português do Medication Regimen Complexity Index. *Arq Bras Cardiol* 2007; 89:210-8.
20. Fröhlich SE, Vigo A, Mengue SS. Association between the Morisky Medication Adherence Scale and medication complexity and patient prescription knowledge in primary health care. *Latin American Journal of Pharmacy* 2011; 30:1348-54.
21. Leite SN, Vasconcelos MPC. Adesão à terapêutica medicamentosa: elementos para a discussão de conceitos e pressupostos adotados na literatura. *Ciênc Saúde Coletiva* 2003; 8:775-82.
22. Jordan MS, Lopes JF, Okazaki E, Komatsu CL, Nemes MIB. Aderência ao tratamento anti-retroviral em AIDS: revisão da literatura médica. In: Teixeira PR, Paiva V, Shimma E, organizadores. *Tá difícil de engolir? São Paulo: Núcleo de Estudos para a Prevenção da AIDS, Universidade de São Paulo*; 2000. p. 5-26.
23. Al-Qazaz HK, Sulaiman SA, Hassali MA, Shafie AA, Sundram S, Al-Nuri R, et al. Diabetes knowledge, medication adherence and glycemic control among patients with type 2 diabetes. *Int J Clin Pharm* 2011; 33:1028-35.
24. Sokol MC, McGuigan KA, Verbrugge RR, Epstein RS. Impact of medication adherence on hospitalization risk and healthcare cost. *Med Care* 2005; 43:521-30.
25. Simpson SH, Eurich DT, Majumdar SR, Padwal RS, Tsuyuki RT, Varney J, et al. A meta-analysis of the association between adherence to drug therapy and mortality. *BMJ* 2006; 333:15.
26. Osterberg L, Blaschke T. Adherence to medication. *N Engl J Med* 2005; 353:487-97.
27. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 2488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). *Diário Oficial da União* 2011; 24 out.
28. Marques TC. As atividades de agentes comunitários de saúde e a promoção do uso correto de medicamentos em unidades do distrito de saúde oeste de Ribeirão Preto-SP [Dissertação de Mestrado]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo; 2008.
29. 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 Saúde Pública* 2010; 26:1163-74.
30. Facchini LA, Piccini RX, Tomasi E, Thumé E, Silveira DS, Siqueira FV, et al. Desempenho do PSF no Sul e no Nordeste do Brasil: avaliação institucional e epidemiológica da atenção básica à saúde. *Ciênc Saúde Coletiva* 2006; 11:669-81.
31. Aziz MM, Calvo MC, Schneider IJC, Xavier AJ, d'Orsi E. Prevalência e fatores associados ao acesso a medicamentos pela população idosa em uma capital do sul do Brasil: um estudo de base populacional. *Cad Saúde Pública* 2011; 27:1939-50.
32. Organização Pan-Americana da Saúde. Avaliação da assistência farmacêutica no Brasil. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2005.
33. Travassos C, Castro MSM. Determinantes e desigualdades sociais no acesso e na utilização de serviços de saúde. In: Giovanella L, organizadora. *Políticas e sistemas de saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2008. p. 215-46.
34. Emmerick ICM, Luiza VL, Pepe VLE. Pharmaceutical services evaluation in Brazil: broadening the results of a WHO methodology. *Ciênc Saúde Coletiva* 2009; 14:1297-306.
35. Rede Interagencial de Informação para a Saúde. Indicadores e dados básicos para a saúde no Brasil: conceitos e aplicações. 2ª Ed. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2008.
36. Pollack M, Chastek B, Williams SA, Moran J. Impact of treatment complexity on adherence and glycemic control: an analysis of oral antidiabetic agents. *J Clin Outcomes Manage* 2010; 17:257-65.
37. Ungari AQ, Fabbro ALD. Adherence to drug treatment in hypertensive patients on the Family Health Program. *Braz J Pharm Sci* 2010; 46:811-8.
38. Acurcio FA, Silva AL, Ribeiro AQ, Rocha NP, Silveira MR, Klein CH, et al. Complexidade do regime terapêutico prescrito para idosos. *Rev Assoc Med Bras* 2009; 55:468-74.
39. Choudhry NK, Fischer MA, Avorn J, Liberman JN, Schneeweiss S, Pakes J, et al. The implications of therapeutic complexity on adherence to cardiovascular medications. *Arch Intern Med* 2011; 171:814-22.

40. Corsonello A, Pedone C, Lattanzio F, Lucchetti M, Garasto S, Carbone C, et al. Regimen complexity and medication nonadherence in elderly patients. *Ther Clin Risk Manag* 2009; 5:209-16.
41. Libby AM, Fish DN, Hosokawa PW, Linnebur SA, Metz KR, Nair KV, et al. Patient-level medication regimen complexity across populations with chronic disease. *Clin Ther* 2013; 35:385-98.
42. Shi L, Hodges M, Yurgin N, Boye KS. Impact of dose frequency on compliance and health outcomes: a literature review (1966-2006). *Expert Rev Pharmacoecon Outcomes Res* 2007; 7:187-202.
43. Koschack J, Marx G, Schnakenberg J, Kochen MM, Himmel W. Comparison of two self-rating instruments for medication adherence assessment in hypertension revealed insufficient psychometric properties. *J Clin Epidemiol* 2010; 63:299-306.
44. Ben AJ, Neumann CR, Mengue SS. Teste de Morisky-Green e Brief Medication Questionnaire para avaliar adesão a medicamentos. *Rev Saúde Pública* 2012; 46:279-89.
45. Borges JXP, Moreira TMM, Rodrigues MTP, Oliveira CJ. Utilização de questionários validados para mensurar a adesão ao tratamento da hipertensão arterial: uma revisão integrativa. *Rev Esc Enferm USP* 2012; 46:487-94.

Recebido em 28/Abr/2013

Versão final reapresentada em 17/Jul/2013

Aprovado em 06/Ago/2013