

# ADESÃO AO TRATAMENTO EM DOENÇAS CRÔNICAS: INSTRUMENTOS UTILIZADOS PARA AVALIAÇÃO

## ADHERENCE TO TREATMENT IN CHRONIC DISEASES: INSTRUMENTS USED FOR EVALUATION

NATIELE ARAÚJO DA SILVA<sup>1</sup>, JULIANA FERNANDES DOS SANTOS<sup>1</sup>, EZILDA JACOMASSI<sup>2</sup>, MARINA GIMENES<sup>3\*</sup>

1. Acadêmica do curso de graduação do curso de Farmácia da Universidade Paranaense; 2. Professora Doutora em Ciências Biológicas (Botânica) pela Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho, Disciplina Botânica do curso de Farmácia da Universidade Paranaense; 3. Professora Mestre em Biociências Aplicadas à Farmácia pela Universidade Estadual de Maringá, Disciplina Farmácia Hospitalar do curso de Farmácia da Universidade Paranaense.

\* Rua Dr. Camargo, 5360, apto 401, Zona III, Umuarama, Paraná, Brasil. CEP: 87502-010 [marina@prof.unipar.br](mailto:marina@prof.unipar.br)

Recebido em 02/06/2020. Aceito para publicação em 20/08/2020

### RESUMO

Atualmente, a polifarmácia muito utilizada em pacientes portadores de doenças crônicas e a baixa adesão à terapêutica vem sendo um dos problemas graves no Brasil. A não adequação ao tratamento interfere no controle da doença e conseqüentemente na qualidade de vida, principalmente dos idosos. Este trabalho tem como objetivo verificar os métodos utilizados para a determinação da adesão ao tratamento medicamentoso em portadores de Doenças Crônicas Não Transmissíveis. Os artigos utilizados neste estudo, foram escolhidos após a data da inserção da lei federal 13021/14, onde impõe como dever do Farmacêutico o acompanhamento farmacoterapêutico de pacientes. Concluiu-se que, os questionários mais utilizados são: Teste de Haynes; TMG; ARMS, BMQ(1), BMQ(2) e QAM-Q. Cada um dos métodos apresentam pontos negativos e positivos, e no Brasil, o BMQ(2) e TMG é constantemente utilizado pelos pesquisadores. Em contrapartida, não há um método padrão-ouro, acredita-se que o uso concomitante dos instrumentos de avaliação fornece uma maior precisão nos resultados finais nas avaliações de adesão ao tratamento medicamentoso.

**PALAVRAS-CHAVE:** Adesão à medicação, Farmacoepidemiologia, questionários, doenças crônicas.

### ABSTRACT

Currently, polypharmacy used in patients with chronic diseases and low adherence to therapy has been one of the serious problems faced in Brazil. The inadequacy of treatment interferes with disease control and, consequently, the quality of life, especially of seniors. This paper aims to verify the methods used to determine the medication adherence. We chose the articles used in this study after the date of the insertion of federal law 13021/14. It was concluded that the most used questionnaires are: Haynes test; TMG; ARMS, BMQ(1), BMQ(2) and QAM-Q. Each method has negative and positive points, and in Brazil, BMQ(2) and TMG are constantly used by researchers. In contrast, there is no gold standard method; we believed that the concomitant use of assessment instruments provides greater precision in the results in assessments of adherence to drug treatment.

**KEYWORDS:** Medication adherence, Pharmacoepidemiology, questionnaires; chronic diseases.

### 1. INTRODUÇÃO

Nas últimas décadas, o uso de medicamentos no Brasil teve mudanças significativas decorrente da implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), resultando na distribuição gratuita e acessível de medicamentos essenciais decorrentes das Políticas Nacionais em especial na atenção básica. Outro fator foi o aumento significativo no seu uso, justificado pela necessidade do controle das doenças crônicas, com alta prevalência no país que segundo Costa *et al.* (2017)<sup>1</sup>, é consequência de uma população mais longa no Brasil. Mesmo sendo acessível e gratuito, atualmente, um dos principais problemas enfrentados, é a falta de adesão ao tratamento visto que essa população apresenta certas dificuldades, próprias da idade o que gera comprometimentos da saúde e indicações de hospitalizações. Segundo a Organização Pan-Americana de Saúde<sup>2,3</sup> em países desenvolvidos a adesão ao tratamento corresponde em média 50% dos casos e em países em desenvolvimento essa taxa é ainda menor, o que compromete a eficácia da terapêutica e principalmente a qualidade de vida dos idosos.

A prevalência das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), aumentam com a idade e estas estão entre as principais causas de mortalidade no mundo. Em geral são doenças relacionadas a múltiplos fatores e caracterizadas por início gradual, de prognóstico usualmente incerto, com longa ou indefinida duração, e apresentam curso clínico que muda ao longo do tempo, com possíveis períodos de agudização, podendo gerar incapacidades<sup>4</sup>. No Brasil, as DCNT são responsáveis por cerca de 72% de casos de morte de acordo com o Ministério da Saúde (2014)<sup>4</sup>, tornando-se um dos problemas graves enfrentados pelo país em relação a Saúde Pública. Dentre as principais DCNT implicadas em morte, destacam-se doenças do aparelho circulatório (31,3%), neoplasias (16,3%), doença respiratória crônica (5,8%) e diabetes (5,2%)<sup>5</sup>. Sendo sem seletividade, essas doenças afetam indivíduos de todas as classes socioeconômicas, porém de forma mais susceptível a aqueles pertencentes ao

grupo de risco como os de baixa escolaridade e principalmente os de mais idade. As causas dessas doenças geralmente, estão associadas à fatores como: tabagismo, consumo abusivo de álcool, falta de atividade física e o excesso de peso<sup>5</sup>.

O acesso e o uso do medicamento são essenciais para os portadores de DCNT, pois permite o controle dessas doenças, reduzindo a mortalidade e melhorando a qualidade de vida, porém, é necessário que o uso seja correto para resultar no controle efetivo. Medicamentos para as doenças crônicas, como hipertensão e diabetes, fazem parte das Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) e são dispensados de forma totalmente gratuita pelas Unidades Básicas de Saúde (UBS) de cada Município do país, bem como em Farmácias da rede privada com o convênio com o SUS. Em 2015 o Brasil contava com mais de 40 mil UBS em funcionamento, onde 70% da população utilizava esses serviços de saúde<sup>1</sup>. Logo após, no ano de 2016, foram destinados cerca de R\$1 bilhão para os municípios realizarem compras de medicamentos para a atenção básica e dentre essas UBS, 88,1% contava com medicamentos para diabetes e 76,5% com medicamentos para hipertensão<sup>6</sup>.

Atuando em conjunto com a Assistência Farmacêutica pública, para aumentar a capilaridade e facilidade no acesso, o Governo Federal implantou, no ano de 2004, o Programa Farmácia Popular do Brasil (PFPPB), disponibilizando medicamentos pertencentes ao Componente Básico da Assistência Farmacêutica (CBAF) por farmácias privadas. Suprindo assim, a falta de medicamentos que, em muitas vezes, vem a ocorrer nas Unidades Básicas de Saúde. No ano de 2006, cerca de três mil farmácias estavam credenciadas neste programa do Governo, totalizando 476.811 atendimentos de pacientes. Com a grande necessidade da população, em 2012 houve um aumento significativo de farmácias credenciadas, 25.122 unidades, onde foram atendidos 12.953 usuários<sup>7</sup>. Já em outubro de 2016, havia 35.144 farmácias e drogarias credenciadas em 4.485 municípios e 517 unidades da rede própria em 410 municípios, sendo atendidos mais de 39 milhões de pessoas entre fevereiro de 2011 e setembro de 2016<sup>8</sup>. Entretanto o governo deixou de repassar verbas para essas farmácias de rede própria no ano de 2017, e as verbas referentes a ela foram repassadas aos estados e municípios para realizarem as compras diretas dos medicamentos, não havendo então dessa forma prejuízo nenhum, pois os pacientes que faziam uso terão acesso aos mesmos medicamentos em unidades básicas de saúde e no programa Aqui Tem Farmácia Popular nas farmácias privadas.

Após a implantação da Farmácia Popular e a grande acessibilidade dos medicamentos pelas Unidades Básicas de Saúde, houve uma grande redução de internações e óbitos por doenças crônicas.

De acordo com Vieira (2009)<sup>9</sup>, o gasto com medicamentos essenciais nas três esferas do governo foi de R\$ 14,3 bilhões no ano de 2010. E esse número

aumentou 40% em 2015, indo para R\$ 20 bilhões, onde em 2016 caiu para R\$ 18,6 bilhões.

Os dados acima mostram que o acesso existe e que a cada dia vem sendo reestruturado para melhor atender a população. Entretanto, se o tratamento não for concluído, o acesso torna-se inviabilizado.

Nas doenças crônicas, o tratamento medicamentoso requer disciplina, conscientização, e orientação farmacêutica, pois são de uso por tempo indeterminado, com vários fármacos sendo usados concomitantemente e que podem desencadear Reações Adversas ao Medicamento (RAM), fazendo com que os pacientes desistam do tratamento.

Neste contexto, para a compreensão da importância do tratamento, da necessidade de fazer uso diário e nos horários corretos, é importante o acompanhamento por uma equipe multidisciplinar, onde o farmacêutico é o profissional indispensável na orientação, fazendo com que o paciente se responsabilize pela adesão ao tratamento, para que a doença seja controlada. Desta forma o farmacêutico retoma a sua responsabilidade como agente de promoção à saúde<sup>10</sup>. Da manipulação que foi o início da profissão, aos dias atuais, a profissão farmacêutica vem sofrendo transformações ao longo do tempo, e dentre as mudanças o acompanhamento farmacoterapêutico de pacientes é uma das principais atividades exercidas por este profissional de saúde. Segundo Andrade, Silva e Freitas (2004)<sup>11</sup>, o farmacêutico é necessário para o reflexo positivo na adesão ao tratamento e na redução de erros quanto ao uso incorreto das medicações. Esse profissional pode orientar, bem como avaliar sobre os aspectos farmacêuticos e farmacológicos que constituam possíveis riscos, proporcionando a melhoria na qualidade de vida dos pacientes.

A não adesão ao tratamento medicamentoso, é vista como um enorme problema de Saúde Pública, desta forma é imperioso que o farmacêutico realize o acompanhamento de pacientes portadores de Doenças Crônicas e com base na Lei 13.021 de 2014, art. 13 parágrafo III é de obrigatoriedade do Farmacêutico: “proceder ao acompanhamento farmacoterapêutico de pacientes, internados ou não, em estabelecimentos hospitalares ou ambulatoriais, de natureza pública ou privada”<sup>12</sup>, e respaldando essa obrigatoriedade, a reorganização da Assistência Farmacêutica (AF) preconizada pelo SUS, permitiu e estabeleceu-se a diretriz do cuidado, onde o Farmacêutico deve buscar orientar e estipular ações que agreguem aos pacientes de doenças crônicas, a efetividade do controle das doenças, buscando solucionar junto aos pacientes os problemas encontrados no uso de medicamentos.

Considerando a relevância e a grande importância da atuação farmacêutica frente ao uso de medicamentos para o controle das doenças crônicas, este trabalho tem como objetivo verificar os métodos utilizados para a determinação da adesão farmacoterapêutica e quais são os testes frequentemente utilizado no Brasil, após a Lei 13.021 de 2014.

## 2. MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de uma revisão de literatura, em estudos na temática da adesão ao tratamento, onde os trabalhos avaliados para verificação dos métodos utilizados para avaliar a não adesão ao tratamento, serão após 2014, ou seja, após a lei 13021 de 2014, em pacientes com doenças crônicas, atendidos pelo sistema único de saúde. As bases de dados consultadas foram: LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde); SCIELO (Scientific Electronic Library Online); Google Scholar.

Os descritores utilizados – todos presentes no Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) (<http://decs.bvs.br/cgi-bin/wxisl660.exe/decsserver/>) foram: adesão a medicação; farmacoepidemiologia; questionários; doenças crônicas.

## 3. DESENVOLVIMENTO

### Conceito de adesão

Embora muitos autores definam a adesão de maneiras diferentes, o contexto da finalidade é o mesmo. Haynes *et al.* (1980)<sup>13</sup> por exemplo, estabeleceu que o conceito de adesão está relacionado com o comportamento do paciente frente às ações propostas pelos profissionais de saúde que estão em acompanhamento do mesmo, não somente o ato de ingestão da medicação contínua, mas também como as mudanças nos hábitos alimentares e a prática de atividade física<sup>14</sup>. Outra forma de conceituar a adesão está na utilização de medicamentos e outros procedimentos prescritos em pelo menos 80%, observando horários, doses e tempo de tratamento<sup>15</sup>. Além disso, outra hipótese utilizada é a de Miller *et al.* (1997)<sup>16</sup>, que conceitua a adesão ao tratamento como uma forma de atingir-se o fim, utilizando abordagens para a manutenção e qualidade de vida, com ênfase na redução dos sinais e sintomas de uma doença<sup>17</sup>.

Por outro lado, que se refere ao tratamento farmacológico, a não adesão significa o abandono do uso dos medicamentos, sem orientação médica ou a realização de forma irregular do tratamento, seja na prática de atrasar a tomada do medicamento ou de realizar pequenas interrupções da terapêutica prescrita.

### Fatores relacionados a não adesão ao tratamento

Os medicamentos ocupam um papel muito importante no sistema de saúde, uma vez que é o principal recurso para cura e controle de doenças. Alguns dos fatores referentes a não adesão da terapêutica estão relacionados com alto custo de medicamentos não fornecidos pelo SUS, baixa escolaridade, que interfere em não compreender o nome da medicação e o esquema terapêutico inserido, a falta de diálogo do profissional de saúde com o paciente, não concedendo as devidas orientações para aderir de forma correta o tratamento farmacológico, inefetividade da resposta terapêutica e o baixo conhecimento dos portadores de DCNT em relação a

sua doença e seu tratamento correto<sup>18-21</sup>. O controle dessas enfermidades exige um comprometimento maior do paciente, pois o uso dos medicamentos é de longa duração e envolve a utilização de vários fármacos continuamente, acarretando em possíveis efeitos colaterais, o que se torna mais uma razão para que o tratamento seja interrompido.

Uma forma do paciente aderir à terapêutica é através de informações corretas prestada pelo profissional de saúde, orientando-os sobre o tratamento e as possíveis consequências caso o mesmo venha a não seguir o esquema terapêutico com precisão, bem como os efeitos colaterais que podem surgir durante o tratamento. Esse papel nem sempre depende do farmacêutico, porém, é imprescindível o envolvimento deste profissional com os portadores de DCNT<sup>22</sup>. O cuidado e o acolhimento do farmacêutico com os enfermos visam de forma positiva garantir que o paciente obtenha a qualidade de vida e o controle de sua doença. Matsumoto *et al.* (1998)<sup>23</sup>, demonstrou em um de seus estudos que o farmacêutico é o profissional mais apto para desenvolver ações educativas e esclarecer dúvidas frente às doenças e aos medicamentos utilizados pelos pacientes, frisando tanto a aderência ao tratamento quanto a habilidade do profissional farmacêutico em praticar um cuidado diferenciado com os pacientes.

Uma avaliação exata do comportamento de adesão é necessária para a eficácia do tratamento. A medição da adesão fornece informações úteis de que somente o monitoramento dos resultados não pode fornecer uma precisão de adesão em relação ao paciente, mas permanece apenas uma estimativa do comportamento real do mesmo. Melhorar a aderência pode ser o melhor investimento para combater doenças crônicas e frisar o uso racional de medicamentos, consequentemente regredindo os gastos públicos<sup>21</sup>.

### Métodos para validar a adesão ao tratamento

Segundo Correr & Otuki (2013)<sup>24</sup>, vários são os métodos e técnicas para verificar a adesão em doenças crônicas. Há dois métodos de avaliação mais utilizados atualmente, o método indireto que consiste em realizar perguntas diretamente ao paciente sobre a sua adequação ao tratamento prescrito, a contagem eletrônica de pílulas, avaliação de resultados terapêuticos, opinião do profissional. E o método direto como dosagem do fármaco ou metabólitos no plasma, saliva ou urina<sup>25, 26</sup>.

O método de contagem de pílulas consiste em o profissional verificar o número de comprimidos e ou cápsulas que foram consumidas pelo paciente durante o período mensal, contudo este método é considerado o mais incerto pelos autores, visto que os pacientes sabiamente esvaziam os frascos sem realmente tomá-los<sup>21</sup>. Os métodos mais utilizados na prática clínica no Brasil são os autos relato que é mediante a entrevista utilizados para avaliação do grau de adesão ao tratamento na prática clínica, pela praticidade e principalmente pelo baixo custo<sup>21, 25</sup>.

Embora não citado por Correr & Otuki (2013)<sup>24</sup>, uma inovação recente é o monitoramento eletrônico por um sistema que permite a detecção de eventos de medicação conhecido como (MEMS), que registra a hora e a data em que um recipiente de medicação foi aberto, descrevendo melhor a forma como os pacientes tomam seus medicamentos e principalmente em relação aos horários adequados, mas infelizmente, o custo desses dispositivos impede seu uso generalizado<sup>21</sup>.

Os principais instrumentos para avaliação da adesão ao tratamento são o Teste de Haynes e Sackett<sup>27</sup>, ARMS (*ADHERENCE TO REFILLS AND MEDICATIONS SCALE*), Teste de Morisky Green<sup>28</sup>, BMQ – Beliefs About Medications<sup>29</sup>, BMQ 2 – Brief Medication Questionnaire<sup>4,30</sup>, QAM - Questionário de adesão a medicamentos da equipe Quali aids.

O teste de Haynes, baseia-se em uma única pergunta onde o paciente faz um auto relato da adesão ao tratamento. O problema destes questionários é que pacientes podem exagerar seus sintomas, para que sua situação pareça pior do que é na realidade ou pacientes podem não representar completamente a descrição de seus sintomas, minimizando seus problemas. Questionários de auto relato devem apenas ser utilizados para medir alterações e despojamento dos sintomas e nunca devem ser utilizados como única ferramenta de diagnóstico<sup>31</sup>.

O ARMS (*Adherence to Refills and Medications Scale*), consiste em 12 perguntas feitas verbalmente por profissionais de saúde, relativas à preocupação do paciente em comprar os medicamentos, ou retirá-los em serviços de saúde e referentes ao esquecimento em tomá-los. As respostas “nunca”, “algumas vezes”, “na maioria das vezes” ou “sempre” relacionadas ao tempo, recebem valores de 1 a 4. Pacientes que apresentam melhor adesão à terapia medicamentosa corresponde aos de baixos *scores*<sup>32</sup>.

O teste de Morisky Green, é composto por 04 perguntas, com escores mais altos indicando melhor adesão, é baseado no uso inadequado de medicamentos que acontece da forma de falta de cuidado, esquecimento, interrupção do medicamento quando o paciente se sente melhor ou pior. A escolha por esse teste baseia em um número pequenos de questões, de fácil medida, compreensível e proporciona inspeção da atitude do paciente frente à tomada de medicamentos. Uma resposta confirmatória em qualquer uma destas perguntas já classifica o paciente como não aderente ao tratamento<sup>31</sup>.

O BMQ – Beliefs About Medications, com 11 perguntas, busca as relações entre crenças sobre medicamentos, crenças sobre doenças e comportamento de adesão. São divididos em duas subescalas uma de necessidade específica que avalia crença sobre o medicamento, e uma de preocupação específica que avalia crença sobre o perigo de dependência e toxicidade a longo prazo. Quanto maior a pontuação, maior a crença do paciente no conceito representado pela escala. As respostas “discordo totalmente”, “discordo”, “incerto”, “concordo” e

“concordo totalmente” recebem valores de 1 a 5.

O BMQ 2 – Brief Medication Questionnaire, é um instrumento dividido em três domínios que identificam barreiras à adesão quanto ao regime, às crenças e à recordação em relação ao tratamento medicamentoso na perspectiva do paciente.

O Questionário de Adesão a Medicamentos da equipe Quali aids (QAM-Q), consiste em três perguntas que se refere ao ato com relação ao que o paciente toma e quanto toma de medicamentos e como toma o medicamento. É considerado neste teste como não aderente o paciente que não tomar a quantidade correta 80% das doses prescritas<sup>29</sup>. Este questionário contém três perguntas para classificar a não adesão: 1) Proporção de doses consumidas, que é uma medida contínua do ato de aderir; 2) processo de tomadas, medida ordinal do processo de consentir: periodicidade de abandono, 3) Desfecho referido, medida dividida do resultado de aderir. Com isso, classificou o paciente como não-aderente se não tomasse 80%-120% das doses prescritas ou não tomar de modo correto a medicação (sem feriados, tomada irregular ou meia adesão), ou relatar que sua enfermidade estava descontrolada.

#### 4. DISCUSSÃO

No Brasil, estudos demonstraram que a utilização desses questionários não segue um modelo único, dentre os mais utilizados está o de Morisky e BMQ 2. Não existe concordância entre os autores com relação ao teste padrão-ouro para a exata identificação de adesão ao tratamento medicamentoso, acredita-se que somente a dose assistida pelo profissional seria o ideal para a identificação da adesão. Contudo, recomenda-se o uso concomitante dos métodos para uma melhor precisão nos resultados finais<sup>21</sup>. Abaixo alguns estudos utilizando os métodos citados e os resultados encontrados em doenças crônicas no Brasil.

Remond et al. (2014)<sup>33</sup>, usando o teste de Morisky et al. (1986)<sup>28</sup>, encontraram prevalência de 63,5% de não adesão entre os 639 indivíduos de mais de 40 anos que utilizavam medicamentos de forma contínua. Os participantes tinham predominância do sexo feminino, idade entre 40 e 59 anos, baixa escolaridade<sup>33</sup>.

Istilli (2014)<sup>32</sup>, analisou a prevalência de adesão aos pacientes diabéticos utilizando o método BMQ 2. Os resultados concluíram que 25% dos entrevistados apresentam total aderência; 21,7% apresentam provável adesão. Totalizando 46,7% dos pacientes diabéticos que aderem à terapêutica dos antidiabéticos orais<sup>32</sup>.

Um outro estudo realizado em 2015 com 200 pacientes hipertensos, foram utilizados três diferentes questionários para validar a adesão: teste de Morisky Green, QAM e Haynes. Considerando os três métodos utilizados somente 11,9% dos 200 pacientes entrevistados foram classificados como não-aderentes. Contudo, a pesquisa conclui que a prevalência de adesão ao tratamento é elevada quando associado a outros métodos diretos<sup>31</sup>.

Um estudo realizado por Tavares *et al.* (2016)<sup>34</sup>, envolvendo 11.842 indivíduos com doenças crônicas em tratamento, foram avaliados pelo *Brief Medication Questionnaire* (BMQ), mostraram baixa adesão ao tratamento medicamentoso, 30,8%, com maior prevalência entre os jovens residentes nas regiões Nordeste e Centro-Oeste, sexo feminino, cor não branca e que não possuíam plano de saúde e apenas 2,6% foram aderentes ao tratamento prescrito. Os resultados mostraram ainda maior probabilidade de não adesão aos pacientes que tinham mais de um médico, 47%, 80% quando tinham que pagar o tratamento, e quando faziam uso de cinco medicamentos ou mais apresentaram 2,4 vezes mais baixa adesão em relação aos que usavam apenas um medicamento. Com isso a pesquisa reforça que os medicamentos não fornecidos pelo SUS podem levar os usuários a não aderir aos tratamentos pela incapacidade de pagar. Portanto, as estratégias para melhorar a adesão, está na educação do paciente, melhor comunicação entre médicos e outros profissionais da saúde<sup>34</sup>.

Pesquisas apontam que entre esses métodos o mais eficaz seria o BMQ e o TMG, sendo o BMQ mais sensível e melhor. Esses métodos de avaliação de adesão a farmacoterapia fornecem somente uma estimativa do comportamento atual de adesão do paciente, indicam quais pacientes devem receber reforços didáticos, assistência farmacêutica e atendimento interdisciplinar e que precisam de consonância nos esquemas terapêuticos<sup>30</sup>.

## 5. CONCLUSÃO

Percebe-se que não há uma padronização do tipo de método mais utilizado para avaliação da adesão, há também uma falta de trabalhos que evidencie resultados de intervenções após a detecção da não adesão. De fato, tornou-se uma lacuna, que deve ser preenchida com trabalhos futuros e que permitirão agregar controle na redução das doenças dos pacientes, bem como, respaldar os profissionais médicos com relação aos trabalhos de acompanhamento farmacoterapêutico realizado por farmacêuticos. Estimular o uso desses métodos de avaliação da adesão à medicação trarão benefício aos pacientes, visto que estudar a adesão é de suma importância pois contribui para que haja uma assistência diferenciada para cada paciente conforme suas necessidades.

O farmacêutico é o profissional de saúde com o maior conhecimento sobre medicamentos, portanto, o mais indicado para analisar se houve ou não adesão ao tratamento. Mas, para isso, é necessário conhecer os instrumentos para realizar a aplicação e de posse dos resultados orientar o paciente quanto ao regime terapêutico proposto e a busca pela adesão do paciente ao tratamento, para que ele se responsabilize pelo autocuidado, e como benefício obter melhorias na qualidade de vida do mesmo. Cabe ressaltar, que o estudo proporcionou o conhecimento dos instrumentos utilizados para mensurar a adesão ao tratamento farmacológico, que até então eram desconhecidos.

## 6. FINANCIAMENTO

Este trabalho é fruto de um Projeto de Pesquisa desenvolvido na Universidade Paranaense – Campus Umuarama.

## 7. REFERÊNCIAS

- [1] Costa CMFN, Silveira MRS, Acurcio FA, *et al.* Utilização de medicamento pelos usuários da atenção primária do Sistema Único de Saúde. *Rev Saúde Publ* 2017; 51:2-18.
- [2] Ministério da Saúde. Organização Pan-Americana da Saúde. Envelhecimento ativo: uma política de saúde. Brasília (DF): OPAS 2005. [acesso 22 abr. 2019] Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/envelhecimento\\_ativo.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/envelhecimento_ativo.pdf)
- [3] Arruda DCJ, Eto FN, Oliveira ERA, Veltren APC, Morelato RL. Fatores associados a não adesão medicamentosa entre idosos de um ambulatório filantrópico do Espírito Santo. *Rev Bras Geriatr Gerontol.* 2015; 18(2):327-337. [acesso 22 abr. 2019] Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbagg/v18n2/1809-9823-rbagg-18-02-00327.pdf>
- [4] Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Síntese de evidências para políticas de Saúde: adesão ao tratamento medicamentoso por pacientes portadores de doenças crônicas. Brasília (DF): Ministério da Saúde 2016. [acesso 29 abr. 2019] Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sintese\\_evidencias\\_politicas\\_tratamento\\_medicamentoso.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sintese_evidencias_politicas_tratamento_medicamentoso.pdf)
- [5] Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil. Brasília (DF): Ministério da Saúde 2011. [acesso 29 abr. 2019] Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano\\_acoes\\_enfrent\\_dcnt\\_2011.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano_acoes_enfrent_dcnt_2011.pdf)
- [6] Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Brasília (DF): Ministério da Saúde. 2017. [acesso 28 abr. 2019] Disponível em: <https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2018/marco/02/vigitel-brasil-2016.pdf>
- [7] Silva RM, Caetano R. Programa “Farmácia Popular do Brasil”: caracterização e evolução entre 2004-2012. *Rio de Janeiro (RJ): Ciênc Saúde Coletiva.* 2015; 20(10):2943-2956. [acesso 28 abr. 2019] Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v20n10/1413-8123-csc-20-10-2943.pdf>
- [8] Ministério da Saúde. Programa Farmácia Popular do Brasil. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Ministério da Saúde 2016. Brasília (DF): Ministério da Saúde. 2016. [acesso 29 abr. 2019] Disponível em: <https://www.conass.org.br/wp-content/uploads/2017/01/2-b.pdf>
- [9] Vieira FS. Gastos do Ministério da Saúde com medicamentos: tendência dos programas de 2002 a 2007. *Rev Saúde Públ.* 2009; 43(4):674-681. [acesso 30 abr. 2019] Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v43n4/534.pdf>

- [10] Saturnino LTM, Perini E, Luz ZP, *et al.* Farmacêutico: Um profissional em busca de sua identidade. *Rev Bras Farm.* 2012; 93(1):10-16.
- [11] Andrade MA, Silva MVS, Freitas O. Assistência Farmacêutica como Estratégia para o Uso Racional de Medicamento em Idosos 2016. [acesso 24 abr. 2019] Disponível em: <http://www.uel.br/revistas/uel/index.php/seminabio/article/view/3626/2930>
- [12] Brasil. Lei n. 13.021, de 8 de agosto de 2014. Dispõe sobre o exercício e a fiscalização das atividades farmacêuticas. *Diário Oficial da União* 8 Ago 2014. [acesso 24 abr. 2019] disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato2011-2014/2014/Lei/L13021.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2014/Lei/L13021.htm)
- [13] Haynes RB, Taylor DW, Sackett ED. *Compliance in Health Care*. Baltimore: The Johns Hopkins University Press. Hypertension. 1980; 2(6):758-764. [acesso 28 mar. 2019] Disponível em: <https://bit.ly/2EOdzb>
- [14] Freitas JGA, Nielson SEO, Porto CC. Adesão ao tratamento farmacológico em idosos hipertensos: uma revisão integrativa da literatura. *Rev Soc Bras Clin Med.* 2015; 13(1):75-84. [acesso 28 mar. 2019] Disponível em: <http://files.bvs.br/upload/S/1679-1010/2015/v13n1/a4782.pdf>
- [15] Leite SN, Vasconcelos MPC. Adesão à terapêutica medicamentosa: elementos para a discussão de conceitos e pressupostos adotados na literatura. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2003; 8(3):775-782. [acesso 28 mar. 2019] Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v8n3/17457>
- [16] Miller NH, Hill M, Kottke T, Ockene IS. The multilevel compliance challenge: recommendations for a call to action. A statement for health care professionals. *Circulation.* 1997; 95:1085-1090.
- [17] Gusmão JL, Junior DM. Adesão ao tratamento - conceitos. *Rev Bras Hipertens* 2006; 13(1):23-25. [acesso 28 mar. 2019] Disponível em: [https://www.researchgate.net/profile/Decio\\_Mion2/publication/257426044\\_Adesao\\_ao\\_Tratamento\\_-\\_o\\_grande\\_desafio\\_da\\_hipertensao/links/57d1ef0808ae601b39a20daa/Adesao-ao-Tratamento-o-grande-desafio-da-hipertensao.pdf](https://www.researchgate.net/profile/Decio_Mion2/publication/257426044_Adesao_ao_Tratamento_-_o_grande_desafio_da_hipertensao/links/57d1ef0808ae601b39a20daa/Adesao-ao-Tratamento-o-grande-desafio-da-hipertensao.pdf)
- [18] Gewehr DM, Bandeira VAC, Gelatti GT, *et al.* Adesão ao tratamento farmacológico da hipertensão arterial na Atenção Primária à Saúde. *Saúde Debate.* 2018; 42(116):179-190. [acesso 28 mar. 2019] Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v42n116/0103-1104-sdeb-42-116-0179.pdf>
- [19] Souza TT. *Morbidade e Mortalidade Relacionadas a Medicamentos: Revisão Sistemática e Meta-análise de Estudos Observacionais*. [Tese]. Curitiba: Universidade Federal do Paraná; 2013 [acesso 08 jul. 2019] Disponível em: <https://acervodigital.ufpr.br/bitstream/handle/1884/29951/R%20-%20D%20-%20THAIS%20TELES%20DE%20SOUZA.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- [20] Mehuys E, Bortel LV, Bolle L, Tongelen IV, Annemans L, Remon JP, *et al.* Effectiveness of pharmacist intervention for asthma control improvement. *Eur Respir J.* 2007; 31:790-799. [acesso 08 set. 2019] Disponível em: <https://erj.ersjournals.com/content/erj/31/4/790.full.pdf>
- [21] World Health Organization. *Adherence to long-term therapies: evidence for action*. Geneva; 2003.
- [22] Araujo ALA, èreora LRL, Ueta Jm, *et al.* Perfil da assistência farmacêutica na atenção primária do Sistema Único de Saúde. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2008; 13:611-617. [acesso 08 set. 2019] Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/csc/2008.v13suppl0/611-617/pt>
- [23] Matsumoto K, Nishikawa M, Hashimoto H, *et al.* Effect of pharmacist's instruction on the treatment of asthmatics with inhaled steroid. *Aerugi.* 1998; 47:404-412.
- [24] Correr CJ, Otuki MF. *A Prática farmacêutica na Farmácia Comunitária*. Artemed, Porto Alegre. 2013.
- [25] Jordan MS, Lopes JF, Okazaki E, *et al.* Aderência ao tratamento anti-retroviral em aids: revisão da literatura médica. Tá difícil de engolir? experiências de adesão ao tratamento antirretroviral em São Paulo. São Paulo: *Nepaids.* 2000; 7-17p.
- [26] Rocha CH, Oliveira ANP, Ferreira C, *et al.* Adesão à prescrição médica em idosos de Porto Alegre, RS. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2007; 13(Sup): 703-710. [acesso 05 jun. 2019] Disponível em: <https://www.scielo.org/article/csc/2008.v13suppl0/703-710/>
- [27] Haynes RB, Taylor DW, Sackett DL. *Compliance in Health Care*. Baltimore: The Johns Hopkins University Press. 1979.
- [28] Morisky DE, Green LW, Levine DM. Concurrent and predictive validity of a self-reported measure of medication adherence. *Med Care.* 1986; 24:67-74.
- [29] Salgado, T. *et al.* Cross-cultural adaptation of the Beliefs about Medicines Questionnaire into Portuguese. *São Paulo Med J.* 2013; 131(2):88-94.
- [30] Ben AJ, Neumann CR, Mengue SS. Teste de Morisky-Green e Brief Medication Questionnaire para avaliar adesão a medicamentos. *Rev Saúde Públ.* 2012; 46(2): 279-289. [acesso 09 set. 2019] Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89102012000200010](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102012000200010)
- [31] Rocha TPO, Neto JAF, Fernandes DR, *et al.* Estudo Comparativo entre diferentes métodos de adesão ao tratamento em pacientes hipertensos. *IJCS.* 2015; 28(2): 122-129. [acesso 8 set. 2019] Disponível em: <http://www.onlineijcs.org/english/sumario/28/pdf/v28n2a07.pdf>
- [32] Istilli PT. Adesão ao agente antidiabético oral de pessoas com Diabetes mellitus: uso do Brief Medication Questionnaire [dissertação]. São Paulo: Universidade de São Paulo. 2014.
- [33] Remoldi FA, Cabrera MAS, Souza RKT. Não adesão ao tratamento medicamentoso contínuo: prevalência e determinantes em adultos de 40 anos e mais. *Cad Saúde Pública.* 2014; 30(1): 126-136. [acesso 09 set. 2019]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v30n1/0102-311X-csp-30-01-00126.pdf>
- [34] Tavares NUL, Bertoldi AD, Mengue SS, *et al.* Fatores associados à baixa adesão ao tratamento farmacológico de doenças crônicas no Brasil. *Rev Saúde Pública.* 2016; 50(2): 1s-11s. [acesso 09 set. 2019]. Disponível em: <http://www.rsp.fsp.usp.br/wp-content/plugins/xml-to-html/include/lens/index.php/?xml=0034-8910-rsp-s2-S01518-87872016050006150.xml#toc>