

**UNIVERSIDADE DO VALE DO RIO DOS SINOS - UNISINOS
UNIDADE ACADÊMICA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
NÍVEL MESTRADO**

JANAINA SODER FRITZEN

**ADESÃO À TERAPIA FARMACOLÓGICA POR ADULTOS USUÁRIOS
DO COMPONENTE ESPECIALIZADO DA ASSISTÊNCIA
FARMACÊUTICA E FATORES ASSOCIADOS, SÃO LEOPOLDO-RS**

**SÃO LEOPOLDO, RS
2015**

Janaina Soder Fritzen

**ADESÃO À TERAPIA FARMACOLÓGICA POR ADULTOS USUÁRIOS
DO COMPONENTE ESPECIALIZADO DA ASSISTÊNCIA
FARMACÊUTICA E FATORES ASSOCIADOS, SÃO LEOPOLDO-RS**

Dissertação apresentada como requisito parcial para obtenção do título de Mestre, pelo Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade do Vale do Rio dos Sinos

Orientadora: Profa. Dra. Vera Maria Vieira Paniz

**São Leopoldo
2015**

F919a Fritzen, Janaina Soder.
Adesão à terapia farmacológica por adultos usuários do componente especializado da assistência farmacêutica e fatores associados, São Leopoldo-RS / Janaina Soder Fritzen. – 2015.
147 f. : il. ; 30 cm.

Dissertação (mestrado) – Universidade do Vale do Rio dos Sinos, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, 2015.

"Orientadora: Profa. Dra. Vera Maria Vieira Paniz".

1. Medicamentos – Utilização. 2. Acesso aos serviços de saúde. 3. Farmacoepidemiologia. I. Título.

CDU 615

Janaína Soder Fritzen

**ADESÃO À TERAPIA FARMACOLÓGICA POR ADULTOS USUÁRIOS DO
COMPONENTE ESPECIALIZADO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA E
FATORES ASSOCIADOS, SÃO LEOPOLDO-RS**

Dissertação apresentada como requisito parcial para obtenção do título de Mestre, pelo Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade do Vale do Rio dos Sinos

Aprovado em 27 de agosto de 2015.

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Vera Maria Vieira Paniz - Universidade do Vale do Rio dos Sinos

Prof. Dra. Noemia Urruth Leão Tavares – Universidade de Brasília

Profa. Dra. Ruth Liane Henn – Universidade do Vale do Rio dos Sinos

À minha família

**“Enquanto houver você do outro lado, aqui do outro eu consigo
me orientar”**

Teatro Mágico

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus pela vida abençoada que tenho, pelas oportunidades concedidas e por colocar no meu caminho pessoas tão especiais, com as quais aprendo diariamente nesta trajetória da vida. Obrigada por segurar a minha mão todos os dias!

Aos meus pais, Arlindo Fritzen e Lucilda Iraci Soder Fritzen. Vocês são meu alicerce, meu exemplo de cidadania e caráter. Obrigada pelo apoio, incentivo em todas as decisões, pelo esforço e amor incondicional!

À minha irmã Vivian Fritzen Cervi e ao meu cunhado Cleber Cervi. Agradeço a vocês pelo amor, cuidado e incentivo diário. Obrigada por todos os momentos preciosos que passamos.

Agradeço imensamente à Prof^a. Dra. Vera Maria Vieira Paniz, pela oportunidade, carinho, amizade e confiança. Obrigada pelos ensinamentos, por todo esforço, paciência e compreensão. Tu és o meu exemplo de profissionalismo e competência! Obrigada, professora!

À Fabiane Raquel Motter, pela imensa contribuição neste trabalho. Admiro o teu profissionalismo, a tua clareza, objetividade e dedicação. Obrigada pelo carinho, disponibilidade, amizade e por todo o aprendizado!

Aos meus queridos amigos e colegas de mestrado, Clarissa, Cristiane, Denise, Gabriela, Graziela, Jocinei, Mariani, Tissiani e Vaneza. Obrigada por compartilharem comigo estes momentos de aprendizado e por serem os melhores colegas que eu poderia ter!

Ao Secretário Municipal de São Leopoldo/ RS, Júlio Galperim, por permitir e apoiar a realização desta pesquisa.

Agradeço à Fabiane Chiela Ribeiro e Gracieli Migliorin e demais funcionárias da Secretaria Municipal de São Leopoldo/ RS por toda a colaboração durante a coleta dos dados.

A todos os meus amigos, especialmente os amigos de Jóia e as Max, que sempre me aconselharam e incentivaram com carinho, por compreenderem os momentos de ausência e estarem ao meu lado nas minhas decisões.

Por fim, agradeço a todas as pessoas que, direta ou indiretamente contribuíram para a execução dessa dissertação de Mestrado.

RESUMO

A promoção do uso racional de medicamentos depende, além da sua disponibilidade, da adesão do indivíduo ao tratamento. Estudos demonstram que a prevalência de adesão a medicamentos essenciais varia de 15-70%, mas a adesão aos medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF) ainda é desconhecida. Objetivou-se avaliar a prevalência de adesão a medicamentos do CEAF e fatores associados, entre esses o acesso regular ao tratamento. Trata-se de estudo transversal com adultos de 20 anos ou mais, usuários de medicamentos do CEAF em São Leopoldo, RS. Realizou-se amostragem consecutiva dos usuários que acessaram o atendimento do CEAF entre dezembro-2014 a março-2015. Mediante questionário padronizado caracterizou-se a amostra segundo variáveis sociodemográficas, comportamentais, nutricionais, de saúde e do uso de medicamentos. A adesão aos medicamentos na última semana foi mensurada pelo *Brief Medication Questionnaire* (BMQ) nos domínios regime, crença e recordação. Classificou-se como aderentes usuários que não apresentaram barreiras para a adesão nos três domínios. O acesso regular ao tratamento foi definido como a obtenção (gratuita ou paga) de todos os medicamentos nos últimos três meses. Utilizou-se regressão de Poisson com variância robusta. Entrevistou-se 414 usuários, a maioria mulheres (60,9%), que utilizava um único medicamento do CEAF (68,1%), média de idade de 55 anos (DP=13) e 7,3 anos de estudo (DP=4,1). A prevalência de adesão foi de 28,3% e de acesso regular gratuito, 46,1%. Após ajuste para número de medicamentos do CEAF e número de medicamentos de uso contínuo, usuários que tiveram acesso regular gratuito apresentaram 60% mais probabilidade de adesão que aqueles sem regularidade no acesso. Para indivíduos com acesso regular mantido mediante pagamento, a associação do acesso com a adesão não foi verificada. Os dados revelaram baixa prevalência de adesão e o impacto da regularidade do acesso gratuito no comportamento aderente do usuário. A programação para aquisição de medicamentos do CEAF é fundamental para evitar a irregularidade no acesso a esses medicamentos, que aponta para uma importante limitação das políticas de medicamentos.

Palavras-chave: Uso de Medicamentos. Adesão à Medicação. Acesso aos serviços de saúde. Assistência farmacêutica. Farmacoepidemiologia.

ABSTRACT

The promotion of the rational use of medicines depends not only on their availability but also on the subject's adherence to the treatment. Studies have shown that the prevalence of essential medicines adherence vary from 15-17%, while the adherence to the Specialized Component of Pharmaceutical Care (CEAF) ones is still unknown. It was aimed to evaluate the adherence prevalence of CEAF medicines and related facts, among which the regular access to the treatment. This is a transversal study on CEAF medicine adult users aged 20 and more in the city of Sao Leopoldo, RS. A consecutive sampling of users who had access to CEAF service from December 2014 to March 2015 was carried out. By the aid of a standardized questionnaire, the sampling was characterized according to social-demographic, behavioral, nutritional, health, and medicine usage habit variables. The adherence to the medicines in the last week was measured by Brief Medication Questionnaire (BMQ) on diet, belief and recollection realms. It was labeled as adherent the users that didn't show barriers to the adherence of the three realms. The regular access to the medicine was defined as the free or paid acquisition of all medications in the last three months. Poisson Regression was used with robust variation. 414 users, mostly women (60.9%), only CEAF medicine users (68.1%), average age 55 (DP=13) were interviewed in an average of 7.3 years of study. The prevalence of adherence was 28.3%, being free regular access 46.1%. After adjusting to the number of medicines CEAF and number of medicines of continuous use, users who had free regular access showed 60% more probability of adherence than those without regularity. Regarding the individuals with regular paid access, the link between access and adherence wasn't verified. The data have shown low prevalence of adherence and the impact of the regularity of the user's free access. The programme for getting the CEAF medicines is indispensable for avoiding the irregular access to these medicines, which shows an important restriction in the medicines policies.

Key words: Drug Utilization. Medication Adherence. Health Services Accessibility. Pharmaceutical Assistance. Pharmacoepidemiology.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1. Estudos que avaliaram a prevalência de adesão a medicamentos de uso contínuo e/ou fatores associados	40
Quadro 2. Cálculo de amostra para os estudos de prevalência de adesão	57
Quadro 3. Cálculo de amostra para o estudo de associações.....	58
Quadro 4. Classificação e caracterização das variáveis independentes.....	60
Quadro 5. Cronograma de atividades.....	67
Quadro 6. Descrição do orçamento.....	67

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AF - Assistência Farmacêutica

BMQ – Brief Medication Questionnaire

CBAF - Componente Básico da Assistência Farmacêutica

CEAF - Componente Especializado da Assistência Farmacêutica

CESAF - Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica

CIB - Comissão Intergestores Bipartite

CID-10 - Classificação Estatística Internacional de Problemas e doenças Relacionadas à saúde

CIT - Comissão Intergestores Tripartite

CMDE - Componente de Medicamentos de Dispensação Excepcional

CNS - Cartão Nacional de Saúde

LME - Laudo para Solicitação, Avaliação e Autorização de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica

MS - Ministério da Saúde

OMS - Organização Mundial de Saúde

PCDT - Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas

PNAF - Política Nacional de Assistência Farmacêutica

PNM - Política Nacional de Medicamentos

RENAME - Relação Nacional de Medicamentos Essenciais

SES – RS - Secretaria Estadual da Saúde do RS

SUS - Sistema Único de Saúde

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TMG – Teste de Morinsky-Green

SUMÁRIO

I – PROJETO DE PESQUISA.....	12
II - RELATÓRIO DE CAMPO.....	78
III – ARTIGO CIENTÍFICO.....	86
IV-APÊNDICES.....	111
V-ANEXOS.....	141

I - PROJETO DE PESQUISA

SUMÁRIO DO PROJETO

1. INTRODUÇÃO	16
2. REVISÃO DA LITERATURA	17
2.1 ESTRATÉGIAS DE BUSCA	17
2.2 COMPONENTE ESPECIALIZADO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA – CEAF	19
2.3 ADESÃO A MEDICAMENTOS.....	22
2.3.1 Instrumentos de avaliação de adesão	24
2.3.2 Estudos sobre adesão ao CEAF	27
2.3.3 Fatores associados à adesão ao tratamento farmacológico	29
2.3.3.1 Sexo	29
2.3.3.2 Idade	29
2.3.3.3 Cor da pele	30
2.3.3.4 Escolaridade	31
2.3.3.5 Morar só	31
2.3.3.6 Situação ocupacional.....	31
2.3.3.7 Situação Conjugal	32
2.3.3.8 Renda Familiar	32
2.3.3.9 Plano privado de saúde	33
2.3.3.10 Prática regular de atividade física	33
2.3.3.11 Consumo regular de bebida alcoólica	34
2.3.3.12 Tabagismo	34
2.3.3.13 Número de morbidades	35
2.3.3.14 Consultas médicas	35
2.3.3.15 Número de medicamentos	36
2.3.3.16 Internação hospitalar	36
2.3.3.17 Tempo da doença e tratamento	37

2.3.3.18 Autopercepção de saúde	37
2.3.3.19 Acesso aos medicamentos	38
3. JUSTIFICATIVA	52
4. OBJETIVOS	53
4.1 OBJETIVO GERAL	53
4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	53
5. HIPÓTESES	54
6. METODOLOGIA	55
6.1 LOCAL DE ESTUDO	55
6.2 DELINEAMENTO	56
6.3 POPULAÇÃO-ALVO E POPULAÇÃO DE ESTUDO	56
6.4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO	56
6.5 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO	57
6.6 TAMANHO DA AMOSTRA	57
6.7 AMOSTRAGEM	58
6.8 DEFINIÇÃO DAS VARIÁVEIS	59
6.8.1 Variável dependente	59
6.8.2 Variáveis independentes	60
6.9 SELEÇÃO E TREINAMENTO DOS ENTREVISTADORES	62
6.10 LOGÍSTICA	63
6.11 ESTUDO PILOTO	64
6.12 PROCESSAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS.....	64
6.12.1 Entrada dos dados	64
6.12.2 Análise dos dados.....	64
6.13 CONTROLE DE QUALIDADE.....	65
7. ASPECTOS ÉTICOS	66
8. DIVULGAÇÃO DOS RESULTADOS	66

9. CRONOGRAMA	67
10. ORÇAMENTO	67
11. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	68

1. INTRODUÇÃO

O uso de medicamentos ocupa um papel importante nos sistemas de saúde responsável por parte significativa da melhoria na qualidade e expectativa de vida da população (ARRAIS et al., 2005) sendo, muitas vezes, responsável pela própria manutenção da vida (BRASIL, 2012). Os fatores determinantes sobre o uso de medicamentos são variados, e entre eles encontram-se renda familiar, aumento da idade e presença de doenças crônicas (ARRAIS et al., 2005).

Para assegurar segurança, eficácia, qualidade dos medicamentos, promoção do uso racional e acesso da população a medicamentos pelo SUS, a Constituição Federal de 1988 (BRASIL, 1988), regulamentada pela Lei nº 8080/90 (BRASIL, 1990), prevê a assistência terapêutica integral, inclusive no que diz respeito à assistência farmacêutica (AF).

A Política Nacional de Medicamentos - PNM (BRASIL, 1998) e a Política Nacional de Assistência Farmacêutica - PNAF (BRASIL, 2004), constituem instrumentos fundamentais para a efetiva implantação de ações capazes de promoverem a melhoria das condições de assistência sanitária à população (BRASIL, 2011).

Considerando que os medicamentos constituem a intervenção terapêutica que impacta diretamente na resolutividade de grande parte das ações de saúde, assegurar o acesso a esses insumos constitui um eixo norteador das políticas públicas do SUS estabelecidas na área da AF (BRASIL, 2011). Entretanto, são muitos os desafios enfrentados por gestores e profissionais do SUS para viabilizar este acesso (ACURCIO et al., 2009).

Na tentativa de otimizar a disponibilidade dos serviços e medicamentos pelo SUS e ordenar o financiamento, as ações em saúde foram alocadas na forma de blocos de financiamento específicos (BRASIL, 2007). No campo da AF estas ações estão definidas no quarto bloco, constituído por três componentes: (I) Componente Básico da Assistência Farmacêutica (CBAF), que se destina à aquisição de medicamentos e insumos de assistência farmacêutica no âmbito da atenção básica em saúde e àqueles relacionados a agravos e programas de saúde específicos; (II) Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica (CESAF), que se destina ao financiamento de ações de assistência farmacêutica para programas de saúde

estratégicos, como o controle de endemias, (tuberculose, hanseníase, malária, leishmaniose, doença de chagas e outras doenças endêmicas de abrangência nacional ou regional), anti-retrovirais do programa DST/Aids, sangue e hemoderivados e imunobiológicos; e (III) Componente de Medicamentos de Dispensação Excepcional (CMDE), que se destina ao financiamento de Medicamentos de Dispensação Excepcional para aquisição e distribuição do grupo de medicamentos, conforme critérios estabelecidos em portaria específica (BRASIL, 2007). Esse, segundo a Portaria nº 2981/2009, passou a ser denominado Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF) (BRASIL, 2009).

Contudo, a promoção do uso racional depende, além do acesso, que inclui a disponibilidade ao medicamento, da adesão do paciente ao tratamento prescrito. Quando a forma de uso do medicamento não corresponde ao regime prescrito, ocorrem alterações nas taxas de risco/benefício do uso de medicamentos, seja pela redução dos benefícios, pelo aumento dos riscos, ou ambos (CRAMER et al., 2008).

Numerosos estudos têm demonstrado que a adesão a medicamentos destinados a doenças mais prevalentes varia de 11,6% a 88,5% (ARAÚJO et al., 2010; CARVALHO et al., 2012; CASTRO et al., 2010; CINTRA, GUARIENTO e MIYASAKI, 2010; GARCIA-PÉREZ et al., 2000; GIROTTO et al., 2013; GREZZANA, STEIN e PELLANDA, 2013; LIMA, MEINERS e SOLER, 2010; TAVARES et al., 2013). No entanto, pouco se sabe sobre a adesão do usuário aos medicamentos pertencentes ao CEAF. A falta de adesão a esses medicamentos além de comprometer o tratamento do ponto de vista individual, compromete a coletividade, pois vai de encontro à efetividade das políticas públicas de uso racional de medicamentos. Neste contexto, este estudo se propõe avaliar a prevalência de adesão à terapia farmacológica por adultos usuários do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF) em São Leopoldo/RS e os fatores associados.

2. REVISÃO DA LITERATURA

2.1 ESTRATÉGIAS DE BUSCA

Ressalta-se que o CEAF abrange alguns medicamentos para morbidades específicas segundo o CID-10, portanto, para essa revisão foram analisadas as

morbidades contempladas pelo CEAF, independente do medicamento estar disponível pelo CEAF/RS (QUADRO 1).

A estratégia utilizada para localização das publicações que compõem o QUADRO 1 incluiu busca em bases eletrônicas, sites de instituições de saúde e em citações das publicações adquiridas. Inicialmente realizou-se uma busca nas bases de dados MEDLINE/PubMed utilizando os seguintes descritores: "medication compliance", "pharmaceutical care" e "primary health care", os quais foram combinados entre si para atender o objetivo principal deste estudo.

Realizou-se o mesmo procedimento no portal de pesquisa da Biblioteca Virtual em Saúde (Bireme), utilizando as bases de dados eletrônicos Lilacs, Scielo e Medline. Acrescentou-se o descritor "Sistema Único de Saúde".

Inicialmente, foram procurados artigos que abordassem a adesão aos medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica - CEAF. Como não foram encontrados, ampliou-se a revisão para artigos que avaliaram adesão à terapia farmacológica, resultando em torno de 4.679 artigos. Desses, 4.515 foram encontrados na base de dados MEDLINE/ Pubmed e 164 no portal de pesquisa da Bireme.

Após esta busca, foram utilizados os seguintes filtros: publicados nos últimos 10 anos, estudos em humanos, artigos em inglês, português e espanhol. O número foi reduzido para 3250 artigos, sendo 3.241 encontrados no MEDLINE/ Pubmed e 9 na Bireme.

Foram selecionados para leitura os resumos que avaliaram adesão à terapia farmacológica de doenças contempladas pelo CEAF, e estudos com indivíduos de 18 anos ou mais, totalizando 129 artigos. Após, foram excluídos estudos de validação de métodos e de análise de custo da não adesão bem como aqueles que não tinham como objetivo principal a avaliação da adesão. Sites de instituições como Organização Mundial da Saúde, Organização Pan-Americana da Saúde e do Ministério da Saúde também serviram de base para pesquisa.

Após leitura dos títulos e resumos, foram selecionados os artigos que apresentaram relação com os objetivos do presente estudo, os quais foram submetidos à leitura na íntegra. Dos 27 artigos selecionados, 3 foram resgatados pelo portal de pesquisa Bireme e o restante por meio do MEDLINE/ Pubmed.

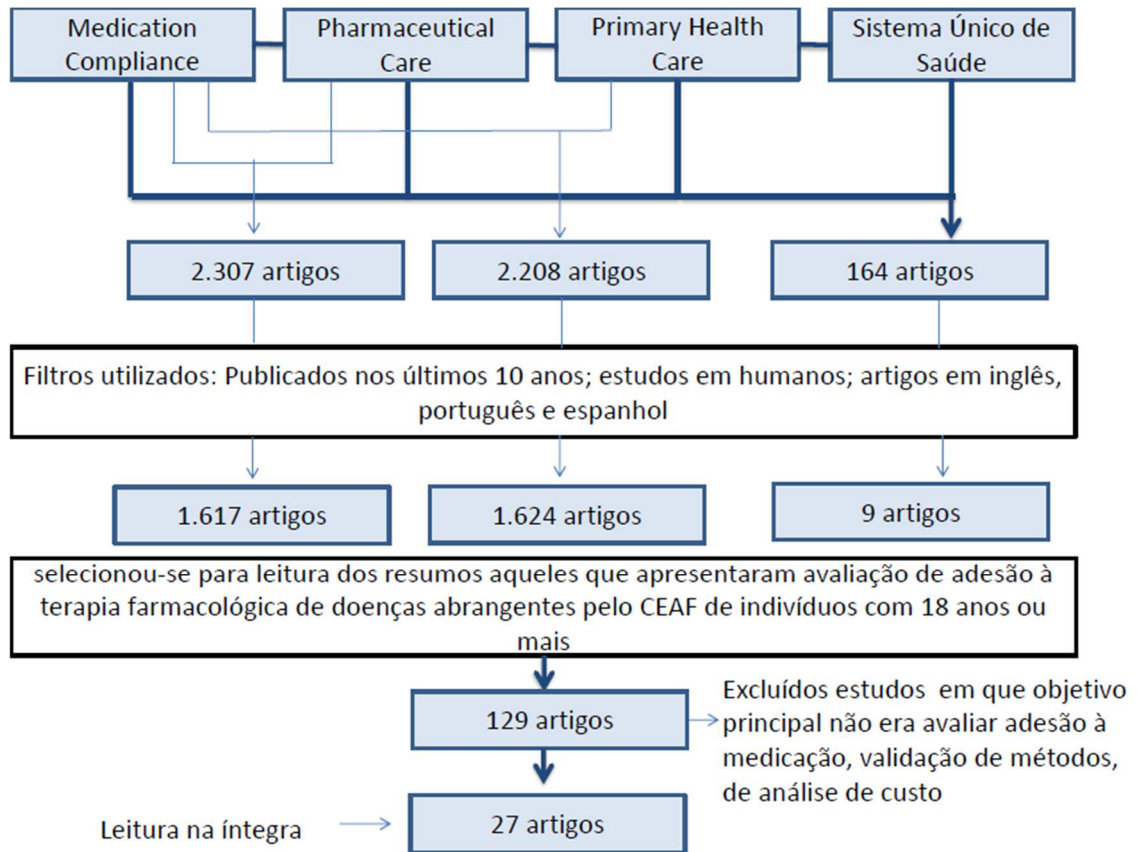


Figura 1: Estratégia utilizada para busca de artigos

Fonte: elaborado pelo autor

2.2 COMPONENTE ESPECIALIZADO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA – CEAF

O Componente de Medicamentos de Dispensação Excepcional (CMDE) descrito pela Portaria 204/ 2007 passou, segundo a Portaria nº 2981/ 2009, a ser denominado de Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF). Essa Portaria regulamenta e aprova, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o CEAF como parte da Política Nacional de Assistência Farmacêutica, integrante do bloco de financiamento da Assistência Farmacêutica, constituindo-se numa nova estratégia de acesso a medicamento no SUS (BRASIL, 2009).

Os medicamentos contemplados neste Componente são geralmente de uso contínuo, utilizados em nível ambulatorial no tratamento de doenças crônicas e/ou raras, e estão estabelecidos em Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT), contemplando aqueles necessários para assegurar a integralidade do tratamento nas fases evolutivas da doença. Desta forma, a Portaria GM nº 2981/

2009 relaciona medicamentos cujo acesso se dá em diferentes níveis de atenção a saúde (BRASIL, 2011) razão pela qual a construção do CEAF ocorreu de forma articulada com a revisão do CBAF e da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais - RENAME. Porém, os recursos financeiros destinados à aquisição de medicamentos do CEAF são independentes dos destinados aos CBAF (BRASIL, 2010). Segundo a Portaria nº 2981/ 2009:

"O Componente Especializado da Assistência Farmacêutica é uma estratégia de acesso a medicamentos no âmbito do SUS, caracterizado pela busca da garantia da integralidade do tratamento medicamentoso, em nível ambulatorial, cujas linhas de cuidado estão definidas em Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas publicados pelo Ministério da Saúde".

Este Componente foi construído a partir da necessidade de ampliar a cobertura do tratamento farmacológico para outras doenças importantes do ponto de vista clínico-epidemiológico, porém, algumas fragilidades ainda precisam ser enfrentadas, como a fragmentação na forma como se dá o acesso a medicamentos no SUS, comprometendo o tratamento (BRASIL, 2010).

Como consequência dessas modificações, doenças que não eram contempladas pelo SUS passaram a ser por meio deste Programa (CARIAS et al., 2011), que foi destinado ao tratamento tanto de doenças raras, quanto de outras, de alta prevalência (ACURCIO et al., 2009). Assim, a cobertura de atendimento passou de três principais classes de doenças (transplantados, renais crônicos, e portadores de nanismo hipofisário) para 288 doenças atendidas (CARIAS et al., 2011) dentro da proposta de garantia de tratamento integral de todas as doenças contempladas, desde o nível primário de atenção, até medicamentos mais complexos do ponto de vista da própria indicação terapêutica (BRASIL, 2010).

Para definição das linhas de cuidado dos tratamentos para as doenças contempladas pelo CEAF, tornou-se necessário definir o elenco de medicamentos descritos como fundamentais para a garantia de um tratamento adequado e racional. Assim, todas as linhas de cuidado para as doenças contempladas foram extraídas da avaliação dos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) (BRASIL, 2010), sendo o tratamento farmacológico fornecido para as doenças descritas na Classificação Estatística Internacional de Problemas e doenças Relacionadas à saúde (CID-10).

Os medicamentos que fazem parte das linhas de cuidado para as doenças contempladas por este Componente estão divididos em três grupos, definidos de acordo com os seguintes critérios gerais: (I) complexidade do tratamento da doença, (II) garantia da integralidade do tratamento da doença no âmbito da linha de cuidado, e (III) manutenção do equilíbrio financeiro entre as esferas de gestão do SUS, sendo o Grupo 1 - medicamentos sob responsabilidade de financiamento pelo Ministério da Saúde (MS); Grupo 2 - Medicamentos sob responsabilidade das Secretarias de Saúde dos Estados e do Distrito Federal e Grupo 3 - Medicamentos sob responsabilidade das Secretarias de Saúde do Distrito Federal e dos Municípios (BRASIL, 2013).

Para solicitação dos medicamentos, o usuário ou responsável deverá cadastrar sua solicitação apresentando os seguintes documentos: Cartão Nacional de Saúde (CNS), documento de identidade, comprovante de residência, laudo para Solicitação, Avaliação e Autorização de Medicamentos do CEAF (LME), prescrição médica, laudos ou outros documentos exigidos nos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (BRASIL, 2011). Portanto, o acesso ao medicamento ocorre somente após o deferimento da avaliação pelo médico perito, realizado em conformidade com os PCDT publicados pelo MS, o que pode acarretar, algumas vezes, descontinuidade do tratamento.

Para viabilizar a logística de programação e dispensação de medicamentos do CEAF, o estado de Rio Grande do Sul (RS) dispõe de um sistema informatizado de Administração de Medicamentos (AME®) que tem como finalidade o armazenamento das informações sobre os medicamentos dispensados. Entre as suas aplicações, encontram-se os registros das solicitações e dispensações de medicamentos pertencentes ao CEAF. O fluxo destas solicitações de medicamentos é categorizado conforme a situação do tratamento dentro do Componente. O CEAF utiliza sete status para identificação das solicitações, como segue: Aguarda avaliação (quando a solicitação encontra-se em análise); Deferido (quando a solicitação é aceita); Indeferido (quando a solicitação é negada); Reavaliação (quando a solicitação de seguimento de tratamento está em análise, normalmente é necessário reavaliar a cada seis meses); Suspenso (quando o processo de reavaliação é negado); Bloqueado (quando o usuário não retira a medicação a mais

de três meses); Encerrado (quando o usuário foi a óbito) e Incompleto (quando ocorre falta de documentos na solicitação).

A Secretaria Estadual da Saúde do RS (SES-RS) disponibiliza acesso à este sistema a todos os municípios, e cada farmacêutico responsável técnico por farmácias municipais se credencia para a utilização do mesmo.

2.3 ADESÃO A MEDICAMENTOS

Embora haja casos em que estilo de vida, perda de peso ou a correção de causas secundárias de algumas doenças crônicas reduzam ou eliminam a necessidade da terapia farmacológica, na maioria das vezes o tratamento é mantido ao longo da vida (HALPERN et al., 2006).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) propõe que, para o uso racional de medicamentos, é preciso estabelecer a necessidade do uso do medicamento e que se prescreva o medicamento apropriado, informando a forma farmacêutica, doses e período de duração do tratamento; que esteja disponível, a um preço acessível, e que responda aos critérios de qualidade exigidos; que se dispense em condições adequadas e que se cumpra o regime terapêutico prescrito, da melhor maneira possível (WHO, 1985).

Juntamente com outros fatores que influenciam o uso racional de medicamentos, a adesão ao tratamento farmacológico prescrito vem recebendo destaque, sendo incluída nas preocupações dos profissionais de saúde (LEITE e VASCONCELLOS, 2003). Intervenções de remoção de barreiras para a adesão devem tornar-se centrais para promoção do uso racional (WHO, 2003), o que conseqüentemente resultará em uma diminuição significativa no orçamento geral de saúde, devido à redução da necessidade de outras intervenções mais onerosas (ARRAIS et al., 2005; WHO, 2003).

O conceito de adesão e sua terminologia variam entre diversos autores. A Organização Mundial da Saúde (2003) adota a definição de adesão à terapia de longo prazo como sendo o grau em que o comportamento de uma pessoa, representado pela utilização da medicação, o seguimento da dieta, as mudanças no estilo de vida corresponde e concorda com as recomendações de um profissional da saúde. Leite e Vasconcellos (2003) definem adesão como sendo a utilização de pelo

menos 80% do total de medicamentos ou outros procedimentos prescritos, observando horários, doses, tempo de tratamento, representando a etapa final do que se sugere como uso racional de medicamentos. Além da expressão “adesão”, outros termos são utilizados para análise do comportamento do indivíduo com relação à utilização do medicamento, como o termo “persistência” (HALPERN et al., 2006).

Assim, com o objetivo de viabilizar a comparabilidade entre os estudos, a ISPOR (International Society for Pharmacoeconomics and Outcomes Research) propôs a padronização dessas definições. Com isso, adesão foi definida como a utilização do medicamento de acordo com a dosagem, frequência das doses e os intervalos de tempo de cada dose, de acordo com recomendações do profissional de saúde. Já os estudos adotam o conceito de persistência como sendo o tempo do início da terapia farmacológica até a data estipulada para o fim da pesquisa de campo, ou da última prescrição. A continuidade de utilização de qualquer quantidade do medicamento é consistente com a definição de persistência (CRAMER et al., 2008).

Segundo a Organização Mundial da Saúde (WHO, 2003), a adesão é um fenômeno multidimensional determinada pela interação de cinco conjuntos de fatores denominados de "dimensões", sendo elas: fatores sociais e econômicos, fatores relacionados com os sistemas de equipe e de cuidados de saúde, fatores ligados às terapias, fatores relacionados com condições e fatores relacionados ao paciente.

Portanto, a crença comum de que os indivíduos são os únicos responsáveis pela utilização de seu tratamento é simplista se comparada à complexidade que a envolve, podendo refletir incompreensão de como outros fatores afetam o comportamento e a capacidade das pessoas para aderir ao tratamento (WHO, 2003). Porém, Leite e Vasconcellos (2003) apontam como objeto das investigações e ações para promover a adesão, o paciente, ou o responsável por ele, que é onde estão centrados os fatores modificáveis em curto prazo que interferem na adesão à terapêutica, refletindo o contexto individual, familiar e social.

2.3.1 Instrumentos de avaliação de adesão

A avaliação precisa do comportamento de adesão é necessária para o planejamento de um tratamento efetivo, e para garantir que as mudanças nas condições de saúde possam ser atribuídas ao regime que foi recomendado. Além disso, as decisões para alterar as recomendações, medicamentos e /ou estilo de comunicação, com o intuito de promover a participação do paciente dependem de uma medida válida e confiável de adesão (WHO, 2003).

Os métodos para avaliar adesão podem ser classificados em métodos indiretos e métodos diretos (OIGMAN, 2006). Cada método apresenta vantagens e desvantagens e nenhum é considerado padrão-ouro (MOURÃO-JÚNIOR e SOUZA, 2010; OSTERBERG e BLASCHKE, 2005; WHO, 2003), sendo que uma variedade de medida de adesão tem sido relatada na literatura (MOURÃO-JÚNIOR e SOUZA, 2010; WHO, 2003).

Os métodos diretos são aqueles que procuram confirmar se a utilização do medicamento pelo usuário realmente aconteceu. Segundo esse método, há três maneiras de se obter essa comprovação: (1) observação direta, (2) análise biológica e (3) adição de um marcador ou traçador ao medicamento utilizado (OIGMAN, 2006; OSTERBERG e BLASCHKE, 2005). Apesar de ser um bom meio de avaliar adesão, os métodos diretos apresentam alguns inconvenientes como seu custo e sua suscetibilidade à distorção pelo paciente. Na observação direta, por exemplo, o usuário pode esconder o medicamento na boca, e após descartá-lo (OSTERBERG e BLASCHKE, 2005).

Já nos métodos indiretos, não há confirmação de que o paciente realmente tenha utilizado a medicação e a avaliação pode ser realizada por diferentes métodos: coleta de informações de profissionais da saúde ou paciente (questionários), contagem de comprimidos; reabastecimento de comprimidos; verificação da resposta clínica; monitorização eletrônica e reabastecimento da prescrição, diário do paciente (OIGMAN, 2006; OSTERBERG e BLASCHKE, 2005).

Nos estudos analisados, todos utilizaram métodos indiretos para avaliação da adesão, dentre os quais, o principal instrumento utilizado foi o questionário. Apesar da baixa acurácia e sensibilidade, os questionários são os instrumentos de medida

de adesão mais utilizados em função do custo e pela possibilidade de aplicação em populações maiores (HAWKSHEAD e KROUSEL-WOOD, 2007), entretanto, como em qualquer tipo de levantamento, tendem a superestimar a adesão (OSTERBERG e BLASCHKE, 2005).

O teste de Morisky-Green foi o mais empregado (BONFIM et al., 2014; CARBONELL ABELLA et al., 2011; CORNELIO et al., 2009; DIBONAVENTURA et al., 2012; FERRARI, DE SOUSA e CASTRO, 2013; HUAS et al., 2010; MARCHI et al., 2013; NAKHUTINA et al., 2011; NICOLINO et al., 2011; QUINLAN et al., 2013; SGNAOLIN e FIGUEIREDO, 2012), seguido pelo teste de Basel Assessment of Adherence to Immunosuppressive Medications Scale (BAAS-IS) (DENHAERYNCK et al., 2014; DOESCH et al., 2013; TIELEN et al., 2014). Alguns autores utilizaram outros instrumentos ou elaboraram seus próprios questionários (KANG et al., 2013; MAGACHO et al., 2011; MARTINS et al., 2013; SOUZA-MACHADO, SANTOS e CRUZ, 2010).

O teste de Morisky-Green utilizado pela maioria dos estudos é constituído por quatro perguntas, que visam a avaliar o comportamento aderente do paciente. Segundo Leite e Vasconcellos (2003), esse instrumento não dá ao paciente a oportunidade de expressar suas dificuldades e seu entendimento a respeito do tratamento.

O teste de BAAS-IS consiste em um instrumento com quatro perguntas referentes à tomada e o calendário de medicação, intervalo, a redução de dose e persistência ao longo do mês anterior. Os indivíduos também classificam sua própria adesão usando uma escala visual de 0% (medicação não usado como prescrito) a 100% (medicação sempre tomada como prescrito) (TIELEN et al., 2014).

A capacidade das pessoas de seguir os tratamentos de uma forma completa é frequentemente comprometida por mais de uma barreira à adesão. O instrumento Brief Medication Questionnaire (BMQ) (SVARSTAD et al., 1999) é 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. Barreira quanto ao regime é classificado de acordo com respostas dos indivíduos referentes ao nome e dosagem da(s) medicação(ões) utilizada, número de dias, frequência diária, e número de doses utilizadas nos últimos sete dias. As barreiras de crença envolvem a percepção do paciente em relação ao funcionamento da

medicação e o incômodo causado por elas; e a barreira de recordação se refere ao usuário possuir esquema de múltiplas doses ou relatar problemas com o medicamento, como por exemplo, ler o que está escrito na embalagem. Esse instrumento estabelece um recordatório de sete dias, a fim de minimizar erros (ANEXO A).

Em estudo realizado por Bem, Neumann e Mengue (2012), com o objetivo de analisar a confiabilidade e o desempenho da versão em português de instrumentos de avaliação da adesão (Teste de Morisky-Green - TMG na versão com quatro questões e Brief Medication Questionnaire - BMQ) ao tratamento anti-hipertensivo foi verificado que o BMQ apresentou melhor desempenho que o teste de Morisky-Green. O BMQ apresentou sensibilidade de 77% e especificidade de 58% no domínio regime, já o TMG apresentou sensibilidade de 61% e especificidade de 36%.

A falta de correlação do TMG com os desfechos clínicos levou a ampliação do questionário totalizando oito questões validadas para hipertensão arterial. Estas questões incluem esquecimento de tomar os medicamentos nas duas últimas semanas; se já parou de utilizar os medicamentos sem informar o médico; se quando viaja ou sai de casa esquece de levar os medicamentos; utilização do medicamento no dia anterior da entrevista; incômodo com o seu plano de tratamento e frequência de dificuldade em lembrar de tomar todos os medicamentos para hipertensão arterial. (MORISKY et al., 2008).

Ainda, alguns estudos utilizaram um método que usa o sistema de registros de farmácia, conhecido como Medication Possession Ratio (MPR) (CHAPMAN et al., 2014; COTTE et al., 2010; KERTES et al., 2008; NETELENBOS et al., 2011; RICHARDS et al., 2012). Esse método possibilita a medida de adesão por meio do reabastecimento de prescrições, sendo calculado pelo número de doses dispensadas em relação ao período de distribuição, sendo que MPR igual a 1 indica 100% de adesão (HALPERN et al., 2006). A persistência também pode ser avaliada por esse método, sendo que nos estudos analisados foram considerados persistentes indivíduos que apresentaram $MPR \geq 80\%$ (COTTE et al., 2010; KERTES et al., 2008) (NETELENBOS et al., 2011).

Uma limitação dessa abordagem é que a obtenção do medicamento não assegura a sua utilização. Além disso, tais informações podem ser incompletas, pois

as pessoas podem usar mais de uma farmácia ou dados podem não ser regularmente capturados (WHO, 2003). Outra questão é que para utilização desse instrumento é necessário um sistema de registro de farmácia, o que alguns países como o Brasil não dispõem.

Outros métodos como contagem de comprimidos (LEIVA-FERNANDEZ et al., 2014; SANTOS et al., 2010) e monitoramento eletrônico (DENHAERYNCK et al., 2014) também foram utilizados em alguns estudos.

2.3.2 Estudos sobre adesão ao CEAF

Até o momento não foram encontrados estudos sobre adesão ao tratamento farmacológico em usuários do CEAF. Apenas um estudo refere-se ao Componente, porém, tendo como objetivo avaliar a adesão aos PCDTs pelos profissionais de saúde no processo de dispensação de medicamentos do Programa (LIMA-DELLAMORA, CAETANO e OSORIO-DE-CASTRO, 2012), com metodologia qualitativa, não sendo esta a abordagem do presente projeto.

Diversos estudos avaliaram adesão de indivíduos à terapia farmacológica de morbidades contempladas pelo CEAF, utilizando diferentes metodologias, populações (com características demográficas, socioeconômicas e de saúde distintas), instrumentos de avaliação e classificação. Essa falta de padronização pode explicar a grande amplitude nas prevalências de adesão encontradas, entre 26,1% a 87,9% (CARBONELL ABELLA et al., 2011; COTTE et al., 2010; DIBONAVENTURA et al., 2012; HUAS et al., 2010; KANG et al., 2013; KERTES et al., 2008; LEIVA-FERNANDEZ et al., 2014; MAGACHO et al., 2011; RICHARDS et al., 2012; SANTOS et al., 2010; SGNAOLIN e FIGUEIREDO, 2012; SOUZA-MACHADO, SANTOS e CRUZ, 2010).

O CEAF disponibiliza medicamentos para diversas morbidades. Os principais estudos encontrados, que contemplaram essas doenças, avaliaram adesão à terapia medicamentosa em indivíduos com osteoporose (CARBONELL ABELLA et al., 2011; COTTE et al., 2010; HUAS et al., 2010; KERTES et al., 2008; NETELENBOS et al., 2011), esquizofrenia (DIBONAVENTURA et al., 2012; NICOLINO et al., 2011; RAZALI e YUSOFF, 2014; TEFERRA et al., 2013), asmáticos (KANG et al., 2013; SOUZA-MACHADO, SANTOS e CRUZ, 2010), epiléticos (CHAPMAN et al., 2014;

FERRARI, DE SOUSA e CASTRO, 2013; NAKHUTINA et al., 2011), indivíduos em hemodiálise (ALKATHERI et al., 2014; MARTINS et al., 2013; SGNAOLIN e FIGUEIREDO, 2012), transplantados renais (DENHAERYNCK et al., 2014; TIELEN et al., 2014) e cardíacos (DOESCH et al., 2013), dislipidêmicos (BONFIM et al., 2014), portadores da doença de Crohn (CORNELIO et al., 2009), doença de Parkinson (MARCHI et al., 2013), artrite reumatoide (QUINLAN et al., 2013; RICHARDS et al., 2012), doença renal (MAGACHO et al., 2011) e doença pulmonar obstrutiva crônica (LEIVA-FERNANDEZ et al., 2014).

Quanto aos delineamentos utilizados nos estudos, a maioria utilizou delineamento transversal (ALKATHERI et al., 2014; BONFIM et al., 2014; CARBONELL ABELLA et al., 2011; CHAPMAN et al., 2014; CORNELIO et al., 2009; DENHAERYNCK et al., 2014; DIBONAVENTURA et al., 2012; FERRARI, DE SOUSA e CASTRO, 2013; HUAS et al., 2010; KANG et al., 2013; MARCHI et al., 2013; MARTINS et al., 2013; NAKHUTINA et al., 2011; QUINLAN et al., 2013; RAZALI e YUSOFF, 2014; SGNAOLIN e FIGUEIREDO, 2012) e estudos de coorte (COTTE et al., 2010; KERTES et al., 2008; MAGACHO et al., 2011; NETELENBOS et al., 2011; RICHARDS et al., 2012; SOUZA-MACHADO, SANTOS e CRUZ, 2010).

Foram encontrados também alguns estudos quali-quantitativos (NICOLINO et al., 2011; TIELEN et al., 2014), um ensaio clínico randomizado (LEIVA-FERNANDEZ et al., 2014), um estudo caso-controle (SANTOS et al., 2010) e um estudo qualitativo (TEFERRA et al., 2013).

No Brasil, as informações sobre adesão à terapia farmacológica de morbidades contempladas pelo CEAf são ainda mais escassas, já que dos 27 estudos localizados na busca, somente sete são nacionais (BONFIM et al., 2014; CORNELIO et al., 2009; MARCHI et al., 2013; NICOLINO et al., 2011; SANTOS et al., 2010; SGNAOLIN e FIGUEIREDO, 2012; SOUZA-MACHADO, SANTOS e CRUZ, 2010). Nesses, a avaliação da adesão contemplou principalmente as seguintes morbidades: asma, esquizofrenia, doença de Crohn, parkinson e em indivíduos em hemodiálise .

2.3.3 Fatores associados à adesão ao tratamento farmacológico

A adesão envolve diversos fatores que se inter-relacionam, como fatores biológicos, psicológicos, culturais e comportamentais, os quais necessitam de maiores esclarecimentos (MOURÃO-JÚNIOR e SOUZA, 2010). No âmbito científico nacional, são necessárias mais investigações a respeito de variáveis que estão envolvidas com a questão da adesão, a fim de compreender realmente quais os fatores que facilitam ou dificultam a mesma. Assim, serão descritos a seguir alguns fatores envolvidos na avaliação da adesão à terapia farmacológica disponíveis na literatura revisada.

2.3.3.1 Sexo

A relação entre sexo e adesão não está bem esclarecida na literatura. Apesar da maioria dos estudos investigados não encontrarem associação entre essa variável e adesão à terapia farmacológica (ALKATHERI et al., 2014; CORNELIO et al., 2009; DIBONAVENTURA et al., 2012; KANG et al., 2013; SGNAOLIN e FIGUEIREDO, 2012; SOUZA-MACHADO, SANTOS e CRUZ, 2010), em estudo de Ferrari, Sousa e Castro (2013), realizado em indivíduos em tratamento para epilepsia, observou-se associação entre sexo e não adesão, uma vez que mulheres apresentaram 38% menos chance de não aderir ao tratamento quando comparadas aos homens ($p=0,037$; $OR=0,62$; $IC95\% 0,39-0,97$). Segundo o autor, as mulheres são mais aderentes ao tratamento devido a maior receptividade do diagnóstico clínico, enquanto os homens tendem a demorar a procurar assistência médica devido a priorização do trabalho.

2.3.3.2 Idade

A idade é um fator associado ao risco para a não adesão na literatura, embora de forma inconsistente. Estudos concordam com a relação entre adesão e maior idade (ALKATHERI et al., 2014; KANG et al., 2013; NETELENBOS et al., 2011; SGNAOLIN e FIGUEIREDO, 2012). Cornélio et al. (2009) observaram uma

tendência de jovens apresentarem comportamento de não adesão, porém essa associação não foi estatisticamente significativa. O aumento da idade está ligado à maior prevalência de doenças crônico-degenerativas, o que pode tornar o indivíduo mais preocupado com seu estado de saúde, aumentando a adesão ao tratamento (GIROTTI et al., 2013).

Nesse sentido, em estudo realizado por Kertes et al. (2008) sobre fatores que contribuem para a adesão a medicamentos para osteoporose, demonstrou-se, na análise multivariada, que mulheres mais jovens (45-54 anos) tiveram menor adesão e persistência com aumento da persistência de acordo com o aumento da idade até os 75 anos, a partir da qual houve novamente uma redução. Assim, este estudo identificou dois grupos com maior risco de não adesão - os mais jovens e os mais velhos - mas por razões possivelmente distintas.

Segundo Lee et al. (2013) outras variáveis, como o nível cognitivo do indivíduo, mobilidade física e habilidades de autocuidado podem afetar a relação entre idade e adesão. Portanto, a associação entre idade e adesão à terapia farmacológica ainda necessita de investigação, a fim de identificar a população que necessita de maior orientação para adesão.

2.3.3.3 Cor da pele

A associação entre a variável cor da pele e adesão não está bem elucidada na literatura. Segundo estudo de Richards et al. (2012), os brancos tem menor chance de serem não aderentes em comparação com os não-brancos (OR 0,52; CI95% 0,30-0,88).

Já Cornélio et al.(2009), Dibonaventura et al. (2012) e Sgnaolin e Figueiredo (2012) não encontraram associação estatisticamente significativa para essa relação. No estudo de Cornélio et al. (2009) essa associação foi limítrofe para cor da pele não branca e não adesão ($P = 0,06$).

Richards et al. (2012) ressalta que essa observação não encontrada em outros estudos pode ter ocorrido devido a predominância de brancos nesses estudos, sendo menos provável de se encontrar diferenças raciais.

Com isso, torna-se necessário estudos que investiguem essa variável para esclarecer essa relação.

2.3.3.4 Escolaridade

A relação entre escolaridade e adesão não está clara na literatura. Alguns estudos não encontraram associação estatisticamente significativa (CORNELIO et al., 2009; SGNAOLIN e FIGUEIREDO, 2012; SOUZA-MACHADO, SANTOS e CRUZ, 2010), porém, Carbonell Abella et al. (2011) em estudo sobre mulheres em tratamento para osteoporose, observaram que os indivíduos sem escolaridade ou com baixa escolaridade apresentam, respectivamente, 82% e 57% mais chance de ser não aderente do que mulheres com nível de estudo superior ($P= 0,034$; OR 1,82; IC95% 1,12-2,96). Alkatheri et al. (2014) em estudo com indivíduos em hemodiálise, também encontraram associação entre maior nível de escolaridade (superior) e adesão. O autor ressalta que indivíduos com nível mais elevado de escolaridade tem mais credibilidade nos benefícios do seu tratamento.

Em contrapartida, Dibonaventura et al. (2012) observaram associação estatisticamente significativa entre nível superior e menor adesão ao tratamento.

2.3.3.5 Morar só

Apesar da pouca investigação da relação entre morar sozinho e adesão, estudo realizado por Castro et al. (2010) sobre adesão ao tratamento de pessoas com insuficiência cardíaca em nível hospitalar, não encontrou associação.

Todavia, Cintra, Guariento e Miyasaki (2010) em estudo sobre adesão medicamentosa em idosos, observaram que idosos que moravam sozinhos apresentaram três vezes mais chances de não aderência ao tratamento (OR 3,66; IC95% 1,14 - 11,77; $p 0,03$), justificando a investigação dessa variável. Segundo o autor, a participação da família ou cuidador é um importante fator para o cumprimento da terapia farmacológica pelo idoso, uma vez que com o avançar da idade, eles tendem a se tornar mais dependentes, devido os déficits cognitivos e fisiológicos.

2.3.3.6 Situação ocupacional

A relação entre situação ocupacional e adesão foi pouco investigada, o que sugere a necessidade de mais estudos. As poucas informações disponíveis na literatura indicam não haver associação entre esta variável e adesão (ALKATHERI et al., 2014; SGNAOLIN e FIGUEIREDO, 2012).

Entretanto, Dibonaventura et al. (2012) em estudo sobre indivíduos com esquizofrenia, verificaram que indivíduos que trabalham apresentaram maior adesão (OR 1,45; IC95% 1,03-2,03). Segundo o autor, esta associação pode estar relacionada com o nível de funcionamento do indivíduo, ou seja, indivíduos com melhor adesão, e conseqüentemente melhor estado de saúde, são mais propensos a estarem inseridos no mercado de trabalho.

2.3.3.7 Situação Conjugal

Quanto à relação entre estado civil e adesão, a literatura sugere que não existe associação (CORNELIO et al., 2009; DIBONAVENTURA et al., 2012; SGNAOLIN e FIGUEIREDO, 2012). No entanto, Alkatheri et al. (2014) em estudo com indivíduos em hemodiálise, observaram que indivíduos casados tiveram maior adesão quando comparados com os solteiros ($P = 0,012$), o que, segundo o autor, sugere a importância de um melhor apoio familiar no tratamento.

2.3.3.8 Renda Familiar

Está bem estabelecido na literatura a relação entre a condição econômica da população com o uso de medicamentos. No Brasil, é bastante claro que uma parcela importante da população não possui condições financeiras para suprir todos seus gastos com medicações (MOURÃO-JÚNIOR e SOUZA, 2010). Entretanto, a relação entre renda familiar e adesão a medicamentos diverge entre os estudos.

Netelenbos et al. (2011) ao analisar indivíduos com osteoporose, não encontraram associação estatisticamente significativa entre renda e adesão. Já outro estudo realizado somente com mulheres com osteoporose verificou que menor status socioeconômico estava relacionado a menores taxas de adesão (KERTES et al., 2008). Mulheres que tiveram alteração na frequência de utilização da medicação, passando de uso semanal para uso diário, eram mais propensas a ter um nível

socioeconômico mais baixo, sugerindo que uma mudança que satisfizesse as suas necessidades financeiras pode ter impacto sobre a adesão à terapia, já que a maior adesão foi entre mulheres que faziam uso semanal da medicação.

Sgnaolin e Figueiredo (2012) em estudo sobre adesão ao tratamento farmacológico de indivíduos em hemodiálise, observaram que o nível salarial apresentou associação limítrofe ($p=0,052$) entre menor renda e não adesão.

2.3.3.9 Plano privado de saúde

Em estudo sobre fatores que contribuem para a adesão a medicamentos para osteoporose em mulheres de 45 anos ou mais de Israel (KERTES et al., 2008), avaliou a relação entre o nível de seguro suplementar e adesão, verificando que mulheres com menor seguro suplementar são menos aderentes ($p<0,001$), permanecendo significativo após análise multivariada ($p= 0,002$). Reconhecendo as vantagens da dose semanal dos bifosfonatos, o plano de saúde de Israel começou a disponibilizar esses medicamentos com descontos na compra para mulheres que possuem o plano superior, o que pode estar favorecendo a adesão.

No Brasil, os planos de saúde não incluem a disponibilidade de medicamentos. Em estudo sobre adesão em indivíduos hipertensos, Giroto et al. (2013) observaram que os hipertensos com acesso a plano de saúde são mais aderentes, porém quando controlados para possíveis fatores de confusão, essa associação perdeu significância.

2.3.3.10 Prática regular de atividade física

Poucos estudos avaliaram a relação entre prática regular de atividade física e adesão, apontando para a necessidade de mais estudos para elucidar essa associação. Huas et al. (2010) em estudo que avaliou adesão de pessoas em tratamento para osteoporose, mostraram que indivíduos que caminhavam por pelo menos 20 min/dia possuíam mais chance de ter adesão quando comparados aos que não caminhavam (OR: 1,02; IC95% 1,002 – 1,040; $p=0,03$). Segundo o autor, isso pode ocorrer devido ao fato dessas mulheres darem maior importância a manutenção do bem-estar e do controle da saúde em geral.

Carbonell Abella et al. (2011) também em estudo sobre adesão ao tratamento de mulheres com osteoporose observaram que mulheres sedentárias possuíam 73% mais chance de não aderirem ao tratamento quando comparadas com as mulheres que praticavam atividade física de no mínimo 30 minutos, 3 vezes na semana (OR 1,73; IC95% 1,39-2,16; $p < 0,0001$). Segundo o autor, esse é um dado de difícil interpretação, mas que provavelmente está indicando que o comportamento ou o estilo de vida dos indivíduos pode estar associado à baixa adesão, sendo esta variável um possível marcador de comportamento.

2.3.3.11 Consumo regular de bebida alcoólica

Embora o consumo de bebida alcoólica seja uma variável que reflita o comportamento do indivíduo, a sua associação com adesão não é alvo da maioria dos estudos entre as morbidades contempladas pelo CEAf. Desses estudos, apenas Cornélio et al. (2009) avaliaram essa relação e não observaram diferença significativa.

No entanto, em estudo realizado por Giroto et al. (2013) sobre adesão ao tratamento farmacológico e não farmacológico em indivíduos hipertensos, observou relação entre não consumo regular de bebida alcoólica e adesão (RP 2,62; IC95% 1,15 – 5,95), indicando que o comportamento do indivíduo, como o consumo de bebida alcoólica deve fazer parte do manejo de doenças crônicas, como a hipertensão.

2.3.3.12 Tabagismo

Da mesma forma que a variável “consumo de bebida alcoólica”, poucos estudos envolvendo morbidades do CEAf investigaram a associação de tabagismo e adesão. Apenas dois estudos (CORNELIO et al., 2009; KANG et al., 2013) avaliaram essa relação, sendo que ambos não encontraram diferenças estatisticamente significativas.

No entanto, Giroto et al. (2013) em estudo sobre adesão ao tratamento farmacológico e não farmacológico em indivíduos hipertensos, observaram que indivíduos que nunca fumaram ou que eram ex-tabagistas demonstraram maior

adesão, porém essa associação perdeu significância na análise multivariada. Assim, da mesma forma que a variável prática de atividade física, o consumo de bebida alcoólica e o tabagismo também podem ser considerados marcadores de comportamento aderente.

2.3.3.13 Número de morbidades

Alguns estudos referem não haver relação entre número de morbidades e adesão à terapia farmacológica (CORNELIO et al., 2009; NETELENBOS et al., 2011). Porém, um estudo realizado no Brasil em que avaliou mulheres em uso regular de estatinas, observaram associação entre menor número de comorbidades ($p=0,01$) e não adesão (BONFIM et al., 2014). Giroto et al. (2013) destaca que indivíduos que apresentam maior número de morbidades podem receber maior atenção dos profissionais e serviços de saúde, o que pode resultar em melhora nos índices de adesão ao tratamento farmacológico

Todavia, Tavares et al. (2013), em estudo de base populacional que avaliou adesão à terapia farmacológica em idosos, observaram associação entre presença de três ou mais morbidades e baixa adesão. Essa associação manteve-se significativa após análise ajustada, reforçando que o tratamento para várias doenças crônicas pode predispor o idoso à baixa adesão. Assim, estudos sobre número de morbidades e adesão são controversos, devendo esta relação ser melhor investigada.

2.3.3.14 Consultas médicas

Os estudos disponíveis envolvendo morbidades abrangentes pelo CEAF não investigaram a relação entre consultas médicas e adesão. Porém, Remondi, Cabrera e Souza (2014), em estudo sobre adesão ao tratamento farmacológico contínuo, investigaram essa relação, mas não encontraram associação estatisticamente significativa, estando em conformidade com estudo realizado por Tavares et al. (2013).

Já Giroto et al. (2013), em estudo sobre adesão ao tratamento farmacológico e não farmacológico para hipertensão arterial em usuários da atenção primária,

observaram que indivíduos que consultavam com médico anualmente foram mais aderentes ao tratamento farmacológico (RP 1,29; IC95% 1,07 – 1,55), quando comparados com indivíduos que tinham menos de uma consulta/ano. Segundo os autores, esta situação parece indicar a maior preocupação dos indivíduos com seu estado de saúde, o que gera maior conhecimento sobre sua condição, podendo vir a contribuir para um melhor cumprimento da terapia medicamentosa, sendo, portanto, importante a investigação dessa relação.

2.3.3.15 Número de medicamentos

A relação entre o número de medicamentos utilizados e adesão não está bem esclarecida na literatura. Carbonell Abella et al. (2011) em estudo sobre adesão à terapêutica em mulheres com osteoporose observaram que, segundo o teste de Morisky, mulheres que utilizavam mais de 10 medicações concomitantes apresentaram mais chances de não aderir ao tratamento, quando comparadas com mulheres que não tomavam outras medicações concomitantes (OR 4,776; IC95% 1,905 – 11,970; $p=0,0028$). Já Netelembos et al. (2011), também em estudo em mulheres com osteoporose, verificaram que as que utilizavam outros fármacos, além dos utilizados para osteoporose, possuíam maior persistência, quando comparados com os que não tomavam outras medicações (OR 9,31; IC95% 7,93 - 40,92).

Ainda, segundo Magacho et al. (2011) a insuficiência renal está associada a complicações, exigindo prescrição de outros medicamentos. Em estudo realizado no Brasil em indivíduos com doença renal, indivíduos que utilizavam cinco ou mais comprimidos por dia eram menos aderentes quando comparados com os que utilizavam menos de cinco comprimidos (OR 2,71; IC95% 0,99 – 7,41; $p 0,052$). Embora na maioria dos casos não haja maneira de reduzir o arsenal de medicamentos utilizados por indivíduos com doença renal crônica, os autores sugerem a redução da quantidade e frequência do uso dos fármacos, priorizando os de longa ação, com o objetivo de minimizar a não adesão.

Outros estudos não encontraram relação entre essa variável e adesão (CORNELIO et al., 2009; SGNAOLIN e FIGUEIREDO, 2012).

2.3.3.16 Internação hospitalar

Apenas um dos estudos sobre adesão ao tratamento de morbidades pertencentes ao CEAF investigou a relação entre internação hospitalar e adesão. O estudo de Razali e Yusoff (2014) sobre adesão a medicação de pessoas com esquizofrenia, mostrou associação estatisticamente significativa entre internação hospitalar e adesão, sendo que indivíduos que internaram pelo menos uma vez, tiveram a adesão ao tratamento reduzida (b ajustado = -0.55 ; IC95% -0.99 para -0.10 ; $p < 0,05$). Porém, como se trata de esquizofrenia, deve-se levar em consideração que a gravidade e os estágios da doença podem ser fator determinante para a não adesão.

Apesar da pouca investigação desta relação na literatura, via de regra, sabe-se que a não adesão pode afetar diretamente o estado de saúde do indivíduo, e conseqüentemente, a necessidade de hospitalização, tornando relevante essa investigação.

2.3.3.17 Tempo da doença e tratamento

Cornélio et al. (2009) e Sgnaolin e Figueiredo (2012) investigaram a relação entre tempo da doença e tratamento e adesão, porém, não encontraram diferenças estatisticamente significativas.

Já Richards et al. (2012), em estudo sobre adesão a terapia com bifosfonatos em pessoas com artrite reumatóide observaram que as pessoas que têm maior tempo de diagnóstico da doença apresentam maior chance de não aderir ao tratamento (OR 1,02; CI95% 1,00-1,04) e o uso de bifosfonatos por longo período também foi associada com não adesão, sendo que indivíduos com uso do medicamento para 32 meses ou mais tiveram 60% mais chance de não adesão (OR 1,63; IC95% 1,04-2,57) quando comparados com indivíduos com uso para menos de 32 meses.

2.3.3.18 Autopercepção de saúde

A relação entre autopercepção de saúde e adesão não foi investigada pelos estudos envolvendo morbidades abrangidas pelo CEAF especificamente. Entretanto,

Remondi, Cabrera e Souza (2014), em estudo onde avaliou a adesão a terapia medicamentosa de indivíduos com doenças crônicas, a autopercepção de saúde regular, ruim ou muito ruim esteve associada com a não adesão na análise bruta (OR 1,32; IC95% 1,07 – 1,62; p=0,01). Todavia, após análise multivariada, essa relação não se manteve significativa, estando de acordo com estudo realizado por Tavares et al. (2013).

Em estudo realizado na China com indivíduos hipertensos (LEE et al., 2013), mostrou que indivíduos com autopercepção de saúde ruim ou muito ruim tem 35% menos chance de serem aderentes quando comparados com indivíduos com boa ou excelente autopercepção (OR 0,647; IC95% 0.422–0.991; p 0.045). Segundo os autores, é possível que as pessoas que relataram autopercepção ruim ou muito ruim tenham um menor autocontrole e crenças negativas sobre a doença, limitando a adesão a esses medicamentos.

2.3.3.19 Acesso aos medicamentos

O acesso é um grande entrave para a adesão, no entanto, alguns estudos que relatam alto índice de não adesão não referenciam a questão da disponibilização dos medicamentos. Em países como o Brasil, no entanto, onde há discrepância de renda, esse fator tem grande influência no seguimento do tratamento (LEITE e VASCONCELLOS, 2003).

Segundo estudo realizado por Boing et al. (2013) em amostra representativa da população brasileira, indivíduos que tiveram prescrição de medicamentos em consulta no SUS, a prevalência de acesso a todos os fármacos no sistema público foi de 45,3%. Vasconcelos et al. (2005) identificaram uma parcela da população de idosos em seguimento em uma Unidade Básica de Saúde da Família (28,8%) utilizando subdosagem do medicamento por iniciativa própria, em tentativa de “economizar”, devido ao fornecimento irregular e da falta de condições econômicas para adquirir os medicamentos.

Dos estudos envolvendo morbidades contempladas pelo CEAF, apenas Cornélio et al. (2009), no estudo sobre avaliação de adesão em pessoas em tratamento com doença de Crohn, estudou essa relação, onde o mesmo não encontrou diferenças estatisticamente significativas entre o acesso aos

medicamentos e a adesão. Em contrapartida, estudo realizado por Remondi, Cabrera e Souza (2014) que avaliou adesão em indivíduos que estavam em tratamento medicamentoso contínuo, observou-se que indivíduos que tiveram descontinuidade no acesso têm 49% mais probabilidade de ser menos aderentes (RP 1,49; IC95% 1,04 – 2,14; $p=0,03$), do que os que não tiveram descontinuidade no acesso. Segundo os autores, os principais motivos relatados para a interrupção do tratamento foi a falta de recursos financeiros para aquisição dos medicamentos e a sua indisponibilidade nos serviços de saúde.

Salienta-se que o tipo de morbidade crônica pode estar relacionado com o acesso aos medicamentos, como observado em estudo realizado em idosos das regiões Sul e Nordeste do Brasil (PANIZ et al., 2008). Na região Sul foi demonstrado uma baixa prevalência de acesso dos indivíduos portadores de hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus, enquanto no Nordeste, indivíduos desta categoria apresentaram mais acesso que indivíduos com problemas de saúde mental.

Entre os estudos selecionados, muitos resultados encontrados não concordaram, evidenciando que alguns fatores relacionados à adesão podem variar de acordo com as características da população estudada e o instrumento utilizado na avaliação. Assim, salienta-se a importância da investigação destas variáveis, a fim de esclarecer a realidade dos indivíduos deste estudo.

Quadro 1- Estudos que avaliaram a prevalência de adesão a medicamentos de uso contínuo e/ou fatores associados

	Autor/ Ano/ título	Delineamento e população	Instrumento avaliação adesão	Resultados	Conclusões
01	KERTES et al., 2008 <i>“Factors Contributing to Compliance with Osteoporosis Medication”</i>	Estudo de coorte prospectiva 4.448 mulheres que utilizavam bifosfonatos	Medication Possession Ratio (MPR) Taxa de persistência	Prevalência de adesão: 66% Persistência: 46% Fatores associados à não adesão: <ul style="list-style-type: none"> • Regime de medicamento diário • Mulheres mais jovens (45-54 anos) • Menor status socioeconômico • Não possuir seguro suplementar superior Fatores associados com a persistência: <ul style="list-style-type: none"> • idade mais jovem (45-54 anos) ↓ persistência • Mulheres com regime semanal ↑ persistência 	Mulheres que fazem uso de bifosfonados semanais possuem melhor taxa de adesão do que mulheres que ingerem diariamente. Taxas de persistência e de adesão são inadequados para todos os grupos.
02	CORNÉLIO et al., 2009 <i>“Não-adesão ao tratamento em pacientes com doença de Crohn: prevalência e fatores associados”</i>	Estudo transversal 100 indivíduos com doença de Crohn (DC)	Teste de Morisky-Green.	Prevalência de não adesão: 64% Fatores associados a não adesão: <ul style="list-style-type: none"> • Raça não-branca • Idade mais jovem • As variáveis farmacoterapêuticas não se correlacionaram com o grau de adesão 	Prevalência de não adesão ao tratamento medicamentoso é elevada, sendo que indivíduos jovens e aqueles não-brancos parecem ser os mais predispostos à não-adesão.

	Autor/ Ano/ título	Delineamento e população	Instrumento avaliação adesão	Resultados	Conclusões
03	SANTOS et al., 2010 “Atenção farmacêutica ao portador de asma persistente: avaliação da aderência ao tratamento e da técnica de utilização dos medicamentos inalatórios”	Estudo caso-controle prospectivo 55 asmáticos (28 no grupo estudo e 27 no grupo controle)	Contagem das doses, cápsulas ou pesagem dos frascos utilizados pelos indivíduos	Prevalência de adesão no grupo estudo: 64,3% Prevalência de adesão no grupo controle: 70,4% Fatores associados: <ul style="list-style-type: none"> Grupo de estudo observou um incremento na qualidade da técnica inalatória e escore satisfatório após a 1ª intervenção; Grupo controle = escore satisfatório após a 1ª intervenção, seguido por um escore insatisfatório no 2º e 3º encontro, onde 42,0% alcançaram o escore máximo 	A orientação fornecida pelo farmacêutico ao paciente foi importante para auxiliar na adequada realização da técnica inalatória, principalmente quanto ao uso de inaladores dosimetrados.
04	COTTÉ et al., 2010 “Adherence to monthly and weekly oral bisphosphonates in women with osteoporosis”	Estudo de coorte 2.290 pessoas do banco nacional de dados Thales.	Medication Possession Ratio (MPR) Taxa de Persistência	Prevalência de adesão: <ul style="list-style-type: none"> Bifosfonatos uso mensal: 84,5% Bifosfonatos uso semanal: 79,4% Fatores associados à maior adesão e melhor persistência: <ul style="list-style-type: none"> mulheres com regimes mensais, disponibilidade de dados de densitometria uso de suplementos com vitamina D ou cálcio 	Adesão aos bifosfonatos foi superior para o tratamento mensal do que para o tratamento semanalmente, podendo assim proporcionar uma melhor proteção contra fratura.

	Autor/ Ano/ título	Delineamento e população	Instrumento avaliação adesão	Resultados	Conclusões
05	HUAS et al., 2010 “Compliance and treatment satisfaction of post menopausal women treated for osteoporosis. Compliance with osteoporosis treatment”	Estudo transversal 785 mulheres com osteoporose	Teste de Morisky-Green	Prevalência de adesão: 65,5% Prevalência de adesão a bifosfonatos mensais: 79,7% Prevalência de adesão à terapia hormonal de substituição: 50,0% Fatores associados com adesão: <ul style="list-style-type: none"> • frequência de administração adaptado para o tratamento a longo prazo • frequência mensal de administração do tratamento • Percepção de consequências do tratamento não sérias ou muito sérias • Concordar fracamente ou não concordar em estar bem informado sobre a osteoporose • Caminhar mais de 20 min/dia 	Adesão ao tratamento da osteoporose é baixa. A redução da frequência de dosagem e educação do paciente pode ser formas de melhorar a adesão.
06	SOUZA-MACHADO, SANTOS, CRUZ, 2010 “Adherence to Treatment in Severe Asthma Predicting Factors in a Program for Asthma Control in Brazil”	Estudo de coorte prospectivo 160 asmáticos graves inscritos no programa ProAR	Instrumento próprio	Prevalência de adesão: 83,9% Fatores associados a ↓ adesão: <ul style="list-style-type: none"> • Ocorrência de efeitos adversos • viver longe do centro de referência • dificuldade de transporte • regime posológico 2x/dia 	A adesão ao tratamento foi alta, correspondendo a resultados clínicos favoráveis.

	Autor/ Ano/ título	Delineamento e população	Instrumento avaliação adesão	Resultados	Conclusões
07	ABELLA et al., 2011 “Análisis del cumplimiento de 43 mujeres con osteoporosis”	Estudo transversal 1.649 mulheres em tratamento para osteoporose	Auto-relato de cumprimento (CA) Teste de Morisky-Green (MG)	Prevalência de adesão teste MG: 68,7% Prevalência de não adesão teste CA: 11,2% Fatores associados a não adesão: <ul style="list-style-type: none"> • pessoas sem estudo ou com estudo primários • ↓ número de comprimidos • consumo elevado de café • sedentarismo • presença de antecedentes familiares com osteoporose • uso prolongado de corticoides 	Uma porcentagem importante das mulheres com osteoporose pós menopáusicas apresenta elevada não adesão à terapêutica.
08	NAKHUTINA et al., 2011 “Adherence to Antiepileptic Drugs and Beliefs about Medication Among Predominantly Ethnic Minority Patients with Epilepsy”	Estudo transversal 72 idosos de baixa renda com epilepsia	Teste de Morisky-Green	Prevalência de não adesão: 63% Fatores associados a não adesão: <ul style="list-style-type: none"> • frequência de crises • crenças de que o medicamento pode ser intrinsecamente nocivo e minimamente benéfico • preocupação com as consequências negativas de utilizar medicamentos antiepilépticos 	Equívocos sobre medicamentos são predominantes entre idosos economicamente desfavorecidos. Crenças associada à baixa adesão a antiepilépticos interfere no tratamento eficaz. Muitos indivíduos relataram esquecimento como uma barreira para a adesão.

	Autor/ Ano/ título	Delineamento e população	Instrumento avaliação adesão	Resultados	Conclusões
09	NETELENBOS et al., 2011 “Adherence and profile of non-persistence in patients treated for osteoporosis—a large-scale, long-term retrospective study in The Netherlands”	Estudo de coorte retrospectivo 105.506 pessoas com osteoporose	Medication Possession Ratio (MPR) Persistência (8.626 pessoas)	Persistência (MPR≥80%): 91% das pessoas Persistência após 3 meses: 70% Persistência após 12 meses: 43% Fatores associados à maior persistência: <ul style="list-style-type: none"> • idade > 60 anos • Muito alta urbanização • uso adicional de suplementação de vitamina D e de cálcio Fatores associados a menor persistência: <ul style="list-style-type: none"> • utilização de glicocorticoide • utilização de medicação cardiovascular 	Adesão em um ano para todas as medicações disponíveis para osteoporose foi alta, porém a persistência foi baixa.
10	NICOLINO et al., 2011 “Esquizofrenia: adesão ao tratamento e crenças sobre o transtorno e terapêutica medicamentosa”	Estudo quali-quantitativo 14 indivíduos de um ambulatório de esquizofrenia	Teste de Morisky – Green	Prevalência de não adesão: 64,3% Aspectos avaliados: <ul style="list-style-type: none"> • 35,7% não aderentes por comportamento intencional <ul style="list-style-type: none"> • Efeitos colaterais = descontinuidade do tratamento em 80% desses 44 eumatoide • 28,6% não aderentes por comportamento não intencional. • Fé mencionada pelos indivíduos para enfrentamento do processo vivenciado. 	Adesão ao medicamento é um processo influenciado por crenças e experiências. Dentre as barreiras percebidas para a adesão destaca-se a falta de iniciativa dos indivíduos em questionar os profissionais a esse respeito.

	Autor/ Ano/ título	Delineamento e população	Instrumento avaliação adesão	Resultados	Conclusões
11	DIBONAVENTURA et al., 2012 “A patient perspective of the impact of medication side effects on adherence: results of a crosssectional nationwide survey of patients with schizophrenia”	Estudo transversal 876 esquizofrênicos	Teste de Morisky-Green	Prevalência de adesão: 42,5% Fatores associados a ↓ adesão: <ul style="list-style-type: none"> • Idade mais jovem • Desemprego • Ensino superior • sintomas extrapiramidais / agitação; • sedação / cognição; • prolactina / endócrino • efeitos colaterais 	Efeitos colaterais dos medicamentos são altamente prevalentes e associados ao abandono medicação.
12	MAGACHO, RIBEIRO, BASTOS, 2012 “Adherence to drug therapy in kidney disease”	Estudo de Coorte prospectivo 149 pessoas em tratamento medicamentoso de doença renal	Questionário próprio	Prevalência de adesão: 87,9% Fatores associados a não adesão: <ul style="list-style-type: none"> • 5 ou + comprimidos/dia • Medicamentos administrados por cuidadores 	A não adesão à medicação foi identificada em 17,4% das pessoas com insuficiência renal que não estão em diálise e aumentou durante os 12 meses do estudo para 26,8%.
13	RICHARDS et al., 2012 “Adherence With Bisphosphonate Therapy in US Veterans With Rheumatoid Arthritis”	Estudo de coorte 573 indivíduos com prescrição de bifosfonatos	Medication Possession Ratio (MPR)	Prevalência de adesão: 52,7% Fatores associados a não adesão: <ul style="list-style-type: none"> • Não-brancos • ↑ duração da doença (artrite reumatoide) • terapia com bifosfonato prescrita por 32 meses ou + 	Não adesão à bisfosfonatos foi comum nestes indivíduos com artrite 45umatoide e foi associada com a etnia não-branca, duração da doença e maior duração do tratamento.

	Autor/ Ano/ título	Delineamento e população	Instrumento avaliação adesão	Resultados	Conclusões
14	SGNAOLIN e FIGUEIREDO, 2012 “Adesão ao tratamento farmacológico de pacientes em hemodiálise”	Estudo transversal 65 pessoas em hemodiálise	Teste de Morisky-Green	Prevalência de adesão: 44,6% Fatores associados a adesão: • idade > 60 • nível salarial de 2 a 5 salários mínimos (limítrofe)	Indivíduos têm dificuldades para aderir ao tratamento e o principal fator foi o esquecimento. Idosos se mostraram mais aderentes. O baixo nível de conhecimento sobre os medicamentos utilizados pode ser um dos motivos da má adesão.
15	DOESCH et al., 2013 “Increased adherence eight months after switch from twice daily calcineurin inhibitor based treatment to once daily modified released tacrolimus in heart transplantation”	Estudo pré-experimental 72 transplantados cardíacos	Basel Assessment of Adherence to Immunosuppressive Medications Scale (BAAS-IS – 4-itens).	Prevalência de não adesão: 75,0% Prevalência de não adesão após oito meses: 40,3% Fatores associados: • Não foram observadas mudanças significativas para parâmetros hematológicos, renal, ou de função hepática após 8 meses da mudança do medicamento para tacrolimus de liberação modificada	Sugere-se uma melhora significativa na adesão após a mudança para o tacrolimus de liberação modificada já que a medicação foi geralmente bem tolerada. A substituição de uma calcineurina convencional pelo tacrolimus de liberação modificada é geralmente viável, eficaz e seguro.
16	KANG et al., 2013 “Lost to Follow-Up in Asthmatics Does Not Mean Treatment Failure: Causes and Clinical Outcomes of Non-Adherence to Outpatient Treatment in Adult Asthma”	475 asmáticos	Questionário próprio	Prevalência de adesão: 26,1% Fatores associados a não adesão: • Jovens • ↑ valores iniciais em exames realizados para diagnóstico da asma	Quase ¾ dos asmáticos diagnosticados descontinuam a medicação asma em 3 anos, apesar de uma recomendação médica. Há um número considerável de asmáticos que pode manter o status de controle da asma a longo prazo, sem medicação

	Autor/ Ano/ título	Delineamento e população	Instrumento avaliação adesão	Resultados	Conclusões
17	MARCHI et al., 2013 <i>“Adesão a medicação em pacientes com doença de Parkinson atendidos em ambulatório especializado”</i>	Estudo transversal 112 indivíduos com doença de Parkinson (DP) que faziam uso de levodopa	Teste de Morisky e Green	Prevalência de não adesão: 53% Fatores associados a adesão: • Esquecer de tomar os medicamentos	Indivíduos com DP não seguem o horário prescrito de administração de sua medicação. A amostra apresentou bom conhecimento quanto a terapia com levodopa, demonstrando dúvidas no que se refere aos efeitos colaterais da medicação
18	MARTINS et al., 2013 <i>“Potentially modifiable factors associated with non-adherence to phosphate binder use in patients on hemodialysis”</i>	Estudo transversal 502 indivíduos em hemodiálise	Questionário próprio	Prevalência de não adesão: 65,7% Fatores associados: • Tempo de diálise • Níveis de fósforo > 5,5 mg/dL • Níveis de hormônios da paratireoide • Doença cerebrovascular	Quase 70% dos indivíduos em hemodiálise não aderem aos aglutinantes de fosfato, e, se esses medicamentos são fornecidos pelo sistema de saúde, aspectos econômicos não parecem estar associados com a não adesão. Fatores modificáveis podem ser melhorados através da otimização da atenção aos indivíduos pela equipe.

	Autor/ Ano/ título	Delineamento e população	Instrumento avaliação adesão	Resultados	Conclusões
19	TEFERRA et al., 2013 “Perspectives on reasons for non-adherence to medication in persons with schizophrenia in Ethiopia: a qualitative study of patients, caregivers and health workers”	Estudo qualitativo Pessoas com esquizofrenia (n = 24), seus cuidadores (n = 19), trabalhadores de campo de pesquisa (n = 7) e trabalhadores de saúde (n = 1)	Grupos focais e entrevistas em profundidade	Razões de não adesão: <ul style="list-style-type: none"> • Baixa renda • Falta de apoio da família • Necessidade de um tratamento a longo prazo, mesmo na ausência de sintomas • Relação com o prestador de cuidados de saúde • Efeitos clínicos: efeito colateral dos medicamentos, uso de álcool e falta de entendimento dos indivíduos sobre sua doença mental 	Foram identificados os fatores considerados mais importantes para adesão relatada por indivíduos, familiares, trabalhadores em pesquisa de campo e trabalhadores da saúde.
20	ALKATHERI et al., 2014 “Medication Adherence among Adult Patients on Hemodialysis”	Estudo transversal 89 indivíduos em hemodiálise	Escala de adesão de Morisky (MASS-8)	Prevalência de não adesão: 71,91% Fatores associados à adesão: <ul style="list-style-type: none"> • idade avançada • ser casado • nível superior de escolaridade 	Menos de um terço da amostra apresentou alta adesão. A duração da diálise, o gênero, a presença de um cuidador, situação de emprego e número de membros da família não estiveram associados com a adesão à medicação.
21	BONFIM et al., 2014 “Aderência ao tratamento por estatinas e fatores associados em usuárias do Sistema Único de Saúde”	Estudo transversal 71 mulheres dislipidêmicas com prescrição de estatinas	Teste de Morisky-Green	Prevalência de não adesão: 28,3% Fatores associados à não adesão: <ul style="list-style-type: none"> • ↓ comorbidades • consumo ↓ de medicamentos • mais jovens 	No que diz respeito ao tratamento por estatinas, verificou-se uma tendência de jovens, com menor número de comorbidades metabólicas e que façam uso de menor quantidade de medicamentos serem menos aderentes à prescrição médica farmacológica para dislipidemias.

	Autor/ Ano/ título	Delineamento e população	Instrumento avaliação adesão	Resultados	Conclusões
22	CHAPMAN et al., 2014 “Patients’ perspectives on antiepileptic medication: Relationships between beliefs about medicines and adherence among patients with epilepsy in UK primary care”	398 epiléticos	Medication Possession Ratio (MPR)	Prevalência de não adesão: 36,4% Fatores associados a não adesão: <ul style="list-style-type: none"> • crenças sobre medicamentos e atitudes implícitas em relação a antiepiléticos • percepções de sensibilidade pessoal a medicamentos 	Identificaram-se crenças relacionadas com a adesão sobre medicamento antiepiléticos. Intervenções centradas no paciente para apoiar a otimização do uso de medicamentos em pessoas com epilepsia devem observar estas crenças.
23	DENHAERYNCK et al., 2014 “Differences in Medication Adherence between Living and Deceased Donor Kidney Transplant Patients”	Dois estudos transversais foram realizados nos centros de transplante de Zurique e Basel 114 transplantados renais de Zurique 348 transplantados renais de Basel (248 avaliados através de monitoramento eletrônico)	Basel Assessment of Adherence to Immunosuppressive Medications Scale (BAAS-IS – 4-itens). Monitoramento eletrônico (MEMS®-V sistema TrackCap)	Prevalência de adesão em Zurique: 84,2% Prevalência de adesão em Basel: 88,3% Média de adesão por monitoramento eletrônico: 97,3 (DP 8,9) Fatores associados a não adesão: <ul style="list-style-type: none"> • mais jovem • crença de que um indivíduo que recebe um rim de doadores vivos precisa menos de imunossupressores do que o receptor de um doador falecido 	Adesão de imunossupressores é menor em receptores de rins de doadores em vida, possivelmente devido a diferenças no perfil de paciente (crenças de saúde em relação à sua necessidade imunossupressora).

	Autor/ Ano/ título	Delineamento e população	Instrumento avaliação adesão	Resultados	Conclusões
24	FERRARI, SOUSA, CASTRO, 2014 “Factors associated with treatment non-adherence in patients with epilepsy in Brazil”	Estudo transversal 385 epiléticos	Teste de Morisky-Green	Prevalência de não adesão: 66,2% Fatores associados a não adesão: <ul style="list-style-type: none"> • homens • Jovens • indivíduos com convulsões não controladas • ↑ complexidade do tratamento 	Estratégias para melhorar a adesão ao tratamento devem abordar particularidades associadas com idades mais jovens e do gênero masculino. Os médicos devem estar cientes de que a prescrição de menor complexidade do tratamento pode resultar em melhor adesão.
25	LEIVA-FERNÁNDEZ et al., 2014 “Efficacy of a multifactorial intervention on therapeutic adherence in patients with chronic obstructive pulmonary disease (COPD): a randomized controlled trial”	Estudo randomizado controlado 146 pessoas com doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC).	Contagem de comprimidos	Prevalência de adesão: 41,1% Prevalência adesão após intervenção: <ul style="list-style-type: none"> • 32,4% para o grupo controle • 48,6% no grupo de intervenção Fatores relacionados: <ul style="list-style-type: none"> • número de exacerbações • visitas ao centro de saúde • gravidade da doença e dispositivos 	A utilização de intervenção educativa pode contribuir para a adesão. A intervenção melhorou de 14,8% o percentual de pessoas aderentes comparando com nenhuma intervenção.
26	RAZALI e YUSOFF, 2014 “Medication Adherence in Schizophrenia: A Comparison between Outpatients and Relapse Cases”	Estudo transversal 70 esquizofrênicos	Medication Adherence Report Scale (MARS)	Prevalência de não adesão: 51% Fatores associados a não adesão: <ul style="list-style-type: none"> • maior frequência de internação hospitalar • psicopatologia 	Adesão à medicação entre esquizofrênicos foi baixa

	Autor/ Ano/ título	Delineamento e população	Instrumento avaliação adesão	Resultados	Conclusões
27	TIELEN et al., 2014 “Attitudes to Medication after Kidney Transplantation and Their Association with Medication Adherence and Graft Survival: A 2-Year Follow-Up Study”	Estudo quali-quantitativo 113 transplantados renais	Basel Assessment of Adherence to Immunosuppressive Medications Scale (BAASIS)	Prevalência de não adesão: 17% Fatores associados com a não adesão: <ul style="list-style-type: none"> • Menor sobrevida de transplantados em dois anos • Não houve diferenças significativas em idade, sexo, nível de escolaridade, tipo de doador de rim, etnia ou status social. 	Sugere-se que a não adesão logo após o transplante renal pode ser um fator de risco para menor sobrevida do transplantado nos anos seguintes. As atitudes em relação à medicação não foi um fator de risco.

3. JUSTIFICATIVA

O CEAF transformou-se em porta de entrada para novos medicamentos desenvolvidos para morbidades de elevado custo terapêutico, que até então não eram contemplados pelo SUS (CARIAS et al., 2011), disponibilizando tratamento específico e de acordo com linhas de cuidado pré-estabelecidas para artrite psoriásica, púrpura trombocitopênica idiopática, entre outras doenças (BRASIL, 2010).

A eficácia do gerenciamento e a organização do CEAF representam preocupação dos gestores, principalmente pela racionalização e otimização dos já escassos recursos públicos disponíveis. Para dimensionar o que esse Componente representa para o gasto público, estudo realizado por Vieira (2009) sobre tendências de gastos do Ministério da Saúde (MS) com medicamentos, observou que o aumento mais expressivo do gasto do MS foi com os medicamentos do componente especializado, sendo que de 2003 a 2007 o incremento do gasto foi de 252%. Silva et al. (2011), em estudo sobre medicamentos excepcionais, verificaram que o gasto com medicamentos de alto custo representou, em média, 2% do gasto federal total com saúde no período de 2000 a 2004.

Esse gasto já expressivo pode tornar-se ainda maior se os medicamentos não forem utilizados de forma racional (ARRAIS et al., 2005). Dessa forma, a relevância da adesão na terapêutica é indiscutível, pois dela depende o sucesso da terapia proposta, a cura de uma enfermidade, o controle de uma doença crônica e/ou a prevenção de uma patologia (LEITE e VASCONCELLOS, 2003).

Apesar da adesão a medicamentos do CBAF de baixo custo e de fácil aquisição ter sido amplamente estudada, como em indivíduos com hipertensão (CARVALHO et al., 2012; DOSSE et al., 2009; GIROTTI et al., 2013; SANTA-HELENA, NEMES e ELUF NETO, 2010), diabetes (AHMAD et al., 2013; ARAÚJO et al., 2010; S e T, 2014) e outras morbidades (CASTRO et al., 2010; DEWULF NDE et al., 2007; SOUZA et al., 2013), e da relevância do tema, surpreende a forma que o CEAF vem sendo estudado com relação a essa questão. Os estudos estão sendo realizados de forma fragmentada, avaliando apenas algumas morbidades que o Componente contempla.

Com relação ao CEAF, a literatura revela que estudos que avaliaram o Componente investigaram apenas aspectos relacionados com o perfil do usuário (ACURCIO et al., 2009; DUARTE et al., 2013), os gastos gerados por esse componente (BUENDGENS et al., 2013; DUARTE et al., 2013; Verson et al., 2011; VIEIRA, 2009) ou ambos os aspectos (SILVA et al., 2011).

Com isso, a análise da adesão deste Componente independente da morbidade torna-se de extrema importância, considerando que diz respeito a medicamentos de alto custo. Esta discussão é fundamental para que se possa redefinir políticas públicas de saúde – principalmente no que se refere ao Sistema Único de Saúde (SUS) –, permitindo que novas estratégias sejam traçadas.

Assim, este estudo propõe avaliar a adesão à terapia farmacológica por usuários cadastrados no CEAF de São Leopoldo/ RS, bem como identificar os fatores associados que interferem na adesão destes usuários. Os resultados deste estudo poderão identificar os grupos mais vulneráveis a não adesão de forma a subsidiar estratégias direcionadas a esses grupos minimizando problemas decorrentes da não adesão, bem como gastos desnecessários para o sistema de saúde.

4. OBJETIVOS

4.1 OBJETIVO GERAL

Avaliar a prevalência de adesão à terapia farmacológica e os fatores associados por adultos usuários do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF) em São Leopoldo/RS.

4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Caracterizar o perfil da amostra segundo características sociodemográficas, comportamentais, de saúde, de utilização de serviços de saúde e de uso de medicamentos;
- Avaliar a prevalência de adesão dos usuários a toda a terapia farmacológica referida utilizando o teste de Morisky-Green;

- Avaliar a prevalência de adesão dos usuários aos medicamentos do CEAF por meio do "Brief Medication Questionnaire";
- Examinar a associação das variáveis investigadas com a adesão a terapia farmacológica.
- Identificar os motivos de não adesão dos usuários aos medicamentos do CEAF ;
- Avaliar a relação entre a adesão e a disponibilização continuada dos medicamentos do CEAF, nos últimos três meses;

5. HIPÓTESES

Baseando-se nas evidências da revisão da literatura, sugerem-se as seguintes hipóteses para este estudo:

- Mais da metade dos usuários terão comportamento aderente, segundo Morisky (CARBONELL ABELLA et al., 2011; CORNELIO et al., 2009; FERRARI, DE SOUSA e CASTRO, 2013; HUAS et al., 2010; MARCHI et al., 2013).
- Mais da metade dos usuários de medicamentos do CEAF terão adesão aos medicamentos na última semana, segundo Brief Medication Questionnaire.
- Os prováveis motivos de não adesão será desabastecimento, esquecimento, descuido com os horários de administração e melhora dos sintomas(MARCHI et al., 2013).
- Em torno de 30% dos usuários deixaram de utilizar os medicamentos por desabastecimento nos últimos três meses (CORNELIO et al., 2009).
- A maior adesão ocorre nos seguintes grupos:
 - ✓ mulheres, com 60 anos ou mais, de cor da pele branca, casadas, com maior escolaridade e empregadas (ALKATHERI et al., 2014; FERRARI, DE SOUSA e CASTRO, 2013; NETELENBOS et al., 2011; RICHARDS et al., 2012; SGNAOLIN e FIGUEIREDO, 2012);

- ✓ indivíduos que praticam atividade física, que não moram sozinhos, com menor tempo de doença e tratamento e com autopercepção de saúde boa/excelente(HUAS et al., 2010; RICHARDS et al., 2012).
- ✓ Indivíduos que não fumam ou são ex tabagistas, que consultam mais frequentemente, que utilizam menos medicamentos por dia, e que não foram hospitalizados no último ano(BONFIM et al., 2014; MAGACHO et al., 2011; RAZALI e YUSOFF, 2014).

6. METODOLOGIA

6.1 LOCAL DE ESTUDO

Este estudo será realizado no município de São Leopoldo, situado a 31,4 km de Porto Alegre, com uma população estimada, para o ano de 2014, de 226.988 habitantes. O município possui uma área de 102,738 km², representando 1,04% da área da Região Metropolitana de Porto Alegre. São Leopoldo destaca-se como o quarto município da Região Metropolitana de Porto Alegre no que se refere a receber mais pessoas de outros municípios para trabalhar ou estudar (IBGE, 2014).

Em 2000, o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) desse município era de 0,806 superior ao do Brasil, mas inferior ao do estado do Rio Grande do Sul. Também em relação ao RS e ao Brasil, apresentava maior expectativa de vida, proporções de alfabetizados e de domicílios cobertos por água encanada e menores prevalências de esgoto, de idosos e de baixa renda na população (FACCHINI et al., 2006).

Em relação às estruturas de assistência farmacêutica, o município possui duas unidades dispensadoras de medicamentos. Uma destas unidades, Farmácia Municipal Central, fica localizada no bairro Centro e dispensa todos os medicamentos da REMUME, insumos diabéticos e os medicamentos do Componente Especializado de Assistência Farmacêutica. A outra unidade fica localizada no Centro de Saúde do bairro Feitoria, esta dispensa apenas os medicamentos da REMUME. No ano de 2013 as unidades dispensadoras do município realizaram em torno de 168 mil atendimentos.

No que se referem aos recursos humanos, a Farmácia Municipal Central conta com dois farmacêuticos, um funcionário auxiliar de farmácia que atua exclusivamente na dispensação do CEAF e seis estagiários graduandos em farmácia. Já a Farmácia Municipal unidade Feitoria conta com a colaboração de dois farmacêuticos.

6.2 DELINEAMENTO

Trata-se de um estudo epidemiológico, transversal. Este delineamento foi escolhido por possuir vantagens em relação à rapidez e custo, além de descrever características, atitudes e comportamentos de um determinado grupo de pessoas por meio de entrevistas ou questionário em um único momento (ROTHMAN, 1986).

6.3 POPULAÇÃO-ALVO E POPULAÇÃO DE ESTUDO

A população-alvo deste estudo será composta por adultos usuários de medicamentos adquiridos por meio do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica de São Leopoldo/ RS, dispensados por via administrativa, ou seja, não via processo judicial. A via judicial de dispensação de medicamentos do CEAF é acionada pelo usuário, principalmente quando ocorre inconformidade do CID-10 da doença, ocasionando no indeferimento do processo pela via administrativa.

A população de estudo consistirá de adultos usuários de medicamentos adquiridos por meio do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica de São Leopoldo/ RS, via administrativa, que acessarem a Farmácia Municipal Central no período do estudo.

6.4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

- Usuários do CEAF de São Leopoldo/RS, com 20 anos ou mais de idade, que estão em tratamento farmacológico há no mínimo três meses, que obtêm esses medicamentos pela via administrativa, com situação do tratamento (status) deferido ou em reavaliação no momento da entrevista.

6.5 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

- Usuários com déficit cognitivo, incapazes de responder ao questionário.

6.6 TAMANHO DA AMOSTRA

Realizou-se, por meio do programa Epi Info 7.14.0, cálculos do tamanho da amostra para contemplar o estudo de prevalência de adesão à terapia farmacológica de medicamentos pertencentes ao CEAF e seus fatores associados. Para os estudos descritivos de adesão à terapia farmacológica, utilizou-se os parâmetros apresentados no quadro 2, considerando um intervalo de confiança de 95%, totalizando 406 usuários.

Quadro 2 – Cálculo de amostra para os estudos de prevalência de adesão

Desfecho	Prevalência estimada	Erro aceitável	Número de pessoas	Acréscimo 10% para perdas e recusas
Adesão à terapia farmacológica	40%	5	369	406

Para o estudo das associações entre as variáveis independentes e o desfecho, foram considerados os parâmetros nível de confiança de 95%, poder de 80% e risco relativo de 1,5. Para as frequências de exposições, baseou-se principalmente nos artigos de Carvalho et al. (2012); Giroto et al. (2013); Santa-Helena, Nemes e Eluf Neto (2010). No caso da exposição não ter sido avaliada nesses estudos considerou-se a frequência de adesão nos não expostos variando de 33% a 50%. Foram considerados ainda um acréscimo de 10% para perdas e recusas e de 15% para controle de possíveis fatores de confusão. Os tamanhos de amostra estimado estão apresentados no quadro 3.

Quadro 3 – Cálculo de amostra para o estudo de associações

Estudo de associações	Frequência de exposição	Prevalência de adesão nos não expostos	N	N+10%+15%
Sexo – Feminino	65%	40%	234	293
Idade ≥ 60	50%	33%	302	378
Cor da pele branca	70%	40%	253	317
Nível superior de escolaridade (≥8 anos)	15%	50%	260	325
Não morar sozinho	70%	35%	326	408
Situação ocupacional - empregados	40%	33%	313	392
Casados	60%	45%	174	218
Alta renda familiar (>5 salários mínimos)	15%	50%	260	325
Possui Plano Privado de Saúde	25%	45%	224	280
Prática regular de atividade física	35%	35%	297	372
Não consome bebidas alcoólicas	60%	35%	285	357
Não fumantes	60%	40%	222	278
3 ou mais morbidades	30%	50%	159	199
Pelo menos uma consulta	50%	40%	214	268
Menor número de medicamentos	15%	45%	329	412
Internação hospitalar - Não	75%	50%	170	213
Menor tempo da doença e tratamento	25%	40%	284	355
Boa/ excelente autopercepção de saúde	35%	33%	329	412

A partir dos cálculos realizados, verificou-se que serão necessários 412 indivíduos para contemplar todos os objetivos do estudo, incluindo as associações investigadas. Dados preliminares fornecidos pela Farmácia Municipal Central indicam haver aproximadamente 2.000 usuários que utilizam medicamentos pertencentes ao CEAf, pela via administrativa.

6.7 AMOSTRAGEM

Trata-se de uma amostra consecutiva e não aleatória dos usuários que acessarem o atendimento do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica durante o período de novembro/2014 a janeiro/2015. Este período de três meses foi escolhido para contemplar o tamanho da amostra necessário para atingir os objetivos do estudo. Cada usuário será entrevistado uma única vez ao longo da investigação.

6.8 DEFINIÇÃO DAS VARIÁVEIS

6.8.1 Variável dependente

O estudo avaliará a adesão aos medicamentos dos usuários do Componente especializado da Assistência Farmacêutica segundo dois instrumentos:

1- Instrumento de adesão referida pelo usuário, Brief Medication Questionnaire. Esse questionário é composto por três domínios com perguntas que identificam barreiras à adesão quanto ao regime, às crenças e à recordação em relação ao tratamento farmacológico, e classifica a adesão de acordo com o número de respostas positivas em: alta adesão (nenhuma), provável alta adesão (1), provável baixa adesão (2) e baixa adesão (3 ou mais) em qualquer domínio. Para análise, as categorias “provável adesão”, “provável baixa adesão” e “baixa adesão” serão agrupadas.

Na primeira questão do instrumento do estudo original (SVARSTAD et al., 1999), foi perguntado ao entrevistado o nome e dosagem das medicações que utilizava, sendo que a falha ao relatar alguns desses itens era considerada resposta afirmativa e baixa adesão. Na validação desse instrumento para o português, Ben, Neumann e Mengue (2012) consideraram resposta afirmativa no primeiro item do quadro “Escore de problemas encontrados no BMQ”, do domínio regime, quando o paciente falhasse em relatar apenas o nome dos medicamentos utilizados, desconsiderando a dosagem como falha.

Como mencionado acima, o BMQ será aplicado apenas para os medicamentos pertencentes ao CEAF. O teste de Morisky-Green avalia o comportamento aderente do indivíduo e será aplicado a toda terapia farmacológica contínua utilizada pelo entrevistado, independente desse pertencer ao Componente.

2- O teste de Morisky-Green avalia o comportamento aderente do usuário. É composto de quatro perguntas, sendo elas: “1) *Você às vezes tem problemas em se lembrar de tomar a sua medicação?* 2) *Você às vezes se descuida de tomar seu medicamento?* 3) *Quando está se sentindo melhor, você às vezes para de tomar seu medicamento?* 4) *Às vezes, se você se sentir pior ao tomar a medicação, você para de tomá-la?*” Recentemente foi validado novo instrumento para hipertensão arterial

composto por oito questões, o qual ainda não foi validado em português. (MORISKY et al., 2008).

6.8.2 Variáveis independentes

As variáveis independentes a serem investigadas apresentadas no quadro 4 foram selecionadas com base na revisão bibliográfica.

Quadro 4 – Variáveis independentes

	Variável	Classificação	Categorização
Características sociodemográficas	Sexo	Dicotômica	Masculino/ Feminino
	Cor da pele	Categórica Nominal	Observada pelo entrevistador como branca, preta, parda, amarela ou indígena
	Idade	Numérica Discreta	Em anos completos
	Escolaridade	Numérica discreta	Em anos completos de estudo
	Situação ocupacional	Categórica Nominal	Trabalhando, aposentado, desempregado, encostado, dona de casa, estudante
	Situação conjugal	Categórica nominal	casado ou com companheiro/ solteiro ou sem companheiro viúvo/ divorciado
	Mora só	Categórica dicotômica	Sim/ Não
	Renda	Numérica discreta	Em reais
Características comportamentais	Prática regular de atividade física	Categórica dicotômica	Pratica atividade física por pelo menos 150 minutos semanalmente: sim ou não *
	Consumo de bebida alcoólica	Categórica ordinal	Frequência e número de doses**
	Tabagismo	Categórica nominal	Ex-fumante, fumante atual, nunca fumou ***

Nutricionais	Peso/ Altura	Numérica Contínua	Peso/ altura referido pelo entrevistado
Características de saúde			
	autopercepção de saúde	Categórica ordinal	Excelente, muito boa, boa, regular e ruim
	número de morbidades referidas	Categórica ordinal	uma/ duas/ três ou mais morbidades
	Tipo de morbidade do CEAF referida	Categórica nominal	Morbidade relacionada ao medicamento do CEAF
Características de utilização de serviços de saúde	Plano privado de saúde	Categórica dicotômica	Sim/ Não
	Visita da equipe de saúde da família	Categórica dicotômica	Sim/ Não
	Tempo da última visita da equipe de saúde da família	Numérica discreta	Tempo (em meses) da última visita da equipe de saúde da família
	Internação hospitalar no último ano	Categórica dicotômica	Sim/ Não
	Problema de saúde que gerou última hospitalização	Categórica Nominal	Problema de saúde referido pelo indivíduo
	Internações geradas pelo problema de saúde referido no último ano	Numérica discreta	Número de internações geradas pelo problema de saúde referido pelo indivíduo
	Consulta médica nos últimos 6 meses	Categórica Dicotômica	Sim/ Não
	Número de consultas médicas nos	Numérica discreta	Número de consultas médicas realizadas nos últimos 6 meses

	últimos 6 meses		
	Problema de saúde que gerou a última consulta médica	Categórica nominal	Problema de saúde que gerou a última consulta referida pelo indivíduo
	tempo da doença e tratamento	Numérica discreta	anos completos de doença anos completos de tratamento
Características de utilização de medicamentos	Número de medicamentos contínuos utilizados	Numérica discreta	Número de medicamentos contínuos utilizado
	Número de medicamentos do CEAF	Numérica discreta	Número de medicamentos pertencentes ao CEAF utilizados nos últimos 7 dias
	acesso aos medicamentos no último mês	Categórica dicotômica	Sim/ Não

* Segundo considerações da OMS, atividade física caracteriza-se pela prática de, pelo menos, 150 minutos semanais de atividade física de intensidade leve ou moderada ou de, pelo menos, 75 minutos semanais de atividade física de intensidade vigorosa. (WHO, 2010)

** Considerado como consumo de bebida alcoólica em pelo menos três dias na semana, independente da quantidade consumida (GIROTTTO et al., 2013).

*** Será considerado fumante o entrevistado que fumar um ou mais cigarros por dia a mais de 1 mês. Ex-tabagista os que abandonaram o hábito de fumar a 12 meses ou mais (GIROTTTO et al., 2013).

6.9 SELEÇÃO E TREINAMENTO DOS ENTREVISTADORES

Os dados serão coletados pela própria pesquisadora e duas entrevistadoras previamente treinadas. Os critérios a serem exigidos no processo de seleção serão: sexo feminino, idade mínima de 18 anos, estudantes de graduação em cursos da área da saúde e disponibilidade para trabalhar de segundas-feiras a sextas-feiras, das 8h às 12h.

As candidatas serão submetidas a uma entrevista sendo avaliados aspectos como responsabilidade, comunicação, comprometimento e organização. As aprovadas realizarão um treinamento específico por um período de 20 horas, que

consistirá de uma apresentação do estudo sobre adesão à terapia farmacológica, familiarizando as candidatas com o questionário e manual de instruções.

6.10 LOGÍSTICA

A Farmácia Municipal Central atende pelo horário da manhã (8hs às 12hs) usuários do CEAF, CMDE, bem como aqueles que recebem medicamentos por meio de ações judiciais, totalizando em média 60 usuários de medicamentos. Desses, estima-se que aproximadamente metade dos usuários utilize medicamentos pertencentes ao CEAF, e que 60% dos atendimentos sejam destinados ao próprio usuário do medicamento, enquanto os 40% restantes, para terceiros. Pretende-se realizar uma média de 15 entrevistas/dia, de aproximadamente 30 minutos de entrevista para cada usuário. Assim, espera-se encontrar o tamanho de amostra necessário em cerca de três meses de coleta de dados, considerando que os usuários recebem os medicamentos do CEAF mensalmente e que cada um será entrevistado uma única vez.

No momento da dispensação dos medicamentos deste Componente a farmacêutica/ auxiliar verificará se trata-se do próprio usuário retirando o medicamento ou de um responsável/cuidador. Os usuários identificados serão encaminhados para uma sala individualizada destinada especificamente para esse fim, com o objetivo de respeitar a privacidade e proporcionar um ambiente calmo que favoreça a realização da entrevista. Os usuários serão recrutados de forma consecutiva, ou seja, após o término de uma entrevista, o próximo usuário que preencher os critérios de inclusão será convidado a participar da pesquisa até satisfazer o número de usuários necessários. As entrevistadoras esclarecerão a natureza do estudo e seus objetivos e será solicitada a assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido.

A entrevista será então realizada, e as respostas serão registradas pelas entrevistadoras. Quando observada a necessidade, a pergunta será lida novamente.

O instrumento BMQ utiliza a prescrição médica como fonte de referência para comparação das respostas dos indivíduos sobre a posologia dos medicamentos. No caso dos medicamentos do CEAF, uma via com a relação dos medicamentos dispensados, dose, quantidade, frequência e duração é emitida no momento da

retirada do medicamento pelo usuário, sendo essa a fonte de referência adotada nesse estudo para avaliar as respostas dos usuários. Posteriormente, todos os instrumentos de pesquisa serão codificados e revisados pela supervisora que os encaminhará para a digitação.

6.11 ESTUDO PILOTO

Com o objetivo de refinar e aperfeiçoar o instrumento de coleta de dados e de verificar a logística do trabalho de campo foi realizado estudo piloto na farmácia do CEAF de Rolador/ RS e de Porto Alegre/ RS, com cerca de 30 usuários, nos dias dezessete, vinte e três e trinta de outubro de 2014.

6.12 PROCESSAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS

6.12.1 Entrada dos dados

A entrada dos dados será realizada ao final da etapa de campo no programa Epidata versão 3.1, com dupla entrada e posterior comparação para correção das inconsistências. A análise estatística dos dados será realizada por meio do programa Stata 9.0, adotando-se um nível de significância de 5% para todas as análises.

6.12.2 Análise dos dados

A análise estatística do tipo descritiva será realizada para todas as variáveis independentes do estudo com a finalidade de descrever a amostra estudada, por meio de valores absolutos, médias, desvio-padrão ou percentuais e intervalo de confiança de 95% (IC 95%). Será também realizada a análise descritiva das questões que compõem o desfecho do estudo (adesão à terapia farmacológica) e respectivos IC 95%.

Após, será realizada análise bivariada dos dados com o objetivo de verificar a associação das variáveis independentes com o desfecho estudado. Por fim, será realizada análise multivariada conforme o modelo hierárquico de análise proposto,

utilizando-se regressão de Poisson. Serão mantidas no modelo as variáveis associadas com o desfecho com $p \leq 0,20$ para ajuste de fator de confusão. Serão consideradas significativas as associações com $p < 0,05$.

O modelo hierarquizado de análise proposto para adesão à terapia farmacológica abrange quatro níveis hierárquicos. No primeiro nível encontram-se os fatores sociodemográficos, os quais podem ser fatores determinantes das variáveis comportamentais que estão no segundo nível. As variáveis citadas acima interferem, por sua vez, nas variáveis de saúde que estão no terceiro nível, as quais podem determinar as variáveis de utilização de serviço de saúde e de medicamentos, que poderão influenciar a adesão do usuário à terapia farmacológica.

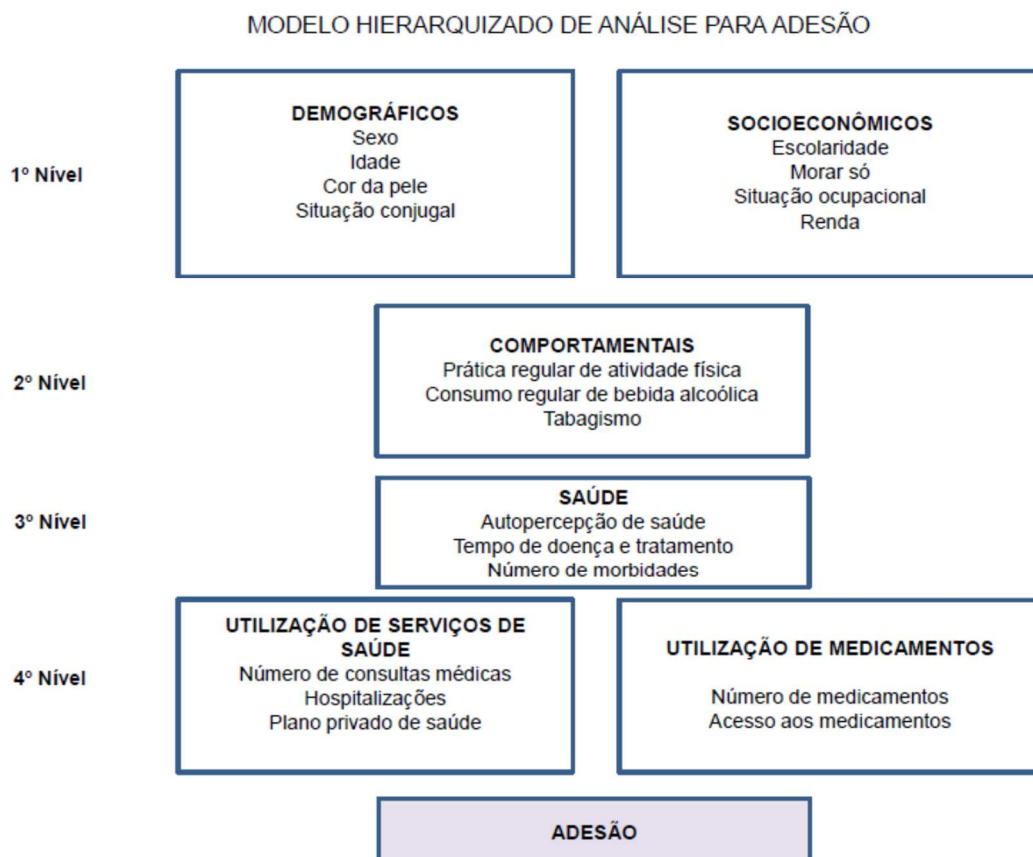


Figura 2 - Modelo Hierarquizado de Análise para adesão ao tratamento farmacológico

Fonte: elaborado pelo autor

6.13 CONTROLE DE QUALIDADE

Durante todo o processo de elaboração deste projeto, várias medidas serão tomadas com a finalidade de padronizar a forma de coleta dos dados e garantir a veracidade das informações coletadas. Algumas dessas medidas são anteriores a realização do trabalho de campo, como o treinamento prévio dos auxiliares de pesquisa; a confecção de um criterioso manual de instruções para a aplicação do questionário padronizado e pré-testado; e a realização de um piloto para testar a logística e orientar o trabalho de campo.

7. ASPECTOS ÉTICOS

Por se tratar de pesquisa envolvendo seres humanos, serão observadas as regras previstas na Resolução 196/96 e o protocolo de pesquisa foi encaminhado para apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa da UNISINOS, com aprovação sob parecer 152/2014.

Será considerada a assinatura do termo de consentimento livre e pré-informado pelos entrevistados e assegurado o sigilo das informações durante todo processo de pesquisa. Foi obtida também a autorização para a realização da pesquisa na farmácia da Secretaria Municipal da Saúde do município, respeitando as questões éticas e o comprometimento da pesquisadora na divulgação dos resultados obtidos.

8. DIVULGAÇÃO DOS RESULTADOS

Os dados desta pesquisa serão divulgados das seguintes formas:

- Artigos para publicação em periódicos científicos;
- Divulgação dos dados para a Secretaria Municipal de São Leopoldo e para a Secretaria Estadual de Saúde;
- Apresentação em congressos, seminários, reuniões.

9. CRONOGRAMA

O quadro apresenta o cronograma da realização do projeto apresentado.

Quadro 5 – Cronograma de atividades

Ano	2014												2015							
	Mês/atividade	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	4	5	6	7
Revisão de literatura	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x				
Elaboração do projeto		x	x	x	x	x	x	x	x	x	x									
Qualificação do projeto													x							
Coleta de dados													x	x	x					
Limpeza do banco de dados													x	x	x					
Análise dos dados															x	x	x			
Redação do artigo científico																	x	x	x	x
Defesa da dissertação																				x

10. ORÇAMENTO

A pesquisadora arcará com todos os custos implicados na pesquisa. A descrição do orçamento está apresentada no quadro.

Quadro 6 – Descrição do Orçamento

Descrição do material	Quantidade	Valor unitários	Total
Lápis	12	1,20	14,40
Borracha	6	1,00	6,00
Canetas	30	1,00	30,00
Apontador	5	0,90	4,50
Papel ofício A4	2.000	0,05	100,00
Impressão	500	0,15	75,00
Xerox	2.000	0,15	300,00
Auxiliar de pesquisa	1	1200	1.200,00

Entrevistadoras	2	800	1.600,00
Digitadoras	2	800	1.600,00
Deslocamento	150	15,00	2.250,00
			7.179,90

11. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ACURCIO, F. A. et al. Perfil demográfico e epidemiológico dos usuários de medicamentos de alto custo no Sistema Único de Saúde. *Rev Brasileira de Estudos de População*, v. 26, n. 2, p. 263-282, 2009.

AHMAD, N. S. et al. Medication adherence in patients with type 2 diabetes mellitus treated at primary health clinics in Malaysia. *Patient Prefer Adherence*, v. 7, p. 525-30, 2013.

ALKATHERI, A. M. et al. Medication adherence among adult patients on hemodialysis. *Saudi J Kidney Dis Transpl*, v. 25, n. 4, p. 762-8, 2014.

ARAÚJO, M. F. M. et al. Aderência de diabéticos ao tratamento medicamentoso com hipoglicemiantes orais. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*, v. 14, n. 2, p. 361-367, 2010.

ARRAIS, P. S. et al. Prevalencia e fatores determinantes do consumo de medicamentos no Municipio de Fortaleza, Ceara, Brasil. *Cad Saude Publica*, v. 21, n. 6, p. 1737-46, 2005.

BEN, A. J.; NEUMANN, C. R.; MENGUE, S. S. The Brief Medication Questionnaire and Morisky-Green test to evaluate medication adherence. *Rev Saude Publica*, v. 46, n. 2, p. 279-89, 2012.

BOING, A. C. et al. Acesso a medicamentos no setor publico: analise de usuarios do Sistema Unico de Saude no Brasil. *Cad Saude Publica*, v. 29, n. 4, p. 691-701, 2013.

BONFIM, M. R. et al. Aderência ao tratamento por estatinas e fatores associados em usuárias do Sistema Único de Saúde. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, v. 48, n. 3, p. 477-83, 2014.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. 1988.

_____. Lei nº 8080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. 1990.

_____. Portaria nº 3.916, de 30 de outubro de 1998. Aprova a Política Nacional de Medicamentos: Ministério da Saúde, 1998.

_____. Resolução nº 338, de 6 de maio de 2004. Aprova a Política Nacional de Assistência Farmacêutica: Ministério da Saúde, 2004.

_____. 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: Ministério da Saúde, 2007.

_____. Portaria nº 2981, de 26 de novembro de 2009. Aprova o componente Especializado da Assistência Farmacêutica: Ministério da Saúde, 2009.

_____. Da excepcionalidade às linhas de cuidado: o Componente Especializado da Assistência Farmacêutica. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

_____. A Assistência Farmacêutica no SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

_____. Uso racional de Medicamentos: temas selecionados. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

_____. Portaria nº 1.554, de 30 de julho de 2013. Dispõe sobre as regras de financiamento e execução do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS): Ministério da Saúde, 2013.

BUENDGENS, F. B. et al. Estudo de custo-análise do tratamento da artrite reumatóide grave em um município do Sul do Brasil. *Cad de Saúde Pública*, v. 29, p. 81-91, 2013.

CARBONELL ABELLA, C. et al. Analisis del cumplimiento terapeutico en mujeres con osteoporosis. *Reumatol Clin*, v. 7, n. 5, p. 299-304, 2011.

CARIAS, C. M. et al. Exceptional circumstance drug dispensing: history and expenditures of the Brazilian Ministry of Health. *Rev Saude Publica*, v. 45, n. 2, p. 233-40, 2011.

CARVALHO, A. L. et al. Adesao ao tratamento medicamentoso em usuarios cadastrados no Programa Hiperdia no municipio de Teresina (PI). *Cien Saude Colet*, v. 17, n. 7, p. 1885-92, 2012.

CASTRO, R. A. et al. Adesao ao tratamento de pacientes com insuficiencia cardiaca em um hospital universitario. *Rev Gaucha Enferm*, v. 31, n. 2, p. 225-31, 2010.

CHAPMAN, S. C. et al. Patients' perspectives on antiepileptic medication: relationships between beliefs about medicines and adherence among patients with epilepsy in UK primary care. *Epilepsy Behav*, v. 31, p. 312-20, 2014.

CINTRA, F. A.; GUARIENTO, M. E.; MIYASAKI, L. A. Adesao medicamentosa em idosos em seguimento ambulatorial. *Cien Saude Colet*, v. 15 Suppl 3, p. 3507-15, 2010.

CORNELIO, R. C. et al. Nao-adesao ao tratamento em pacientes com doenca de Crohn: prevalencia e fatores de risco. *Arq Gastroenterol*, v. 46, n. 3, p. 183-9, 2009.

COTTE, F. E. et al. Adherence to monthly and weekly oral bisphosphonates in women with osteoporosis. *Osteoporos Int*, v. 21, n. 1, p. 145-55, 2010.

CRAMER, J. A. et al. Medication compliance and persistence: terminology and definitions. *Value Health*, v. 11, n. 1, p. 44-7, 2008.

DENHAERYNCK, K. et al. Differences in Medication Adherence between Living and Deceased Donor Kidney Transplant Patients. *Int J Organ Transplant Med*, v. 5, n. 1, p. 7-14, 2014.

DEWULF NDE, L. et al. Adesao ao tratamento medicamentoso de pacientes com doencas inflamatórias intestinais acompanhados no ambulatorio de um hospital universitario. *Arq Gastroenterol*, v. 44, n. 4, p. 289-96, 2007.

DIBONAVENTURA, M. et al. 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*, v. 12, p. 20, 2012.

DOESCH, A. O. et al. Increased adherence eight months after switch from twice daily calcineurin inhibitor based treatment to once daily modified released tacrolimus in heart transplantation. *Drug Des Devel Ther*, v. 7, p. 1253-8, 2013.

DOSSE, C. et al. Factors associated to patients' noncompliance with hypertension treatment. *Rev Lat Am Enfermagem*, v. 17, n. 2, p. 201-6, 2009.

DUARTE, J. G. et al. Perfil e gastos dos pacientes dislipidêmicos: usuários do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica do Sistema Único de Saúde. *Rev Saúde Coletiva*, v. 23, n. 4, p. 1215-1227, 2013.

FACCHINI, L. A. et al. Monitoramento e Avaliação do Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família (PROESF): Relatório Municipal Estudo de Linha de Base São Leopoldo, RS. Pelotas: UFPel 2006.

FERRARI, C. M.; DE SOUSA, R. M.; CASTRO, L. H. Factors associated with treatment non-adherence in patients with epilepsy in Brazil. *Seizure*, v. 22, n. 5, p. 384-9, 2013.

GARCIA-PÉREZ, A. M. et al. ¿Cómo diagnosticar el cumplimiento terapéutico en atención primaria? *Medicina de Familia*, v. 1, n. 1, 2000.

GIROTTTO, E. et al. Adesao ao tratamento farmacologico e nao farmacologico e fatores associados na atencao primaria da hipertensao arterial. *Cien Saude Colet*, v. 18, n. 6, p. 1763-72, 2013.

GREZZANA, G. B.; STEIN, A. T.; PELLANDA, L. C. Blood pressure treatment adherence and control through 24-hour ambulatory monitoring. *Arq Bras Cardiol*, v. 100, n. 4, p. 335-61, 2013.

HALPERN, M. T. et al. Recommendations for evaluating compliance and persistence with hypertension therapy using retrospective data. *Hypertension*, v. 47, n. 6, p. 1039-48, 2006.

HAWKSHEAD, J.; KROUSEL-WOOD, M. A. Techniques for measuring medication adherence in hypertensive patients in outpatients settings: advantages and limitations. . *Disease Management and Health Outcomes*, v. 15, n. 2, 2007.

HUAS, D. et al. Compliance and treatment satisfaction of post menopausal women treated for osteoporosis. *Compliance with osteoporosis treatment. BMC Womens Health*, v. 10, p. 26, 2010.

IBGE, INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. IBGE: cidades@: São Leopoldo: RS. Rio de Janeiro, 2014. Acesso em: 20 out. 2014. Disponível em: <http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=431870&search=rio-grande-do-sul|sao-leopoldo>

KANG, M. G. et al. Lost to follow-up in asthmatics does not mean treatment failure: causes and clinical outcomes of non-adherence to outpatient treatment in adult asthma. *Allergy Asthma Immunol Res*, v. 5, n. 6, p. 357-64, 2013.

KERTES, J. et al. Factors contributing to compliance with osteoporosis medication. *Isr Med Assoc J*, v. 10, n. 3, p. 207-13, 2008.

LEE, G. K. et al. Determinants of medication adherence to antihypertensive medications among a Chinese population using Morisky Medication Adherence Scale. *PLoS One*, v. 8, n. 4, p. e62775, 2013.

LEITE, S. N.; VASCONCELLOS, M. P. C. Adesão à terapêutica medicamentosa: elementos para a discussão de conceitos e pressupostos adotados na literatura. *Cien Saude Colet*, v. 8, n. 3, p. 775-782, 2003.

LEIVA-FERNANDEZ, J. et al. Efficacy of a multifactorial intervention on therapeutic adherence in patients with chronic obstructive pulmonary disease (COPD): a randomized controlled trial. *BMC Pulm Med*, v. 14, p. 70, 2014.

LIMA-DELLAMORA, E. C.; CAETANO, R.; OSORIO-DE-CASTRO, C. G. Dispensação de medicamentos do componente especializado em polos no Estado do Rio de Janeiro. *Cien Saude Colet*, v. 17, n. 9, p. 2387-96, 2012.

LIMA, T. M.; MEINERS, M. M. M. A.; SOLER, O. Perfil de adesão ao tratamento de pacientes hipertensos atendidos na Unidade Municipal de Saúde de Fátima, em Belém, Pará, Amazonas, Brasil. *Rev Pan- Amazônica de Saúde*, v. 1, n. 2, p. 113-120, 2010.

MAGACHO, E. J. et al. Adherence to drug therapy in kidney disease. *Braz J Med Biol Res*, v. 44, n. 3, p. 258-62, 2011.

MARCHI, K. C. et al. Adesão a medicação em pacientes com doença de Parkinson atendidos em ambulatório especializado. *Cien Saude Colet*, v. 18, n. 3, p. 855-62, 2013.

MARTINS, M. T. et al. Potentially modifiable factors associated with non-adherence to phosphate binder use in patients on hemodialysis. *BMC Nephrol*, v. 14, p. 208, 2013.

MORISKY, D. E. et al. Predictive validity of a medication adherence measure in an outpatient setting. *J Clin Hypertens (Greenwich)*, v. 10, n. 5, p. 348-54, 2008.

MOURÃO-JÚNIOR, C. A. M.; SOUZA, A. B. Adesão ao uso de medicamentos: algumas considerações. *Estudos Interdisciplinares em Psicologia*, v. 1, n. 1, p. 96 – 107, 2010.

NAKHUTINA, L. et al. Adherence to antiepileptic drugs and beliefs about medication among predominantly ethnic minority patients with epilepsy. *Epilepsy Behav*, v. 22, n. 3, p. 584-6, 2011.

NETELENBOS, J. C. et al. Adherence and profile of non-persistence in patients treated for osteoporosis--a large-scale, long-term retrospective study in The Netherlands. *Osteoporos Int*, v. 22, n. 5, p. 1537-46, 2011.

NICOLINO, P. S. et al. Esquizofrenia: adesão ao tratamento e crenças sobre o transtorno e terapêutica medicamentosa. *Rev Esc Enferm USP*, v. 45, n. 3, p. 708-15, 2011.

OIGMAN, W. Métodos de avaliação da adesão ao tratamento anti-hipertensivo. *Rev Brasileira de Hipertensão*, v. 13, n. 1, p. 30-34, 2006.

OSTERBERG, L.; BLASCHKE, T. Adherence to medication. *N Engl J Med*, v. 353, n. 5, p. 487-97, 2005.

PANIZ, V. M. et al. Acesso a medicamentos de uso contínuo em adultos e idosos nas regiões Sul e Nordeste do Brasil. *Cad Saude Publica*, v. 24, n. 2, p. 267-80, 2008.

QUINLAN, P. et al. The relationship among health literacy, health knowledge, and adherence to treatment in patients with rheumatoid arthritis. *HSS J*, v. 9, n. 1, p. 42-9, 2013.

RAZALI, S. M.; YUSOFF, M. Z. Medication adherence in schizophrenia: a comparison between outpatients and relapse cases. *East Asian Arch Psychiatry*, v. 24, n. 2, p. 68-74, 2014.

REMONDI, F. A.; CABRERA, M. A.; DE SOUZA, R. K. Não adesão ao tratamento medicamentoso contínuo: prevalência e determinantes em adultos de 40 anos e mais. *Cad Saude Publica*, v. 30, n. 1, p. 126-36, 2014.

RICHARDS, J. S. et al. Adherence with bisphosphonate therapy in US veterans with rheumatoid arthritis. *Arthritis Care Res (Hoboken)*, v. 64, n. 12, p. 1864-70, 2012.

ROTHMAN, K. *Modern Epidemiology*. Boston: Little Brown Press, 1986.

S, A.; T, M. Self Care and Medication Adherence among Type 2 Diabetics in Puducherry, Southern India: A Hospital Based Study. *J Clin Diagn Res*, v. 8, n. 4, p. UC01-3, 2014.

SANTA-HELENA, E. T.; NEMES, M. I.; 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*, v. 26, n. 12, p. 2389-98, 2010.

SANTOS, D. O. et al. Atenção farmacêutica ao portador de asma persistente: avaliação da aderência ao tratamento e da técnica de utilização dos medicamentos inalatórios. *Jornal Brasileiro de Pneumologia*, v. 36, n. 1, p. 14 – 22, 2010.

SGNAOLIN, V.; FIGUEIREDO, A. E. Adesão ao tratamento farmacológico de pacientes em hemodialise. *J Bras Nefrol*, v. 34, n. 2, p. 109-16, 2012.

SILVA, G. D. et al. Medicamentos excepcionais para doença renal crônica: gastos e perfil de utilização em Minas Gerais, Brasil. *Cad Saude Publica*, v. 27, n. 2, p. 357-68, 2011.

SOUZA-MACHADO, A.; SANTOS, P. M.; CRUZ, A. A. Adherence to treatment in severe asthma: predicting factors in a program for asthma control in Brazil. *World Allergy Organ J*, v. 3, n. 3, p. 48-52, 2010.

SOUZA, B. F. et al. Pacientes em uso de quimioterápicos: depressão e adesão ao tratamento. *Rev Esc Enferm USP*, v. 47, n. 1, p. 61-8, 2013.

SVARSTAD, B. L. et al. The Brief Medication Questionnaire: a tool for screening patient adherence and barriers to adherence. *Patient Educ Couns*, v. 37, n. 2, p. 113-24, 1999.

TAVARES, N. U. et al. Fatores associados a baixa adesão ao tratamento medicamentoso em idosos. *Rev Saude Publica*, v. 47, n. 6, p. 1092-101, 2013.

TEFERRA, S. et al. Perspectives on reasons for non-adherence to medication in persons with schizophrenia in Ethiopia: a qualitative study of patients, caregivers and health workers. *BMC Psychiatry*, v. 13, p. 168, 2013.

TIELEN, M. et al. Attitudes to medication after kidney transplantation and their association with medication adherence and graft survival: a 2-year follow-up study. *J Transplant*, v. 2014, p. 675301, 2014.

VASCONCELOS, F. F. et al. Utilização medicamentosa por idosos de uma Unidade Básica de Saúde da Família de Fortaleza – CE. *Acta Paulista de Enfermagem*, v. 18, n. 2, p. 178 – 83, 2005.

VERSON, R. et al. Avaliação econômica das anticitocinas: adalimumabe, etanercepte e infliximabe no tratamento da artrite reumatóide no Estado do Paraná. . Revista de Saúde Coletiva, v. 21, n. 2, p. 359-376, 2011.

VIEIRA, F. S. Ministry of Health's spending on drugs: program trends from 2002 to 2007. Rev Saude Publica, v. 43, n. 4, p. 674-81, 2009.

WHO, WORLD HEALTH ORGANIZATION. The rational use of drugs. Genebra: WHO, 1985.

_____. Adherence to long-term therapies: Evidence for action. Genebra: WHO, 2003.

_____. Recomendaciones mundiales sobre la actividad física para la salud. Genebra, 2010.

II – RELATÓRIO DE CAMPO

1 INTRODUÇÃO

Realizou-se um estudo epidemiológico transversal que teve como objetivo avaliar a prevalência de adesão dos usuários de medicamentos pertencentes ao CEAF e os seus fatores associados. O estudo foi desenvolvido mediante aplicação de um questionário padronizado, aplicado após assinatura de um termo de consentimento previamente lido e esclarecido a adultos usuários de medicamentos pertencentes ao CEAF de São Leopoldo, RS. A pesquisa foi aprovada pela Comissão de Ética e Pesquisa da Universidade do Vale dos Sinos (ANEXO C). As despesas provenientes do estudo foram arcadas pelas pesquisadoras e o projeto foi coordenado pela professora Dra. Vera Maria Vieira Paniz. Neste documento, constam informações sobre as atividades desenvolvidas durante o planejamento e execução do trabalho de campo, como elaboração do instrumento e manual de instruções, padronização das entrevistas, amostragem, logística, coleta dos dados, supervisão, codificação e entrada dos dados.

2 ELABORAÇÃO DO QUESTIONÁRIO

A elaboração do instrumento utilizado para coleta de dados teve início no mês de setembro de 2014, finalizada em janeiro de 2015. Inicialmente, realizou-se uma revisão dos instrumentos disponíveis na literatura e elaboraram-se questões que foram testadas em estudos pré-pilotos. Incorporaram-se modificações necessárias que foram testadas em um estudo piloto com 30 usuários de medicamentos pertencentes ao CEAF de Porto Alegre, RS. Ao final deste processo, o instrumento de coleta de dados incluía 42 questões abertas e fechadas divididas em quatro blocos contendo (APÊNDICE A):

Bloco A: descrição quanto ao nome completo, endereço e telefones para contato do entrevistado.

Bloco B: 21 questões sobre características sociodemográficas (idade, cor da pele, sexo, escolaridade, situação conjugal, situação de moradia e renda) e comportamentais (hábito de fumar, consumo de frutas e verduras, prática de atividade física e consumo de bebidas alcoólicas) e de saúde (autopercepção de saúde, número de morbidades).

Bloco C: 7 questões sobre utilização de serviços de saúde (plano privado de saúde, número de consultas médicas e hospitalizações).

Bloco D: doze perguntas que tinham como objetivo avaliar as características da farmacoterapia (número de medicamentos) e incluía o teste de Morisky-Green (avaliado por meio das perguntas 30 a 33) e o *Brief Medication Questionnaire* (que inclui as questões 35a, 35b, 35c, 35d, 35e, 35f, 36 e 37, as quais abordavam aspectos como nome, dose, frequência, esquecimento. Ainda, nesse bloco, encontra-se questões sobre indicação e tempo de tratamento, acesso aos medicamentos e atitudes diante da falta, dificuldades encontradas para obtenção dos medicamentos, e utilização de estratégia para não esquecer as doses dos medicamentos.

3 ESTUDO PRÉ-PILOTO

Visando a avaliar e aperfeiçoar o instrumento de coleta de dados, foi realizado estudo pré-piloto com dez usuários de medicamentos do CEAF no município de Rolador/ RS, no dia 17 de outubro de 2014.

4 ESTUDO PILOTO

Realizou-se um estudo piloto nos dias 23 e 30 de outubro de 2014, na farmácia de dispensação de medicamentos do CEAF de Porto Alegre, RS. Em cada dia, foram selecionados dez usuários, simulando-se situações reais de entrevistas. Avaliaram-se possíveis falhas nas questões, podendo ainda, neste momento, aperfeiçoá-las. Assim, foi possível construir o questionário e o manual de instruções para a qualificação do projeto desta pesquisa.

Após a aplicação dos primeiros questionários em usuários de medicamentos do CEAF de São Leopoldo, ainda foram realizados ajustes, estabelecendo o instrumento de coleta de dados definitivo para o estudo.

5 MANUAL DE INSTRUÇÕES

O manual de instruções foi construído concomitante aos estudos pré-piloto e piloto contendo orientações gerais, instruções para a codificação das questões, além de explicações específicas para cada uma das 42 questões.

6 AMOSTRAGEM

A amostra estimada para atender aos objetivos do estudo mostrou a necessidade de se entrevistar 412 usuários de medicamentos do CEAF. Para a definição do processo de amostragem, realizou-se um levantamento do número de usuários desses medicamentos na farmácia dispensadora de São Leopoldo durante os meses de abril, maio e junho de 2014. Observou-se que eram atendidos usuários de medicamentos do CEAF, CMDE, Especial e indivíduos que recebiam medicamentos por meio de ações judiciais, totalizando, em média, 60 atendimentos por dia. Desses, estimou-se que aproximadamente metade dos usuários utilizasse medicamentos pertencentes ao CEAF, e que em 60% dos atendimentos era o próprio usuário que retirava seu medicamento. Dessa forma, optou-se por uma amostra consecutiva de indivíduos usuários de medicamentos pertencentes ao CEAF, retirados pela via administrativa, dispensados na farmácia entre os dias 12 de dezembro de 2014 a 17 de março de 2015.

7 RECURSOS HUMANOS

O trabalho de campo foi realizado pelas três pesquisadoras. Além da mestranda, a pesquisa contou com a colaboração da orientadora deste projeto e de uma doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Unisinos para realização das entrevistas. Para a entrada e codificação dos dados, o estudo contou ainda com uma estudante universitária pré-treinada para esse fim.

Na sequência, são descritas as atribuições de cada colaborador do estudo:

A mestranda foi responsável pela elaboração do projeto de pesquisa e supervisão do trabalho de campo, que envolveu acompanhamento e elaboração de rotinas de trabalho. Realizou entrevistas e codificou os questionários, além de

revisá-los, dividi-los em lotes conforme a data da entrevista e auxiliou na digitação dos dados.

Todas as pesquisadoras foram responsáveis pelo convite aos usuários, pela realização das entrevistas e codificação dos questionários. As pesquisadoras foram treinadas para a realização das entrevistas de forma padronizada. Para tanto, realizou-se a leitura do questionário, seguida da leitura detalhada do manual de instruções. Ao final, realizaram-se dramatizações a fim de avaliar e corrigir as possíveis falhas na aplicação do questionário.

10 LOGÍSTICA DO TRABALHO DE CAMPO

10.1 COLETA DE DADOS

A coleta de dados foi realizada no período entre 12 de dezembro de 2014 a 17 de março de 2015. As pesquisadoras utilizaram mesas e cadeiras próprias, que foram alocadas em lugares próximos à farmácia de dispensação para a realização das entrevistas.

10.1.1 Seleção da amostra

Os usuários de posse de uma receita médica e/ou documento de retirada de meses anteriores, acessavam a farmácia e eram atendidos por uma auxiliar que dispensava os medicamentos. Em decorrência da grande aglomeração de pessoas que se formava no início o mês, esses eram abordados durante o tempo em que aguardavam o atendimento. Nos dias intermediários, onde o atendimento era mais ágil, os indivíduos eram abordados após a dispensação do medicamento, com o intuito de não interferir na organização dos atendimentos.

Inicialmente as pesquisadoras verificavam se era o próprio usuário, se o medicamento a ser retirado pertencia ao CEAF e se já estava utilizando o medicamento há no mínimo três meses. Era verificado também se o processo para recebimento do medicamento havia sido realizado pela via administrativa, e se o usuário possuía mais de 20 anos. Os indivíduos que preenchessem a todos esses critérios eram convidados a participar do estudo.

10.1.2 Entrevista

Inicialmente, as pesquisadoras explicavam os objetivos da pesquisa e apresentavam o Termo de Consentimento Livre Esclarecido (APÊNDICE C). Após a leitura, o usuário que aceitasse participar da pesquisa assinava o documento em duas vias. No caso de usuários analfabetos, era realizada a leitura do termo e coletada a digital do usuário. As entrevistas eram realizadas individualmente com os usuários elegíveis, sem a autorização de acompanhantes. O número de entrevistas realizadas diariamente era irregular, dependendo do período do mês. Nos primeiros dias do mês, cada pesquisadora realizava cerca de oito entrevistas, já da metade do mês em diante, essa média caía pela metade. Ressalta-se, que essa média era maior no início da coleta, e foi diminuindo gradualmente com o passar dos meses, já que o usuário era entrevistado apenas uma única vez.

10.2 ACOMPANHAMENTO DO TRABALHO DE CAMPO

Realizaram-se reuniões semanais com a equipe de pesquisa com o objetivo de esclarecer possíveis dúvidas sobre o preenchimento dos questionários e a logística do estudo. As pesquisadoras mantiveram-se em contato permanente através de e-mails, telefonemas e reuniões até o término do trabalho de campo, a fim de conhecer o andamento do estudo e de estabelecer metas para o prosseguimento do mesmo.

10.3 CODIFICAÇÃO

A codificação dos dados foi realizada na coluna situada à direita do questionário e revisada pela supervisora que posteriormente os encaminhava para a digitação dos dados.

10.4 DIGITAÇÃO

A digitação dos dados iniciou em janeiro de 2015 e finalizou em 04 de abril de 2015. A entrada dos dados foi realizada no programa Epidata 3.1 e, após a dupla digitação de todos os questionários, os bancos gerados foram comparados e os erros corrigidos. Ao final, esses foram transferidos por meio do software Stata transfer 9.0 para o programa STATA 11.2.

10.5 ANÁLISE DAS INCONSISTÊNCIAS

Criou-se um programa de verificação de inconsistências baseado no arquivo tipo “docx”. Esse foi gerado no programa STATA 8.0 e as inconsistências corrigidas com base nos questionários.

11 PERDAS, RECUSAS E EXCLUSÕES

A maioria das perdas ocorreu pela indisponibilidade do indivíduo para responder ao questionário e pela recusa em assinar o Termo de Consentimento Livre Esclarecido. As recusas somaram menos de 3% e quase a totalidade de perdas devido ao tempo de espera foram recuperadas nos meses subsequentes. As exclusões caracterizaram-se por sujeitos não-elegíveis para a pesquisa de acordo com o critério preestabelecido: usuários com déficit cognitivo ou sem capacidade de responder ao questionário.

12 PROJETO E EXECUÇÃO: A REALIDADE DE UMA PESQUISA

Na execução da pesquisa, foi necessário realizar alguns ajustes em relação ao que estava previsto no projeto. Houve um atraso na data prevista para o início da coleta de dados, pois foi necessário aguardar a banca de qualificação. Além disso, foi preciso um maior período de coleta do que o previsto no projeto com o objetivo de contemplar o tamanho de amostra necessário para atingir os objetivos do estudo, já que não foi possível obter as três entrevistadoras durante todo o período da coleta.

Também foi realizada modificações no momento da abordagem dos indivíduos. Ao invés de serem abordados apenas após a dispensação, esses foram

abordados enquanto aguardavam atendimento, o que ajudou a reduzir o número de perdas.

Ainda, foi realizada a exclusão dos respectivos dados de adesão por meio do instrumento Morinsky. O objetivo geral do projeto previa a avaliação dos usuários do CEAF a terapia farmacológica, que incluía os medicamentos do CEAF mensurados pelo *Brief Medication Questionnaire* (BMQ) e os de uso contínuo mensurado pelo Morinsky, entretanto, optou-se por elaborar dois artigos sendo que o outro será realizado com os dados sobre adesão de medicamentos contínuos. O estudo de adesão dos usuários de medicamentos do CEAF pode trazer informações importantes sobre as lacunas existentes entre a adesão e os usuários. Assim, estes dados serão posteriormente analisados e seus resultados encaminhados para a publicação em periódico científico.

III – ARTIGO CIENTÍFICO

Será submetido para publicação na Revista de Saúde Pública.

Título

ACESSO REGULAR E ADESÃO A MEDICAMENTOS DO COMPONENTE ESPECIALIZADO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

REGULAR ACCESS AND MEDICATIONS ADHERENCE OF THE SPECIALIZED PHARMACEUTICAL SERVICES COMPONENT

Título corrido

ACESSO REGULAR E ADESÃO AO TRATAMENTO

Janaína Soder Fritzen¹; Fabiane Raquel Motter¹; Vera Maria Vieira Paniz ¹

¹ Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, Universidade do Vale do Rio dos Sinos

Correspondência:

Vera Maria Vieira Paniz

Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva

Universidade do Vale do Rio dos Sinos - Unisinos

Av. Unisinos, 950, Cristo Rei, São Leopoldo, RS, Brasil - CEP 93022-000

Telefone: (51) 35908752 Ramal: 1285 Fax: (51) 35908479

Email: vpvieira@terra.com.br

RESUMO

OBJETIVO: Investigar a prevalência de adesão a medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF) 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 CEAF do município de São Leopoldo, RS. A amostragem foi realizada de forma consecutiva dos usuários que acessaram o atendimento do CEAF no período de dezembro-2014 a março-2015. A adesão foi mensurada pelo *Brief Medication Questionnaire* (BMQ), 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, independente da forma de obtenção (pago/gratuito). A análise dos dados foi realizada por regressão de Poisson com variância robusta.

RESULTADOS: Entrevistou-se 414 usuários, a maioria mulheres (60,9%), que utilizava um único medicamento do CEAF (68,1%), média de idade de 55 anos (DP=13). A prevalência de adesão foi de 28,3% e a prevalência de acesso regular gratuito foi de 46,1%, sendo que 25,7% não tiveram acesso a todo o tratamento. Após ajuste para número de medicamentos do CEAF 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, a associação do acesso com a adesão não foi verificada.

CONCLUSÕES: A regularidade no acesso gratuito aos medicamentos do CEAF tem impacto no comportamento aderente do usuário, contribuindo para o comprometimento desse com o seu tratamento e autocuidado. A programação para aquisição de medicamentos do CEAF é fundamental para evitar a irregularidade no acesso a esses medicamentos, que aponta para uma importante limitação das políticas de medicamentos no país.

DESCRITORES: Uso de Medicamentos. Adesão à Medicação. Acesso aos serviços de saúde. Assistência farmacêutica. Farmacoepidemiologia.

ABSTRACT

OBJECTIVE: To investigate the prevalence of the adherence to the Specialized Component of Pharmaceutical Care (CEAF) and its link with the regular access among users in the city of Sao Leopoldo, RS.

METHODS: Transversal study on adults aged 20 or more, CEAF medicines users in the city of Sao Leopoldo, RS. The sampling was carried out consecutively from all users accessing the CEAF service from December 2014 to March 2015. The adherence was measured by Brief Medication Questionnaire (BMQ), being defined as adherent those individuals who didn't show restrictions to adherence in the three realms. The regular access was defined as the acquisition of all medications in the last three months, regardless of the way (whether paid or free). The analysis of the data was carried out using Poisson regression with robust variation

RESULTS: 414 users, mostly women (60.9%), only CEAF medicine users (68.1%), average age 55 (DP=13). The prevalence of adherence was 28.3% and the prevalence of free regular access was 46.1%, but 25.7% didn't have access to all treatment. After adjusting to the number of medicines CEAF and number of medicines of continuous use, users who had free regular access in the last three months showed 60% more probability of adherence. To those of regular paid access, the link between access to adherence wasn't verified.

CONCLUSIONS: The regularity of the free access to CEAF medicines shows an impact in the user's adherence behavior, contributing to the their commitment with their treatment and self-care. The programme for acquiring CEAF medicines is indispensable for avoiding irregularities when accessing them, which shows an important restriction in the Country's medicine policies.

DESCRIPTORS: Drug Utilization. Medication Adherence. Health Services Accessibility. Pharmaceutical Services. Pharmacoepidemiology.

INTRODUÇÃO

A efetividade do tratamento farmacológico está intimamente relacionada à disponibilidade do medicamento de forma acessível ao usuário, com a aceitação e comprometimento do indivíduo com o tratamento e com o uso racional.¹

No Brasil, a disponibilidade de medicamentos pelo Sistema Único de Saúde (SUS) está organizada em blocos de financiamento da Assistência Farmacêutica (AF): (I) Componente Básico da Assistência Farmacêutica (CBAF)- destinados à aquisição de medicamentos e insumos da AF no âmbito da atenção básica em saúde e aqueles relacionados a agravos e programas de saúde específicos; (II) Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica (CESAF)- destinado ao financiamento de ações de AF para programas de saúde estratégicos, como controle de endemias (tuberculose, hanseníase, malária, leishmaniose, doença de chagas entre outras), anti-retrovirais do programa DST/Aids, sangue e hemoderivados e imunobiológicos; e (III) Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF)- destinado à aquisição e distribuição de medicamentos de alto custo, utilizados em nível ambulatorial no tratamento de doenças crônicas e raras, e que estão estabelecidos em Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT). Essa alocação em forma de blocos define os responsáveis pelo financiamento, na tentativa de assegurar o fornecimento regular desses medicamentos aos usuários.^{2, 3} Apesar disso, estudos têm demonstrado que o acesso aos medicamentos de uso contínuo, especialmente de forma gratuita, ainda é limitado.^{4, 5}

Em relação ao indivíduo, estudos tem demonstrado que a adesão a medicamentos essenciais varia de 15,6% a 76,8%⁶⁻⁸, mas a forma como os usuários do CEAF utilizam seus medicamentos ou como aderem ao tratamento ainda é desconhecida. A adesão, segundo a Organização Mundial da Saúde¹, é definida como o grau em que o comportamento de uma pessoa, representado pela ingestão de medicação, o seguimento da dieta, as mudanças no estilo de vida corresponde e concorda com as recomendações de um profissional da saúde.

Os instrumentos mais utilizados para medir a adesão ao tratamento são os questionários⁹, apesar da baixa acurácia e sensibilidade. Vários instrumentos têm sido desenvolvidos com a capacidade de medir tanto o comportamento aderente do

usuário, quanto barreiras à adesão com relação ao regime, crença e recordação do tratamento farmacológico, como é o caso do *Brief Medication Questionnaire*.¹⁰

Nesse sentido, para alcançar o uso racional de medicamentos, em especial os de alto custo como os medicamentos do CEAF, é fundamental 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 (CEAF) e sua associação com o acesso regular em usuários desses medicamentos no município de São Leopoldo, RS.

METODOLOGIA

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.¹¹ O município possui aproximadamente 227 mil habitantes¹¹ 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 CBAF e do CESAF, também os medicamentos do CEAF, objeto deste estudo.

No ano de 2014, o CEAF deste município possuía cerca de 1100 indivíduos cadastrados, com situação do tratamento deferido e em reavaliação, com processos encaminhados via administrativa, sendo aproximadamente dois terços 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. Todos os cálculos foram realizados no programa Epi Info 7.14.0 (Centers for Disease Control and Prevention, Atlanta, Estados Unidos). Utilizou-se uma prevalência de adesão de 40%, margem de erro de 5,0 pontos percentuais a um nível de confiança de 95%. Para o estudo das associações foi considerado poder estatístico de 80% com frequências de exposição variando de 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.

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 a 17 de março de 2015. Aqueles que preenchiam os critérios de inclusão eram convidados a participar da pesquisa. As pesquisadoras esclareciam a natureza do estudo e após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) era realizada a entrevista por meio de um questionário padronizado e pré-testado em estudo piloto. Foi utilizado 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/com companheiro; solteiro/sem companheiro), escolaridade em anos completos de estudo (0-4; 5-8; ≥ 9), renda familiar mensal em salário mínimo 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), consumo de álcool (não ingere; menos de uma vez/semana; uma ou mais vezes/semana) e prática de atividade física (pratica alguma atividade física por no mínimo 150 min/semana; não pratica)¹². Como variáveis nutricionais foram avaliadas o consumo de verduras (<5 vezes/semana; ≥ 5 vezes/semana) e de frutas (<5 vezes/semana; ≥ 5 vezes/semana) e o estado nutricional, segundo o índice de massa corporal ($IMC = \frac{\text{Peso, em quilogramas}}{\text{quadrado da altura, em metros}}$) e classificado em eutrófico ($IMC < 25 \text{ kg/m}^2$), sobrepeso ($IMC \geq 25 \text{ kg/m}^2$ e $< 30 \text{ kg/m}^2$) e obeso ($IMC \geq 30 \text{ kg/m}^2$)¹³. Para o cálculo do IMC foram utilizados dados de peso e altura referidos pelos usuários. As características de saúde investigadas foram a autopercepção de saúde (excelente/muito boa; boa; regular; ruim) e o número de morbidades referidas por diagnóstico médico (hipertensão; diabetes; hipercolesterolemia; problema circulatório/vascular; osteoporose; bronquite/asma; reumatismo/atrite/artrose; depressão; problema no coração; câncer; problema nos

rins; outras; que foram agrupadas em 1-2; 3-4; 5-6 e ≥ 7), além do número total de medicamentos que o usuário referiu utilizar de forma contínua por indicação médica, categorizados em 1-3; 4-6; ≥ 7 .

Investigou-se também o número de medicamentos específicos do CEAF (1; ≥ 2), o tipo de morbidade para a qual foi prescrito (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 questionando o usuário 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?*” as opções eram: não usou; usou menos; comprou; tinha em casa; doação.

Para estimar as prevalências de acesso 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 independente da obtenção ter ocorrido por meio do CEAF ou mediante compra. A não obtenção (não usou, uso em menor quantidade) ou obtenção parcial (parte paga/parte não usou ou usou menos; parte ganha/parte não usou ou usou menos; parte tinha em casa/parte não usou ou usou menos; parte doação/parte não usou ou usou menos) foi definida como acesso não regular, uma vez que o indivíduo não teve acesso a todo o tratamento prescrito nos últimos três meses. Assim, o acesso regular aos medicamentos do CEAF nos últimos três meses foi analisado em três categorias: não acesso regular; acesso regular gratuito; acesso regular pago.

O desfecho deste estudo foi adesão aos medicamentos do CEAF, mensurada por meio do Brief Medication Questionnaire (BMQ), versão validada para o português.¹⁰ Esse instrumento é composto por três domínios com perguntas que identificam 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 resposta positiva), provável baixa adesão (2 respostas positivas) e baixa adesão (3 ou mais respostas positivas) em qualquer

domínio. No BMQ original¹⁴ utilizou-se escore ≥ 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.

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, sendo realizada uma adaptação no questionário quanto à forma de perguntar. 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, que avalia a necessidade do uso da medicação. 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 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 e/ou prescrição médica desses medicamentos. Informações referentes à posologia 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 dos possíveis erros e checagem automática de inconsistências. A análise dos dados 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 características da 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 do qui-quadrado de Pearson para variáveis categóricas e pelo teste do qui-

quadrado de tendência linear para as variáveis ordinais, adotando-se um nível de significância estatística de 5%.

Para investigar a associação entre o acesso regular e adesão a medicamentos do CEAF utilizou-se regressão de Poisson, com variância robusta, mediante diferentes modelos de ajuste. 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. Foram considerados fatores de confusão as variáveis associadas à exposição e ao desfecho com $p \leq 0,2$.

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade do Vale do Rio dos Sinos (UNISINOS, CEP 14/150). Os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Foi garantido o sigilo quanto à identidade e confidencialidade das informações, o direito de não participar, não responder a alguma pergunta ou 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 uma 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.

A tabela 1 mostra que a maioria dos usuários era do sexo feminino (60,9%), tinha em média 55 anos de idade (desvio padrão–DP=13), casado ou em união (65,0%), e em média 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 estavam com sobrepeso/obesidade.

Mais da metade (57,3%) dos entrevistados avaliou sua saúde como regular/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 que, no total, os 414 usuários utilizam 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/metabolismo, 9,4%, sendo esse representado pelos antidiarreicos, agentes anti-inflamatórios e anti-infecciosos intestinais (5,6%) e vitaminas (3,8%) (dados não demonstrados em tabela). Com relação à adesão ao tratamento com medicamentos do CEAF nos últimos setes dias, 28,3% dos usuários foram classificados como aderentes (nenhuma resposta positiva), 38,9% como provável aderente (uma resposta positiva), 23,2% como provável baixa adesão (duas respostas positivas) e 9,7% com baixa adesão (três ou mais respostas positivas) (dados não apresentados em tabela).

Entre as barreiras de adesão abordadas pelo BMQ, destaca-se, 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% recebiam 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 observou-se que prevalências de adesão significativamente maiores foram verificadas em usuários com maior escolaridade (31,8%), solteiros (31,6%), 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, sendo 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).

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) podem ser evidenciadas na Figura 1. 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 revelaram maiores barreiras de adesão no domínio recordação (88,2%).

A Tabela 4 mostra associação entre o acesso regular gratuito e adesão aos medicamentos do CEAF 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 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.

DISCUSSÃO

O estudo revelou 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 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 evidenciada no presente estudo é consistente com a literatura, que aponta prevalências de 28,1% a 88,2%¹⁵⁻¹⁸ dos usuários aderem ao tratamento. Essa comparabilidade deve ser feita com alguma 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, verificada também em pacientes hipertensos por meio do mesmo instrumento.^{10, 14, 19} No presente estudo, indivíduos hipertensos corresponderam a 54,0% da amostra, justificando, em parte, a semelhança nos achados. Outro aspecto relevante é a complexidade dos tratamentos, 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 neste domínio. Contudo, simplificar o regime terapêutico não está apenas em reduzir o número de medicamentos e/ou frequência de doses diárias, exige também um esforço do usuário para utilizar estratégias para o uso racional de seus medicamentos, bem como dos profissionais de saúde no sentido de tornar a terapia mais acessível ao seu uso e sua compreensão.^{14, 20}

Em relação aos demais domínios, crença e regime, as prevalências de barreiras verificadas estão de acordo com o estudo original de validação do BMQ,¹⁴ 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.^{10, 19} 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, estes indivíduos tendem a aderir mais neste domínio devido a 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.¹ 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 (número de medicamentos do CEAF e número de medicamentos de uso contínuo) se mantiveram associadas após ajuste. Os resultados encontrados estão em conformidade com outros estudos nacionais.¹⁹⁻

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/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.²² em 2008, que identificaram prevalência de 45,3% de acesso a todos os medicamentos por meio do Sistema Único de Saúde (SUS), quando receitados no próprio sistema. Sabe-se que o acesso aos medicamentos é um grande entrave para a adesão, sendo a disponibilidade gratuita, por meio dos serviços públicos, 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.²³ Neste estudo, o recordatório utilizado para a adesão foi a última semana, enquanto 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 comprometimento desse com o seu tratamento e autocuidado. Soma-se a isto, o fato de que para indivíduos que tiveram acesso regular, porém mantido mediante pagamento, a associação do acesso com a adesão não foi verificada.

Em virtude do delineamento transversal do estudo, a associação entre o acesso regular e a 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 a utilização de autorrelato para medir a adesão ao tratamento farmacológico, estando sujeito a erro de recordatório ou mesmo viés de memória. Ainda, a amostra deste estudo é composta pelos usuários do CEAF que retiram seus medicamentos, permitindo a generalização dos resultados para esta 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.²⁴

Apesar dessas limitações, este é o primeiro estudo que avaliou adesão a medicamentos do CEAF e fatores associados. Os resultados encontrados reforçam a baixa prevalência de adesão à terapia farmacológica e a sua relação com o acesso regular gratuito, contribuindo para ressaltar que, apesar da disponibilidade dos medicamentos não ser o fator determinante da adesão à terapia, os dados apontam para o seu impacto no comportamento aderente do usuário. Sabendo-se a quantidade mensal de cada medicamento para suprir o tratamento dos usuários de medicamentos desse Componente, surpreende que mais da metade enfrente a irregularidade no acesso, evidenciando uma importante limitação das políticas de medicamentos no país.

O acesso é um fator fundamental para a efetividade do tratamento. A construção do CEAF foi motivada pela necessidade da ampliação de cobertura para medicamentos padronizados; para incorporar medicamentos e; para ampliar o acesso aos medicamentos de alto custo.²⁵ Porém, no caso de indivíduos de menor poder aquisitivo, a falta desse acesso força o comprometimento da renda familiar,²⁶ ocasiona a subdosagem do medicamento por iniciativa própria do indivíduo, ou ainda, na interrupção total do seu uso.²⁷

Apesar de todos os avanços nas políticas de saúde no Brasil para melhorar o acesso dos indivíduos a esses medicamentos, a irregularidade no acesso ainda é um importante problema, necessitando urgentemente de uma melhor programação, a fim de evitar a falta do medicamento e as complicações clínicas e psicossociais da doença com consequente redução da qualidade de vida dos usuários. É fato que os investimentos públicos em saúde, especialmente os relacionados a medicamentos de alto custo, vem crescendo nos últimos anos,²⁸ porém, paralelamente tem-se a crescente demanda, dificultando assim a disponibilidade desses medicamentos a todos os usuários do CEAF. Salienta-se também, a necessidade de planejamento do comportamento aderente do indivíduo pela equipe de saúde, exigindo um constante aprimoramento de conhecimento e prática dos profissionais para desenvolver com êxito essa referência de cuidado.

REFERÊNCIAS

1. World Health Organization: Adherence to long-term therapies: Evidence for action. Genebra: WHO; 2003.

2. Ministério da Saúde. Portaria nº 204, de 29 de janeiro de 2007. Regulamenta o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e serviços de saúde, na forma de blocos de financiamento, com o respectivo monitoramento e controle. Brasília (DF); 2007. [citado 2014 mar 8]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt0204_29_01_2007_comp.html.
3. Ministério da Saúde. Portaria nº 2981, de 26 de novembro de 2009. Aprova o componente Especializado da Assistência Farmacêutica. Brasília (DF); 2009 [citado 2014 mar 22]. Disponível em: <http://www1.saude.rs.gov.br/dados/1332344988133Portaria%20GM%20MS%20n.%202981%20de%2026-11-2009.pdf>.
4. Paniz VM, 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. DOI: 10.1590/S0102-311X2008000200005
5. Paniz VM, Fassa AG, Facchini LA, Piccini RX, Tomasi E, Thume 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. DOI: 10.590/S0102-311X2010000600010.
6. Cintra FA, Guariento ME, Miyasaki LA. Adesão medicamentosa em idosos em seguimento ambulatorial. *Ciênc Saúde Colet*. 2010; 15 (Supl 3): 3507-15. DOI: 10.1590/S1413-81232010000900025
7. Garcia-Pérez AM, Leiva-Fernandez F, Martos-Crespo F, Garcia-Ruiz AJ, Prados-Torres D, Cuesta S, et al. ¿Cómo diagnosticar el cumplimiento terapéutico en atención primaria? *Rev Clin Med Fam*. 2000; 1 (1).
8. Giroto E, de Andrade SM, Cabrera MA, Matsuo T. Adesão ao tratamento farmacológico e não farmacológico e fatores associados na atenção primária da hipertensão arterial. *Ciênc Saúde Colet*. 2013; 18 (6): 1763-72. DOI: 10.1590/S1413-81232013000600027
9. Hawkshead J, Krousel-Wood MA. Techniques for measuring medication adherence in hypertensive patients in outpatient settings: advantages and limitations. *Dis Manag Health Out*. 2007; 15 (2). DOI: 10.2165/00115677-200715020-00006
10. 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. DOI: 10.1590/S0034-89102012005000013
11. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. IBGE: cidades@: São Leopoldo: RS. Rio de Janeiro: 2014. [citado 2014 out]. Disponível em: <http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=431870&search=rio-grande-do-sul|sao-leopoldo>.

12. World Health Organization: Global recommendations on physical activity for health. Geneva: WHO; 2010.
13. World Health Organization: Diet, nutrition, and the prevention of chronic diseases. Geneva: WHO; 1990.
14. 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. DOI: 10.1016/S0738-3991(98)00107-4
15. 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. DOI: 10.1016/j.reuma.2010.12.003
16. 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. DOI: 10.1186/1471-244X-12-20
17. Leiva-Fernandez J, Leiva-Fernandez 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. DOI: 10.1186/1471-2466-14-70
18. 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.
19. Tavares NU, Bertoldi AD, Thume E, Facchini LA, de Franca GV, Mengue SS. Fatores associados a baixa adesão ao tratamento medicamentoso em idosos. *Rev Saude Publica*. 2013; 47 (6): 1092-101. DOI: 10.1590/S0034-8910.2013047004834
20. Remondi FA, Cabrera MA, de Souza RK. Não adesão ao tratamento medicamentoso contínuo: prevalência e determinantes em adultos de 40 anos e mais. *Cad Saude Publica*. 2014; 30 (1): 126-36. DOI: 10.1590/0102-311X00092613
21. Santa-Helena ET, Nemes MI, 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. DOI: 10.1590/S0102-311X2010001200017
22. Boing AC, Bertoldi AD, Boing AF, Bastos JL, Peres KG. Acesso a medicamentos no setor público: análise de usuários do Sistema Único de Saúde no Brasil. *Cad Saude Publica*. 2013; 29 4: 691-701. DOI: 10.1590/S0102-311X2013000400007

23. Leite SN, Vasconcellos MPC. Adesão à terapêutica medicamentosa: elementos para a discussão de conceitos e pressupostos adotados na literatura. *Ciênc Saúde Colet.* 2003; 8 (3): 775-82. DOI: 10.1590/S1413-81232003000300011
24. Motter FR, Olinto MT, Paniz VM. Conhecimento sobre a farmacoterapia por portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica. *Cien Saude Colet.* 2013; 18 (8): 2263-74.
25. Brasil. Da excepcionalidade às linhas de cuidado: o Componente Especializado da Assistência Farmacêutica. Brasília: Ministério da Saúde; 2010.
26. Arrais PS, Brito LL, Barreto ML, Coelho HL. Prevalência e fatores determinantes do consumo de medicamentos no Município de Fortaleza, Ceará, Brasil. *Cad Saude Publica.* 2005; 21 (6): 1737-46. DOI: 10.1590/S0102-311X2005000600021
27. Vasconcelos FF, Victor JF, Moreira TMM, Araújo TL. Utilização medicamentosa por idosos de uma Unidade Básica de Saúde da Família de Fortaleza – CE. *Acta Paul Enferm.* 2005; 18 (2): 178 – 83. DOI: 10.1590/S0103-21002005000200010
28. Vieira FS. Ministry of Health's spending on drugs: program trends from 2002 to 2007. *Rev Saude Publica.* 2009; 43 (4): 674-81. DOI: 10.1590/S0034-89102009005000041

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

Variável*	n	%
SOCIODEMOGRÁFICAS		
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**		
< 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
COMPORTEMENTAIS		
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 vezes/semana	32	7,7
Atividade física***		
Ativo	93	22,5
Insuficientemente ativos	321	77,5
NUTRICIONAIS		
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

Continuação

ANTROPOMÉTRICA**Estado Nutricional**

Eutrófico	149	37,7
Sobrepeso	156	39,5
Obesidade	90	22,8

SAÚDE**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

CARACTERÍSTICAS DA UTILIZAÇÃO DE MEDICAMENTOS**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

* Máximo ignorado= 21 para renda familiar mensal.

** SM= salário mínimo nacional R\$ 788,00.

*** Considerados ativos indivíduos que realizam atividade física pelo menos 150 min/semana.
"Global Recommendations on physical Activity for health" - World Health Organization (WHO, 2010).

Tabela 2. Frequência de respostas positivas às questões de cada domínio das barreiras à adesão aos medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF), segundo o *Brief Medication Questionnaire*, e a prevalência de cada domínio. 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 classificados como aderentes* 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		Adesão Domínio Regime		Adesão Domínio Crenças		Adesão Domínio Recordação	
	%	IC 95%	%	IC 95%	%	IC 95%	%	IC 95%
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**		0,074**		0,104**		0,614**
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**		0,885**		0,296**		0,000**
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**		0,464**		0,624**		0,001**
< 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 vezes/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

Continuação								
Estado Nutricional		0,316**		0,937**		0,239**		0,239**
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**		0,899**		0,152**		0,018**
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**		0,270**		0,792**		0,037**
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

* Aderentes = adesão segundo o BMQ (nenhuma resposta positiva).

** χ^2 para tendência linear.

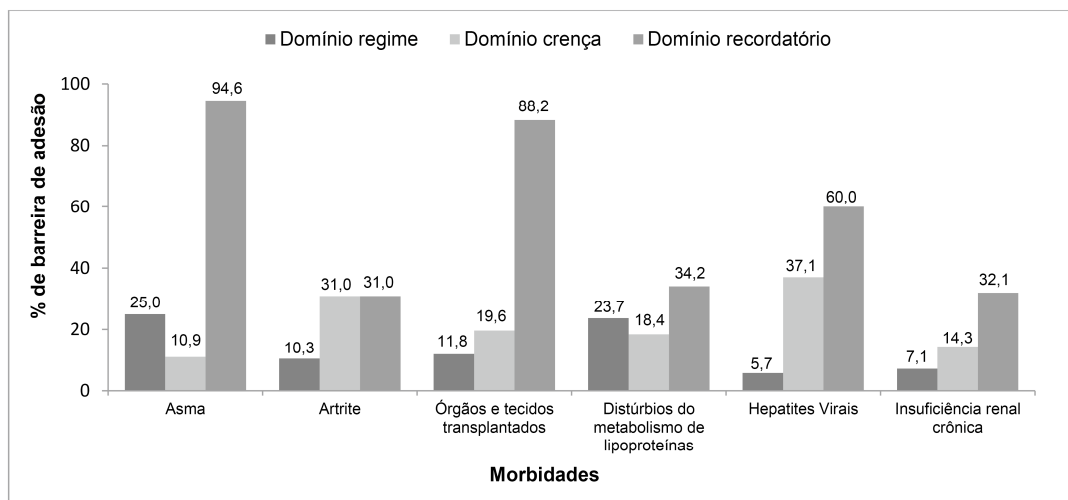


Figura 1. Prevalência de barreiras de adesão segundo os domínios do *Brief Medication Questionnaire* (BMQ) para as morbidades mais prevalentes entre os usuários de medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF).

Tabela 4. Associação entre adesão ao tratamento e acesso regular aos medicamentos do CEAF de acordo com os diversos modelos de ajuste.

Variáveis*	Modelo 1	Modelo 2	Modelo 3
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 $p \leq 0,2$.

APÊNDICES

**APÊNDICE A - QUESTIONÁRIO DE ADESÃO À TERAPIA FARMACOLÓGICA POR
ADULTOS USUÁRIOS DO CEAF**

Questionário de adesão à terapia farmacológica por adultos usuários do CEAF

 <p>UNIVERSIDADE DO VALE DO RIO DOS SINOS – UNISINOS PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA</p>	ADESÃO A MEDICAMENTOS DO COMPONENTE ESPECIALIZADO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA - CEAF	
Número do Questionário: _____		
Data de entrevista: ____/____/____	Coletdat: ____/____/____	
Entrevistador: _____	Colet: _____	
Medicamento retirado por Processo: (0) Administrativo (1) Judicial → ENCERRE O QUESTIONÁRIO		
Medicamento da Lista do CEAF? (0) Não → ENCERRE O QUESTIONÁRIO (1) Sim		
A. DADOS DE IDENTIFICAÇÃO		
Nome: _____	Telefone: _____	
Endereço: _____	Bairro: _____	
B. DADOS SOCIDEMOGRÁFICOS, COMPORTAMENTAIS E DE SAÚDE		
AS QUESTÕES 1 E 2 DEVEM APENAS SER OBSERVADAS		
1. Sexo: (0) Masculino (1) Feminino	SEX ____	
2. Cor da pele: (1) branca (2) preta (3) parda (4) amarela (5) indígena	COR ____	
< agora vou lhe fazer algumas perguntas sobre o(a) sr.(a).>		
3. Qual a sua idade? ____ (anos completos) → SE MENOS DE 20 ANOS ENCERRE O QUESTIONÁRIO	ID ____	
4. Há quanto tempo o(a) Sr.(a) retira seus medicamentos nesta Farmácia do Estado? ____ meses.	MESMED ____	
(0) menos de três meses → ENCERRE O QUESTIONÁRIO (1) Três meses ou mais	TEMPMED ____	
5. O (A) Sr.(a) sabe ler e escrever? (0) Não → PULE PARA A QUESTÃO 7	LER ____	
(1) Sim		
(2) Só assina o nome → PULE PARA QUESTÃO 7		
6. Até que série o(a) Sr.(a) completou na escola? _____ anos de estudo (88)NSA	ESCOLA ____	
(99)IGN		
7. Em relação a sua alimentação, quantas vezes por semana o (a) Sr.(a) costuma comer legumes e/ou verduras?	VER ____	
(0) Nunca (1) 1-2 vez/ semana (2) 3-4 vezes/semana (3) 5 ou mais vezes/semana (9) IGN		
8. Quantas vezes por semana o (a) Sr.(a) costuma comer frutas?	FRU ____	
(0) Nunca (1) 1-2 vez/ semana (2) 3-4 vezes/semana (3) 5 ou mais vezes/semana (9) IGN		
9. O(a) Sr(a) realiza, regularmente, algum tipo de atividade física no seu lazer, tais como exercícios físicos (ginástica, caminhada, corrida), esportes, ou artes marciais?	ATIVFIS ____	
(0) Não. Se não: Tem interesse? (0) Não (1) Sim → PULE PARA QUESTÃO 10 (8) NSA (9) IGN	INTFIS ____	
(1) Sim. Se sim: Quantas vezes na semana? ____ (8) NSA (9) IGN	VSFISIC ____	
Nos dias que o(a) Sr.(a) realiza atividade física, quanto tempo dura?	DURATIV ____	
(0) Menos de 30 minutos		
(1) Pelo menos 30 minutos		
(2) 1 hora		
(3) 2 horas ou mais		
(8) NSA (9) IGN		
Há quanto tempo o(a) Sr(a) realiza regularmente algum tipo de atividade física? ____	TEMFISI ____	
meses (88)NSA (99)IGN		
10. O(A) Sr(a). fuma ou já fumou?	FUMA ____	
(0) Nunca fumou		
(1) Já fumou. Há quanto tempo parou de fumar (há quantos anos)? ____ anos (00=se menos de 1 ano)	FUMAEX ____	
(88)NSA (99)IGN		
(2) Sim, fuma. Quantos cigarros por dia? ____ (88)NSA (99)IGN	CIGDIA ____	
Há quanto tempo? ____ anos (00 = se menos de 1 ano) (88)NSA (99)IGN	FUMTEM ____	
11. Com que frequência o(a) Sr.(a) costuma ingerir bebida alcoólica?	FREALC ____	
(0) Nunca → PULAR PARA A QUESTÃO 14 (1) Menos de uma vez por semana (2) 1 a 2 vezes por semana (3) 3 a 4 vezes por semana (4) 5 a 6 vezes por semana (5) Todos os dias (9) IGN		
12. Em um único dia o(a) Sr(a) chega a tomar mais do que 01 lata de cerveja ou mais do que 01 taça de vinho ou mais do que 01 dose de qualquer outra bebida alcoólica?	QUALDIA ____	
(0) Não → PULAR PARA A QUESTÃO 14 (1) Sim (8)NSA (9)IGN		
13. No último mês, o(a) Sr.(a) chegou a consumir 05 ou mais doses de bebida alcoólica em um único dia? (0) Não (1) Sim (8)NSA (9)IGN	QUALMES ____	

14. Qual é seu peso? _____ Kg (999) IGN	PESO ___ __
15. Qual é sua altura? _____ cm (999) IGN	ALTUR ___ __
16. Como o (a) Sr(a) considera a sua saúde? (1) Excelente (2) Muito Boa (3) Boa (4) Regular (5) Ruim (9) IGN	SAUD ___
17. Algum médico já disse que o(a) Sr(a). tem: a) Açúcar no sangue ou Diabetes (0) Não (1) Sim (9) IGN b) Colesterol alto ou gordura no sangue (0) Não (1) Sim (9) IGN c) Problemas de circulação ou vasculares (0) Não (1) Sim (9) IGN d) Fraqueza nos ossos ou Osteoporose (0) Não (1) Sim (9) IGN e) Bronquite/Asma (0) Não (1) Sim (9) IGN f) Reumatismo / Artrite / artrose (0) Não (1) Sim (9) IGN g) Depressão / ansiedade/ problema de nervos (0) Não (1) Sim (9) IGN h) Problema no coração (0) Não (1) Sim (9) IGN i) Pressão alta ou HAS (0) Não (1) Sim (9) IGN j) Tumor/ Câncer (0) Não (1) Sim (9) IGN l) Insuficiência renal crônica (0) Não (1) Sim (9) IGN m) Algum outro problema de saúde que algum médico disse que o(a) Sr(a) tem? _____	DIAB ___ COL ___ CIR ___ OSTE ___ ASM ___ ART ___ DEP ___ COR1 ___ HAS ___ CAN ___ RIM ___ OUT ___
18. O (A) Sr(a). tem trabalho remunerado? (01) Sim (00) Não. <i>SENÃO: O Sr.(a) é:</i> (02) Aposentado (03) Desempregado (04) Encostado (05) Dona de casa (06) Estudante (07) Outro. Qual? _____	OCUP ___
19. Qual a sua situação conjugal atual? (0) Casado(a) ou com companheiro(a) (1) Solteiro(a) ou sem companheiro(a) (2) Separado(a) (3) Viúvo(a) (9) IGN	CONJU ___
20. Quantas pessoas moram com o(a) Sr(a). na sua casa? ___	MORA ___
21. Pensando no último mês, qual foi a renda total por mês das pessoas que moram na sua casa, somando a sua renda e a de todos os outros, considerando todas as fontes, como salários, horas extras, aluguéis, bicos, pensões, aposentadorias, etc.? (Não incluir empregados domésticos) R\$ _____	RENDA _____. _____, ____
C. DADOS DE UTILIZAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE <AGORA VOU LHE FAZER ALGUMAS PERGUNTAS SOBRE CONSULTAS AO MÉDICO>	
22. O (A) Sr(a). possui plano de saúde? (0) Não (1) Sim (9) IGN	PLANO ___
23. O bairro em que o(a) Sr(a) mora possui Unidade Básica de Saúde (UBS)? (0) Não (1) Sim	MORAUBS ___
24. O(a) Sr(a) recebe a visita da equipe de saúde da família: médico, enfermeiro, técnico de enfermagem e agente comunitária de saúde? (0) Não (1) Sim. Se sim: Quanto tempo faz que o(a) Sr(a) recebeu a última visita? ___ meses (88)NSA (99)IGN	VISITA ___ ULTVIS ___
25. Desde <SEIS MESES A TRÁS> o(a) Sr(a). consultou o médico? (0) Não. Se não → Porque o(a) Sr(a). não procurou o serviço de saúde? (00) não houve necessidade (01) sentiu necessidade, mas não foi por _____ (88) NSA (99) IGN (1) Sim. Se sim → Quantas vezes consultou um médico? ____ (88) NSA (99) IGN → Há quanto tempo foi a sua última consulta médica? ____ (meses) →SE MENOS DE UM MÊS ANOTAR 00 (88) NSA (99) IGN → Para que problema de saúde o Sr.(a) consultou? _____(88) NSA (99) IGN → O médico lhe receitou algum remédio? (0) Não →PULE PARA A PERGUNTA 26 (1) Sim. Quantos? ____ (88) NSA (99) IGN	CONMED ___ PQNCON ___ NCON ___ ULTCON ___ MOTICON ___ MEDREC ___ NMEDREC ___

→ Dos remédios que o médico receitou nesta última consulta, quantos o(a) Sr(a). retira aqui na FARMÁCIA DO ESTADO? (0) Nenhum (1) Todos (2) Alguns (8) NSA (9) IGN	RETFAR__
26. O(A) Sr.(a) esteve hospitalizado(a) nos últimos 12 meses? (0) Não → PULAR PARA A QUESTÃO 29 (1) Sim (9) IGN	HOSP__
27. Qual foi o problema de saúde que gerou a sua última hospitalização? _____ (88)NSA (99)IGN	MOTHOSP__
28. Quantas vezes o(a) Sr(a) esteve internado por esse problema (nos últimos 12 meses)? ____ (88)NSA (99)IGN	NHOSP__
D. DADOS DAS CARACTERÍSTICAS DA FARMACOTERAPIA	
<Agora eu gostaria que o(a) Sr.(a) pensasse em todos os remédios que precisa utilizar de forma contínua por indicação médica, isto é, precisa usar todos os dias (ou quase todos) sem data para parar>	
29. Quantos remédios o(a) Sr(a) utiliza diariamente? ____ SE NÃO SOUBER INFORMAR PERGUNTE → 5 ou mais? (0) Não (1) Sim (8)NSA (9)IGN	NMED__ MEDMAIS__
30. O(a) Sr.(a) alguma vez esquece de tomar os seus remédios? (0) Não (1) Sim	ESQ__
31. O(a) Sr.(a), as vezes, é descuidado(a) quanto ao horário de tomar os seus remédios? (0) Não (1) Sim	DESC__
32. Algumas vezes, quando o (a) Sr.(a) se sente bem, deixa de tomar os seus remédios? (0) Não (1) Sim	BEM__
33. Algumas vezes, se O(a) Sr.(a) se sentiu mal, aumentou a quantidade de remédio a ser tomado? (0)Não (1) Sim	MAL__
34. Teste de Morisky: respostas negativas: (0) zero adesão (1) ≥ 1 não adesão	ADTMG__
→ APLICAR O QUADRO DOS MEDICAMENTOS	
<Pensando ainda nos remédios que o(a) Sr(a). retira aqui na Farmácia do Estado>	
36. Alguma das suas medicações causa problemas para você? (0) Não (1)Sim → SE O ENTREVISTADO RESPONDEU SIM, POR FAVOR LISTE OS NOMES DAS MEDICAÇÕES E QUANTO ELAS INCOMODAM Medicamento ____: _____ (0) Nunca (1)um Pouco (2) pouco (3) Muito (8) NSA (9) IGN De que forma você é incomodado por ela? _____ Medicamento ____: _____ (0) Nunca (1)um Pouco (2) pouco (3) Muito (8) NSA (9) IGN De que forma você é incomodado por ela? _____ Medicamento ____: _____ (0) Nunca (1)um Pouco (2) pouco (3) Muito (8) NSA (9) IGN De que forma você é incomodado por ela? _____ Medicamento ____: _____ (0) Nunca (1)um Pouco (2) pouco (3) Muito (8) NSA (9) IGN De que forma você é incomodado por ela? _____	MEDPR__ MED1__ INCMED1__ MED2__ INCMED2__ MED3__ INCMED3__ MED4__ INCMED4__
37. Agora, citarei uma lista de problemas que as pessoas, às vezes, têm com seus remédios. <Quanto difícil é para você > a) Abrir ou fechar a embalagem: (0)Não muito difícil (1)Um pouco difícil (2)Muito difícil Qual(is) medicamento(s)?	EMB__
b) Ler o que esta escrito na embalagem: (0)Não muito difícil (1)Um pouco difícil (2)Muito difícil Qual(is) medicamento(s)?	LEREMB__
c) Lembrar de tomar todo o remédio: (0) Não muito difícil (1) Um pouco difícil (2) Muito difícil Qual(is) medicamento(s)?	LEM__
d) Conseguir o medicamento: (0) Não muito difícil (1) Um pouco difícil (2) Muito difícil Qual(is) medicamento(s)?	CON__
e) Tomar tantos comprimidos ao mesmo tempo: (0) Não muito difícil (1) Um pouco difícil (2) Muito difícil Qual(is) medicamento(s)?	TOM__
f) Ler o que esta escrito na receita do médico: (0) Não muito difícil (1) Um pouco difícil (2) Muito difícil Qual(is) medicamento(s)?	LERPM__

<p>38. Tem mais algum remédio que o(a) Sr(a). recebe aqui na FARMÁCIA DO ESTADO e não retirou hoje? (0) Não (1) Sim. Qual(is)? _____ Por que não retirou? _____ _____ Por que não retirou? _____ _____ Por que não retirou? _____</p>	<p>OUTMED__ QMED1__ __ MOTNRET__ __</p>																																																			
<p>39. No último mês, como o (a) sr(a). obteve o(s) remédios(s) fornecidos na FARMÁCIA DO ESTADO? (0) Não ganhou e não comprou (1) ganhou todos (2) comprou todos (3) ganhou ou comprou parte (4) Ganhou menor quantidade (9)IGN</p>	<p>OBTMED__</p>																																																			
<p>40. Qual o grau de dificuldade que o(a) Sr(a) encontra para buscar os remédios aqui na FARMÁCIA DO ESTADO? (p.ex: quantos ônibus/ conduções necessita; quanto tempo demora a chegar; se encontra todos os medicamentos; se encontra a quantidade necessária para o mês) (0) Muito difícil (1) Difícil (2) Médio (3) Fácil (9) IGN</p>	<p>DIFMED__</p>																																																			
<p>41. No seu dia-a-dia, o(a) sr.(a) utiliza alguma estratégia para não esquecer de tomar os seus remédios? (00) Não faz nada (01) Sim, utiliza despertador, celular ou similar (02) Sim, utiliza registro diário (03) Sim, outra _____ Se sim: quem lhe orientou? (00) A própria pessoa (01) Familiar ou amigo (02) Cuidador (03) Médico (04) Farmacêutico (05) Outro profissional da saúde (06) Outro _____ (88) NSA</p>	<p>ESTREM__ __ ORITRAT__ __</p>																																																			
<p>42. Escore de problemas encontrados pelo BMQ</p> <table border="1" data-bbox="153 1104 1265 1682"> <thead> <tr> <th>DR- REGIME (questões 35 b -e)</th> <th>1=sim</th> <th>0=não</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>DR1 – O R falhou em listar (espontaneamente) os medicamentos prescritos no relato inicial?</td> <td>1</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>DR2 – O R interrompeu a terapia devido ao atraso na dispensação da medicação ou outro motivo?</td> <td>1</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>DR3 – O R relatou alguma falha de dias ou de doses?</td> <td>1</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>DR4 – O R reduziu ou omitiu doses de algum medicamento?</td> <td>1</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>DR5 – O R tomou alguma dose extra ou medicação a mais do que o prescrito?</td> <td>1</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>DR6 – O R respondeu que “não sabia” a alguma medicação?</td> <td>1</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>DR7 – O R se recusou a responder a alguma questão?</td> <td>1</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>NOTA: ESCORE ≥1 INDICA POTENCIAL NÃO ADESAO</td> <td colspan="2" style="text-align: right;">soma:</td> </tr> <tr> <td>DC - CRENÇAS</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>DC1 – O R relatou “não funciona bem ou não sei na 35f?</td> <td>1</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>DC2 – O R nomeou as medicações que o incomodam?</td> <td>1</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>NOTA: ESCORE ≥1 INDICA RASTREAMENTO POSITIVO PARA BARREIRAS DE CRENÇAS</td> <td colspan="2" style="text-align: right;">soma:</td> </tr> <tr> <td>DRE – RECORDAÇÃO</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>DRE1 – O R recebe um esquema de múltiplas doses de medicamentos? (2 ou mais vezes ao dia)?</td> <td>1</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>DRE2 – O R relata muita dificuldade ou alguma dificuldade em responder a 37c?</td> <td>1</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>NOTA: ESCORE ≥1 INDICA ESCORE POSITIVO PARA BARREIRAS DE RECORDAÇÃO</td> <td colspan="2" style="text-align: right;">soma:</td> </tr> </tbody> </table>	DR- REGIME (questões 35 b -e)	1=sim	0=não	DR1 – O R falhou em listar (espontaneamente) os medicamentos prescritos no relato inicial?	1	0	DR2 – O R interrompeu a terapia devido ao atraso na dispensação da medicação ou outro motivo?	1	0	DR3 – O R relatou alguma falha de dias ou de doses?	1	0	DR4 – O R reduziu ou omitiu doses de algum medicamento?	1	0	DR5 – O R tomou alguma dose extra ou medicação a mais do que o prescrito?	1	0	DR6 – O R respondeu que “não sabia” a alguma medicação?	1	0	DR7 – O R se recusou a responder a alguma questão?	1	0	NOTA: ESCORE ≥1 INDICA POTENCIAL NÃO ADESAO	soma:		DC - CRENÇAS			DC1 – O R relatou “não funciona bem ou não sei na 35f?	1	0	DC2 – O R nomeou as medicações que o incomodam?	1	0	NOTA: ESCORE ≥1 INDICA RASTREAMENTO POSITIVO PARA BARREIRAS DE CRENÇAS	soma:		DRE – RECORDAÇÃO			DRE1 – O R recebe um esquema de múltiplas doses de medicamentos? (2 ou mais vezes ao dia)?	1	0	DRE2 – O R relata muita dificuldade ou alguma dificuldade em responder a 37c?	1	0	NOTA: ESCORE ≥1 INDICA ESCORE POSITIVO PARA BARREIRAS DE RECORDAÇÃO	soma:		<p>DR__ DC__ DRE__ ADEBMQ__</p>
DR- REGIME (questões 35 b -e)	1=sim	0=não																																																		
DR1 – O R falhou em listar (espontaneamente) os medicamentos prescritos no relato inicial?	1	0																																																		
DR2 – O R interrompeu a terapia devido ao atraso na dispensação da medicação ou outro motivo?	1	0																																																		
DR3 – O R relatou alguma falha de dias ou de doses?	1	0																																																		
DR4 – O R reduziu ou omitiu doses de algum medicamento?	1	0																																																		
DR5 – O R tomou alguma dose extra ou medicação a mais do que o prescrito?	1	0																																																		
DR6 – O R respondeu que “não sabia” a alguma medicação?	1	0																																																		
DR7 – O R se recusou a responder a alguma questão?	1	0																																																		
NOTA: ESCORE ≥1 INDICA POTENCIAL NÃO ADESAO	soma:																																																			
DC - CRENÇAS																																																				
DC1 – O R relatou “não funciona bem ou não sei na 35f?	1	0																																																		
DC2 – O R nomeou as medicações que o incomodam?	1	0																																																		
NOTA: ESCORE ≥1 INDICA RASTREAMENTO POSITIVO PARA BARREIRAS DE CRENÇAS	soma:																																																			
DRE – RECORDAÇÃO																																																				
DRE1 – O R recebe um esquema de múltiplas doses de medicamentos? (2 ou mais vezes ao dia)?	1	0																																																		
DRE2 – O R relata muita dificuldade ou alguma dificuldade em responder a 37c?	1	0																																																		
NOTA: ESCORE ≥1 INDICA ESCORE POSITIVO PARA BARREIRAS DE RECORDAÇÃO	soma:																																																			

OBRIGADA PELA ATENÇÃO!!!!

QUADRO DE MEDICAMENTOS

<AGORA VAMOS FALAR SOMENTE SOBRE OS REMÉDIOS RECEITADOS POR MÉDICO QUE O (A) SR(A). RETIRA NESTA FARMÁCIA DO ESTADO>

<Peça para ver as caixas de medicamentos que ele retirou da farmácia e pegue o comprovante do recebimento dos medicamentos do usuário. Anote os nomes dos medicamentos contidos no documento na primeira coluna do quadro. Em seguida faça a pergunta 35, confira com as informações previamente anotadas na primeira coluna e anote informações adicionais. Faça as outras perguntas do quadro indicando a caixa de medicamento correspondente>

35. Das medicações que você retira aqui na farmácia do Estado, quais você usou na última semana?

35. Medicamento	a. Qual é a dose (mg)? (888= NSA) (999=IGN)	b. Nos últimos sete dias, quantos dias você usou o(a) <REMÉDIO>? (99=IGN)	c. Quantas vezes por dia você usou o(a) <REMÉDIO>? (99=IGN)	d. Quanto do <REMÉDIO> você usou em cada vez? (99=IGN)	e. Quantas vezes você esqueceu de usar alguma dose do <REMÉDIO> esta semana? (99=IGN)	f. Como essa medicação funciona para você? 1 = Funciona bem 2 = Funciona Regular 3 = Não funciona bem	g. Para qual(is) problema(s) de saúde o(a) Sr.(a) usa o <REMÉDIO>? (999=IGN)	h. Há quanto tempo o(a) Sr.(a) tem esse problema de saúde? (999=IGN)	i. Há quanto tempo o(a) Sr.(a) retira <REMÉDIO> aqui na farmácia do estado? (999=IGN)	j. Nos últimos três meses alguma vez o(a) Sr(a) deixou de levar <REMÉDIO> porque não tinha?	k.E o que o(a) Sr.(a) fez?
m01_____	a01 _____ pa01 __	b01 ____ pb01__	c01 ____ pc01 __	d01 ____ pd01 __	e01 ____	f01 __	g01 _____	h01_____ (em meses)	i01 ____ (em meses)	(0) Nunca (1) 1 x → (2) 2 x ou + → Faltmed1 __	(0) Não usou (1) Usou menos (2) Comprou (3) Doação/ tinha em casa (8) NSA (9) IGN Fezmed1 __
m02_____	a02 _____ pa02 __	b02 ____ pb02__	c02 ____ pc02 __	d02 ____ pd02 __	e02 ____	f02 __	g02 _____	h02_____ (em meses)	i02 ____ (em meses)	(0) Nunca (1) 1 x → (2) 2 x ou + → Faltmed2 __	(0) Não usou (1) Usou menos (2) Comprou (3) Doação/ tinha em casa (8) NSA (9) IGN Fezmed2 __
m03_____	a03 _____ pa03 __	b03 ____ pb03__	c03 ____ pc03 __	d03 ____ pd03 __	e03 ____	f03 __	g03 _____	h03_____ (em meses)	i03 ____ (em meses)	(0) Nunca (1) 1 x → (2) 2 x ou + → Faltmed3 __	(0) Não usou (1) Usou menos (2) Comprou (3) Doação/ tinha em casa (8) NSA (9) IGN Fezmed3 __
m04_____	a04 _____ pa04 __	b04 ____ pb04__	c04 ____ pc04 __	d04 ____ pd04 __	e04 ____	f04 __	g04 _____	h04_____ (em meses)	i04 ____ (em meses)	(0) Nunca (1) 1 x → (2) 2 x ou + → Faltmed4 __	(0) Não usou (1) Usou menos (2) Comprou (3) Doação/ tinha em casa (8) NSA (9) IGN Fezmed4 __

NÚMERO TOTAL DE REMÉDIOS RELATADOS __ __

TOTRE __ __

Se o entrevistado relatar mais medicamentos utilize o quadro complementar, se não volte para a questão 36

APÊNDICE B – MANUAL DE INSTRUÇÕES

ADESÃO À TERAPIA FARMACOLÓGICA E FATORES ASSOCIADOS POR ADULTOS USUÁRIOS DO COMPONENTE ESPECIALIZADO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA, SÃO LEOPOLDO-RS

Logística do Estudo

A Farmácia Municipal Central atende pelo horário da manhã (8hs às 12hs) usuários do CEAF, CMDE e que recebem medicamentos por meio de ações judiciais, totalizando, em média, 60 usuários de medicamentos. Desses, estima-se que aproximadamente metade dos usuários utilize medicamentos pertencentes ao CEAF, e que 60% dos atendimentos sejam destinados ao próprio usuário do medicamento, enquanto os 40% restantes, para terceiros. Pretende-se realizar uma média de 15 entrevistas/dia, com aproximadamente 30 minutos de entrevista para cada usuário. Assim, espera-se encontrar o tamanho de amostra necessário em cerca de três meses de coleta de dados, considerando que os usuários recebem os medicamentos do CEAF mensalmente e que cada um será entrevistado uma única vez.

No momento da dispensação dos medicamentos deste Componente, a farmacêutica/auxiliar verificará se trata-se do próprio usuário retirando o medicamento. Os usuários identificados serão encaminhados para uma sala individualizada, com o objetivo de respeitar a privacidade e proporcionar um ambiente calmo que favoreça a realização da entrevista. Os usuários serão recrutados de forma consecutiva, ou seja, após o término de uma entrevista, o próximo usuário que preencher os critérios de inclusão será convidado a participar da pesquisa, até satisfazer o número de usuários necessários. As entrevistadoras esclarecerão a natureza do estudo e será solicitada a assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido.

A entrevista será então realizada, e as respostas serão registradas pelas entrevistadoras. Quando observada a necessidade, a pergunta será lida novamente.

O instrumento BMQ é analisado mediante comparação das respostas dos pacientes com a prescrição médica. No caso dos medicamentos do CEAF, uma via com a relação dos medicamentos dispensados, dose, quantidade, frequência e duração é emitida no momento da retirada do medicamento pelo usuário, sendo esta a forma de comparabilidade adotada neste estudo. Posteriormente, todos os instrumentos de pesquisa serão codificados e revisados pela supervisora que os encaminhará para a digitação.

MANUAL DE INSTRUÇÕES PARA O PREENCHIMENTO DO QUESTIONÁRIO SOBRE ADESÃO À TERAPIA FARMACOLÓGICA POR ADULTOS USUÁRIOS DO COMPONENTE ESPECIALIZADO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

Neste manual serão apresentadas as recomendações e orientações para a realização das entrevistas referente à pesquisa sobre ADESÃO À TERAPIA FARMACOLÓGICA POR ADULTOS USUÁRIOS DO COMPONENTE ESPECIALIZADO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA.

RECOMENDAÇÕES

- Procure apresentar-se de uma forma simples, limpa e sem exageros. Não masque chicletes, nem coma ou beba algum alimento durante a entrevista. **Nem pense em fumar quando estiver entrevistando qualquer usuário, mesmo que esse fume e lhe ofereça.**
- Use sempre seu crachá de identificação.
- Trate os entrevistados adultos por Sr. e Sra., sempre com respeito. No entanto, quando forem pessoas mais jovens podem ser tratadas informalmente como por você.
- Durante a entrevista, de vez em quando, faça referência ao nome do entrevistado. É uma forma de ganhar a atenção e manter o interesse do entrevistado.
- Repetir que o estudo é absolutamente **confidencial**, isto é, as **informações** prestadas pela pessoa não serão reveladas a ninguém. Além disso, as informações serão armazenadas em um banco de dados **sem o nome** das pessoas. Nesta etapa anota-se o nome para que seja possível um controle do trabalho do campo.
NÃO TENHA MEDO DE ESCREVER NO QUESTIONÁRIO!
- **“Nunca demonstre censura, aprovação ou surpresa diante das respostas.** Lembre-se que o propósito da entrevista é obter informações e não transmitir ensinamentos ou influenciar conduta nas pessoas. A postura do entrevistador deve ser sempre **neutra** em relação às respostas.
- Procure fazer com que o diálogo seja dinâmico, demonstre interesse pelo que lhe está sendo reportado.
- É essencial que você conheça profundamente o conteúdo do questionário que vai aplicar bem como o manual do entrevistador, estando totalmente familiarizado com os termos usados na entrevista, para que não haja nenhuma dúvida ou hesitação de sua parte na hora de formular perguntas e anotar respostas.

- Leia as perguntas para o entrevistado. Inicialmente, não tente melhorar a forma de perguntar e repita a questão, se necessário. Só depois disto você deve explicar o que quer saber com aquela pergunta.
- **Mantenha a mão, o seu Manual de Instruções** e consulte se necessário, durante a entrevista.
- **Nunca influencie ou sugira respostas.** Dê tempo ao entrevistado para que reflita e encontre a resposta com suas próprias palavras. Se você não conseguir obter nenhuma resposta, leia todas as alternativas antes de deixar que o entrevistado responda. Assim ele não vai escolher logo a primeira possibilidade que for oferecida.
- Cuide bem de seus formulários. Use sempre a prancheta na hora de preencher as respostas.
- Posicione-se de preferência frente a frente com a pessoa entrevistada, evitando que ela procure ler as questões durante a entrevista.
- As letras e números devem ser escritos de maneira **absolutamente legível**, sem deixar margem para dúvidas. Lembre-se! Tudo isto vai ser relido e digitado. De preferência, use letra de forma.
- Em especial, o 1 não tem aba, nem pé. Faça um cinco bem diferente do nove! O oito são duas bolinhas.
- **Nunca** deixe **nenhuma** resposta em branco, a não ser as dos **pulos** indicados no questionário. Para facilitar a codificação faça um risco nas questões que foram puladas.
- O pulo esta indicado nas questões, significa que você ira pular para a questão indicada assinalando (8)NSA para as questões não respondidas.
- Não use abreviações ou siglas, a não ser que tenham sido fornecidas pelo manual.
- Nunca passe para a próxima pergunta se tiver alguma dúvida sobre a questão que acabou de ser respondida. Se necessário, peça para que se repita a resposta. Não registre a resposta se não estiver **absolutamente** seguro de ter entendido o que foi dito pelo(a) entrevistado(a).
- Preste muita atenção para **não pular** nenhuma pergunta, nenhum espaço. Ao final de cada página do questionário, procure verificar se todas as perguntas da página foram respondidas.
- **Nunca** confie em sua memória e não deixe para registrar nenhuma informação depois da entrevista. Não encerre a entrevista com dúvidas ou espaços ainda por preencher.

- Quando você tiver dúvida sobre a resposta ou a informação parecer pouco confiável, tentar esclarecer com o entrevistado (a), e se necessário, anote a resposta por extenso e apresente o problema ao supervisor.
- **Use o pé da página, ou o verso, para escrever tudo o que você acha que seja importante para resolver qualquer dúvida.** Na hora de discutir com a pesquisadora estas anotações são muito importantes.
- As instruções nos questionários servem apenas para orientar a entrevistadora, não devendo ser lidas para o entrevistado.
- Caso a resposta seja “OUTRO”, especificar o que foi respondido no espaço reservado, segundo as palavras do informante.
- Os questionários devem ser preenchidos a **lápiz** e com muita atenção, usando **borracha** para as devidas correções.
- As perguntas devem ser feitas exatamente como estão escritas, sendo que o que não estiver escrito em **NEGRITO, NÃO** deve ser lido. Caso o respondente não entenda a pergunta, repita uma segunda vez exatamente como está escrita. Após, se necessário, explique a pergunta de uma segunda maneira (conforme instrução específica), com o cuidado de não induzir a resposta. Em último caso, enunciar todas as opções, tendo o cuidado de não induzir a resposta.
- Todas as respostas devem ser registradas no corpo do questionário. Nunca registrar direto na coluna da direita. Não anote nada neste espaço, ele é de uso exclusivo para codificação.
- Indivíduos sem condições físicas ou mentais para responder o questionário, como por exemplo, surdas, surdas-mudas, etc, são consideradas como exclusões (não fazem parte do estudo). Descreva os dados como idade, nome, estado civil, etc, e coloque observação da impossibilidade da entrevista. Essas pessoas não podem ser confundidas com perdas e recusas.
- Codifique apenas as questões **fechadas**. Quando tiver dúvida da codificação pergunte ao supervisor. As questões abertas – aquelas que devem ser respondidas por extenso – serão codificadas posteriormente pela supervisão da pesquisa.
- Para as perguntas que necessitam de cálculo, nunca faça na hora da entrevista, apenas anote a resposta e calcule na hora da codificação.

ATENÇÃO: Não deixe respostas em branco. Aplique os códigos especiais:

- NSA = não se aplica, usado quando ocorreu o pulo
- IGN = marcar quando o entrevistado referir não sabe ou não lembra.

INSTRUÇÕES PARA O PREENCHIMENTO DO QUESTIONÁRIO

Antes de iniciar a entrevista peça para ver o comprovante do recebimento dos medicamentos do usuário e preencha as informações abaixo.

A. DADOS DE IDENTIFICAÇÃO

Data da entrevista: Colocar a data em que a entrevista está sendo realizada, especificando dia/mês/ano. Nos casos de dias e meses com apenas um dígito, colocar “0” na frente.

Nome do Entrevistador: Neste espaço coloque por extenso o nome completo da pessoa que realizou a entrevista no papel do entrevistador. Cada entrevistador terá um número pessoal, anotar na coluna de codificação este número.

Medicamento retirado por Processo: Essa informação consta no comprovante do recebimento dos medicamentos do usuário que foi previamente solicitado. Marque se o medicamento é fornecido por meio de processo administrativo ou judicial. Caso o entrevistado esteja retirando o medicamento apenas pela via judicial, ele será excluído do estudo, AGRADEÇA A PARTICIPAÇÃO E DIGA AO ENTREVISTADO QUE O ESTUDO É APENAS PARA INDIVÍDUOS QUE RETIRAM OS MEDICAMENTOS DO COMPONENTE ESPECIALIZADO PELA VIA ADMINISTRATIVA.

Medicamento da lista do CEAF: Verifique se o medicamento retirado consta na lista do CEAF, caso não constar, AGRADEÇA A PARTICIPAÇÃO E DIGA AO ENTREVISTADO QUE O ESTUDO É APENAS PARA INDIVÍDUOS QUE RETIRAM MEDICAMENTOS QUE CONSTAM NA LISTA DO COMPONENTE ESPECIALIZADO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA.

Nome: Anote o nome completo do entrevistado conforme descrito no comprovante do recebimento dos medicamentos do usuário, assegurando-lhe o anonimato da informação. Caso seja necessário explique ao entrevistado que o nome será pedido para controle interno da pesquisa e que em momento algum será divulgado.

Telefone para contato: Colocar o código de área entre parêntese seguido do número do telefone indicado pelo entrevistado.

Endereço: Pergunte e anote rua, número, e em seguida o bairro do entrevistado.

Após, observar e marcar as questões 1 e 2 e iniciar a entrevista pela questão 3.

B. DADOS SOCIDEMOGRÁFICOS, COMPORTAMENTAIS E DE SAÚDE

1. Sexo

Deverá ser observado e anotado a opção correspondente. Marque a opção (0) se o indivíduo for do sexo masculino, a opção (1), caso seja do sexo feminino.

2. Cor da pele

Deverá ser observada e assinalada a alternativa correspondente à cor da pele do entrevistado.

LER A SEGUINTE FRASE:

<AGORA VOU LHE FAZER ALGUMAS PERGUNTAS SOBRE O (A) SR(A).>

3. Qual a sua idade?

Anotar a idade em anos completos, conforme resposta do entrevistado. Ex: 29 anos e 7 meses. Anotar 30 anos./ 29 anos e 5 meses. Anotar 29 anos. Caso o entrevistado tenha menos de 20 anos, AGRADEÇA A PARTICIPAÇÃO E DIGA AO ENTREVISTADO QUE O ESTUDO É APENAS PARA INDIVÍDUOS COM 20 ANOS OU MAIS.

4. Há quanto tempo o(a) Sr.(a) retira seus medicamentos nesta Farmácia do Estado?

Anote em meses o tempo que o usuário retira o medicamento. Verificar se o mesmo retira os medicamentos a mais de três meses e marcar a opção abaixo correspondente. Caso o entrevistado esteja retirando o medicamento a menos de três meses, ele será excluído do estudo, AGRADEÇA A PARTICIPAÇÃO E DIGA AO ENTREVISTADO QUE O ESTUDO É APENAS PARA INDIVÍDUOS QUE JÁ RETIRAM OS MEDICAMENTOS DO COMPONENTE ESPECIALIZADO A PELO MENOS 3 MESES.

5. O(A) Sr(a) sabe ler e escrever?

Marque a alternativa correspondente. Se o respondente não sabe ler e escrever, marque a alternativa (0)“NÃO”, se o respondente só sabe assinar o nome, marque a alternativa (2) “SÓ ASSINA O NOME”. Se o respondente souber ler e escrever marque a alternativa (1) “Sim” e responda a questão 6. SE “NÃO” OU “SÓ ASSINA O NOME” PULE PARA A QUESTÃO Nº 7 e CODIFIQUE A QUESTÃO Nº 6 COM “88”(NSA).

6. Até que série o(a) Sr(a) completou na escola?

Anotar a resposta do entrevistado no espaço para anotações e escrever a resposta por extenso deixando para calcular e codificar depois. Preencha a série e o grau de acordo com a resposta da pessoa entrevistada.

Exemplo: Se a pessoa responder “estudei até a 8ª série do 1º grau”, o entrevistador DEVE enfatizar se concluiu a 8ª série com aprovação. Neste caso, se concluiu com aprovação, preencha: 8º série de 1º grau e codifique **08**.

Para as pessoas mais velhas, observe que a 1ª série do ginásio corresponde a 6ª série do 1º grau; a 2ª série do ginásio corresponde a 7ª série do 1º grau; 3ª série do ginásio corresponde a 8ª série do 1º grau e a 4ª série do ginásio corresponde a 8ª série do 1º grau.

A codificação será preenchida em anos de estudo, conforme a tabela abaixo.

Ensino Fundamental = 1º grau completo	8 anos
Ensino Médio = 2º grau completo	11 anos
Curso técnico completo	0 anos = Não contabilizar
Tecnólogo completo	+ 3 anos
Superior incompleto	0 anos = Não contabilizar
Superior ou Graduação completa	+ 5 anos
Especialização	0 anos = Não contabilizar
Mestrado completo	+ 2 anos
Doutorado completo	+ 4 anos

* Somente devem ser contados os anos com aprovação

7. Em relação a sua alimentação, quantas vezes por semana o(a) Sr(a) costuma comer legumes e/ou verduras?

O(a) entrevistado(a) deve responder quantas vezes normalmente costuma comer legumes e/ou verduras numa semana comum, incluindo sábado e domingo. Assinalar a alternativa que inclui a resposta do(a) entrevistado (a).

Se referir que não lembra ou não sabe, codifique com 9(IGN).

8. Quantas vezes por semana o(a) Sr(a) costuma comer frutas?

O(a) entrevistado(a) deve responder quantas vezes normalmente costuma comer frutas numa semana comum, incluindo sábado e domingo. Assinalar a alternativa que inclui a resposta do(a) entrevistado (a).

Se referir que não lembra ou não sabe, codifique com 9(IGN).

9. O(a) Sr(a) realiza, regularmente, algum tipo de atividade física no seu lazer, tais como exercícios físicos (ginástica, caminhada, corrida), esportes, ou artes marciais?

Assinalar a alternativa que inclui a resposta do(a) entrevistado(a). Se Não (0), perguntar se tem interesse.

Se o entrevistado responder que sim (1), perguntar quantas vezes na semana ele pratica atividade física na semana, nos dias em que realiza atividade física, quanto tempo dura e há quanto tempo realiza regularmente algum tipo de atividade física. Se realiza a menos de um ano, marcar 00.

10. O(A) senhor(a) fuma ou já fumou?

Será considerado fumante o entrevistado que disser que fuma 1 ou mais de 1 cigarro por dia há mais de um mês. **CASO SEJA FUMANTE FAÇA A PERGUNTA “QUANTOS CIGARROS POR DIA?”** e em seguida **“HÁ QUANTO TEMPO?”**. Se o entrevistado responder que já fumou mas parou, preencher há quanto tempo, colocando zero na frente dos números quando necessário. Se fuma menos de um cigarro por dia e/ou há menos de um mês, considere como nunca fumou (0). Caso tenha parado de fumar há menos de 1 mês, considere como fumante (2). Caso fume menos de 1 cigarro por dia e/ou há menos de 1 mês considere como não fumante (0).

Preencher com “88” para os itens “parou__ anos e __ meses” em caso de o entrevistado responder que nunca fumou e preencher como “88” o “__ nº de cigarros/ dia” e o “há quanto tempo fuma” no caso do entrevistado responder que nunca fumou ou é ex-fumantes.

11. Com que frequência o(a) Sr.(a) costuma ingerir bebida alcoólica?

Preencha conforme a resposta da pessoa entrevistada, **CASO O ENTREVISTADO RESPONDA QUE NUNCA, PULE PARA QUESTÃO Nº14** e codifique com “8” (NSA) a lacuna das questões nº12 e nº13. Caso responda qualquer outra opção, ir para a próxima questão.

12. Em um único dia o(a) Sr(a) chega a tomar mais do que 01 lata de cerveja ou mais do que 01 taça de vinho ou mais do que 01 dose de qualquer outra bebida alcoólica?

Marque a alternativa correspondente. Se o(a) entrevistado(a) responder (0) NÃO, pule para a questão 14. Se o entrevistado responder que (1) sim, faça a próxima pergunta.

13. No ultimo mês, o(a) Sr(a) chegou a consumir 05 ou mais doses de bebida alcoólica em um único dia?

Marque a alternativa correspondente, e faça a próxima questão.

14. Qual é seu peso?

Será anotado o peso referido pelo(a) entrevistado(a) em kg, isto é, o peso que ele informar que possui. No caso do(a) entrevistado(a) não saber seu peso, marque a opção (9) IGN.

15. Qual é sua altura?

Será anotado a altura informada pelo(a) entrevistado(a) e, depois, esta será codificada em centímetros (cm). No caso do(a) entrevistado(a) não saber informar sua altura, marque a opção (9) IGN.

16. Como o (a) Sr(a) considera a sua saúde?

As opções de resposta devem ser lidas para o(a) entrevistado(a). Caso o(a) entrevistado(a) pergunte “**comparado com quem?**” peça para ele se comparar com alguém da mesma idade. Se o(a) entrevistado(a) responder DEPENDE diga para ele se referir a como se sente na maior parte do tempo.

17. Algum médico já lhe disse que o (a) Sr(a). tem: açúcar no sangue ou Diabetes, gordura no sangue ou Colesterol, Problemas vasculares, Reumatismo, Osteoporose, Bronquite/ Asma, Depressão, problema no coração, pressão alta, câncer, insuficiência renal crônica.

A pessoa deve responder se teve (sim ou não) diagnóstico médico dos problemas de saúde apontados, ou ainda pode responder que não sabe, no caso de nunca ter feito exames ou consultar os médicos para obter possíveis diagnósticos. Caso o(a) entrevistado(a) ache que tenha ou diga que o farmacêutico, a vizinha, o enfermeiro ou qualquer pessoa que não seja médico(a) tenha dito isso, marque (0) NÃO.

Se referir que não lembra ou não sabe, codifique com 9 (IGN). Ao final, pergunte: **Algum outro problema de saúde que algum médico disse que o(a) Sr(a) tem?** Se o(a) entrevistado (a) responder que sim, anote o que for referido por ele(a), caso ele(a) diga que não, codificar com 00.

18. O (A) Sr(a). tem trabalho remunerado?

Marque a alternativa correspondente. Considerar como trabalho qualquer atividade remunerada, com qualquer carga horária. Não importa o vínculo, carteira, etc. Também não importa se o trabalho é regular ou eventual. Não é necessário anotar a profissão, apenas se

esta trabalhando (01) ou não (00). Caso a resposta seja não (00), pergunte se ele é aposentado (02), desempregado (03), encostado (04), dona de casa (05) ou estudante (06), marcando a opção correspondente. Anote por extenso na opção **OUTRO** alguma situação não prevista, como por exemplo, no caso de uma jovem que não estuda, não trabalha, mora com os pais e não está procurando emprego. Uma pessoa que não trabalha, cuida da casa e dos filhos e não está procurando emprego, assinalar **dona de casa**.

19. Qual a sua situação conjugal?

Leia as opções e marque a alternativa correspondente. Se o(a) entrevistado(a) não entender a expressão “situação conjugal”, pergunte sobre o estado civil, ou se tem companheiro.

ATENÇÃO: Lembrar que deve-se considerar a **REAL SITUAÇÃO CONJUGAL** da entrevistada, e não o estado civil formal. Ex: A entrevistada declara-se separada, mas formalmente ainda (perante a lei) é considerada casada, considera-la **SEPARADA!**

OBS.: Para **situações duvidosas**, por exemplo, o companheiro mora 3 dias com ela e o restante na casa da mãe, a **entrevistada que define seu estado civil**.

20. Quantas pessoas moram com o(a) Sr(a). na sua casa?

Anotar o número de pessoas que mora na casa do(a) entrevistado(a), contando com o(a) entrevistado(a).

21. Pensando no último mês, qual foi a renda total por mês das pessoas que moram na sua casa, somando a sua renda e a de todos os outros, considerando todas as fontes, como salários, horas extras, aluguéis, bicos, pensões, aposentadorias, etc.? (Não incluir empregados domésticos) R\$ _____.____.____.

Não esqueça que a renda se refere ao **mês civil anterior**. Se uma pessoa começou a trabalhar no mês corrente, não incluir o seu salário. Se uma pessoa está desempregada no momento, mas recebeu salário no mês anterior, esse deve ser incluído. Quando uma pessoa está desempregada a mais de um mês e estiver fazendo algum tipo de trabalho eventual (biscates), considere apenas a renda desse trabalho, anotando quanto ganha por biscate e quantos dias trabalhou neste último mês para obter a renda total.

Para os autônomos, como proprietários de armazéns e motoristas de táxi, considerar o que a pessoa recebeu ou retirou da empresa. Não confundir com o faturamento da

empresa! Já para os empregados deve-se considerar a renda bruta, não excluindo do valor do salário os valores descontados para pagamentos de seguros sociais.

Não incluir rendimentos ocasionais ou excepcionais como o 13º salário ou recebimento de indenização por demissão, fundo de garantia, etc. Salário desemprego deve ser incluído. Se a pessoa trabalhou no último mês como safrista, mas durante o restante do ano trabalha em outro emprego, anotar as duas rendas especificando o número de meses que exerce cada trabalho.

Se não houver valor para ser anotado, passe um traço no espaço (R\$ _____, 00) e posteriormente codifique com 0 0 0 0 0.

C. DADOS SOBRE UTILIZAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE

LEIA A FRASE ABAIXO PARA O(A) ENTREVISTADO(A)

<Agora vou lhe fazer algumas perguntas sobre consultas ao médico>

22. O (A) Sr(a). possui plano de saúde?

Considerar qualquer plano, benefício, serviço que dê acesso a consultas, exames, hospitalização, **que não seja do SUS**. Pode ser pago, pode ser gratuito, pode ser de instituição pública (como o Instituto de Previdência do Estado) ou privada (como Unimed, Golden Cross). Não considere como plano de saúde um serviço que ofereça somente remoção de emergência (p. ex., Ecco Salva).

23. O Bairro em que o(a) Sr(a) mora possui Unidade Básica de Saúde (UBS)?

Faça a pergunta e marque a opção correspondente com a resposta fornecida. Caso o(a) entrevistado(a) não entenda “Unidade Básica de Saúde”, utilize o termo “Posto de Saúde”.

24. O(a) Sr(a) mora em uma região que recebe a visita da equipe de saúde da família: médico, enfermeiro, técnico de enfermagem e agente comunitária de saúde?

Marque a alternativa correspondente. Se responder que não (0) vá para a questão 25, se responder que sim anotar (1) e perguntar: **quanto tempo faz que o(a) entrevistado(a) recebeu a visita da equipe da saúde?** Se referir que não lembra ou não sabe, codifique com 9 (IGN). Se recebeu a visita a menos de um mês, codifique com 00.

25. Desde <SEIS MESES A TRÁS> o(a) Sr(a). consultou o médico?

No momento de fazer a pergunta ao entrevistado dizer o mês dos últimos seis atrás.

Não deixar passar atendimentos de rotina, busca de remédios, vacina, etc. Não considerar o atendimento para outra pessoa, como para um filho. Se referir que não lembra

ou não sabe, codifique com 9(IGN). Se ele(a) responder que não marque a opção (0) NÃO e pergunte: Porque o(a) Sr(a) não procurou o serviço de saúde? Essa questão tem duas opções de respostas que devem ser lidas, o paciente não sentiu necessidade (1) ou sentiu necessidade mas não foi (2) neste caso anotar o motivo que não consultou.

Se o(a) entrevistado(a) responder que sim marque a opção (1)SIM e faça as seguintes perguntas:

Quantas vezes consultou algum médico? Anotar o número de vezes que consultou. Se referir que não lembra ou não sabe, codifique com 9 (IGN), se não teve consultas no período, anotar (8) NSA.

Há quanto tempo foi a sua última consulta médica? Anote há quanto tempo foi a última consulta em meses, se menos de um mês anotar "00". Se referir que não lembra ou não sabe, codifique com IGN (99), se não teve consultas no período, anotar (88) NSA.

Para que problema de saúde o Sr(a) consultou? Anotar o problema referido pelo(a) entrevistado(a) no espaço correspondente. Se não lembra ou não sabe, codifique com (9) IGN, se não teve consultas no período, anotar (8) NSA.

O médico lhe receitou algum remédio? Anote se teve medicamentos receitados na última consulta. Se não (0), vá para a questão 26. Se sim (1), pergunte "**Quantos?**" e anote no local correspondente. Se referir que não lembra ou não sabe, codifique com 99 (IGN), se não teve consultas no período, anotar 88 (NSA).

Dos remédios que o médico receitou nesta última consulta, quantos o(a) Sr(a). retira aqui na FARMÁCIA DO ESTADO?

Ler as opções correspondentes e marque a que for referida. Se não lembra ou não sabe, codifique com 9 (IGN), se não teve consultas no período, anotar (8) NSA. Pule para a questão 26.

26. O(A) Sr.(a) esteve hospitalizado(a) nos últimos 12 meses?

Assinalar a alternativa correspondente a resposta do entrevistado. Se referir que não lembra ou não sabe, codifique com 9 (IGN). Se referir que não, pule para a pergunta 29.

27. Qual foi o problema de saúde que gerou a sua última hospitalização?

Anotar o problema que o entrevistado relatou. Se referir que não lembra ou não sabe, codifique com 99(IGN), se não teve hospitalização nos últimos 12 meses, anotar 88 (NSA).

28. Quantas vezes o(a) Sr(a) esteve internado por esse problema (nos últimos 12 meses)?

Anotar o número de vezes que esteve internado pelo **problema referido**. Lembrar que refere-se aos últimos 12 meses. Se referir que não lembra ou não sabe, codifique com 99(IGN), se não teve hospitalização no período, anotar 88 (NSA).

D. DADOS DAS CARACTERÍSTICAS DA FARMACOTERAPIA

LEIA A FRASE:

<Agora eu gostaria que o(a) Sr.(a) pensasse em todos os remédios que precisa utilizar de forma contínua por indicação médica, isto é, precisa usar todos os dias (ou quase todos) sem data para parar>

29. Quantos remédios o(a) Sr(a) utiliza diariamente?

Anotar o número de remédios referido. Se não souber informar pergunte **“Mais de 5?”**, anotar se sim (1) ou não (0). Se mesmo assim não lembra ou não sabe, codifique com 9(IGN).

30 a 33: Estas questões se destinam a avaliar no nível de adesão do paciente ao tratamento farmacológico. Leia calmamente as orientações que as antecedem e frise que o(a) entrevistado(a) deve respondê-las somente em relação aos medicamentos de uso contínuo.

34. Esta questão não deve ser perguntada ao entrevistado. O(a) entrevistador(a) deve fazer a soma das alternativas negativas referentes às questões **30 a 33**. Se a soma for de zero ponto, todas as respostas negativas, marcar a alternativa (0) adesão. Se a soma for de 1 ou mais pontos, uma ou mais respostas negativas, marcar a opção (1) Não adesão.

➔ APLICAR O QUADRO DE MEDICAMENTOS

LEIA A SEGUNTE FRASE:

<AGORA VAMOS FALAR SOMENTE SOBRE OS REMÉDIOS RECEITADOS POR MÉDICO QUE O (A) SR(A). RETIRA NESTA FARMÁCIA DO ESTADO>

Após, peça para ver as caixas de medicamentos que ele retirou da farmácia e pegue o comprovante do recebimento dos medicamentos do usuário. Anote os nomes dos medicamentos contidos no documento na primeira coluna do quadro. Em seguida faça a pergunta 35, confira com as informações previamente anotadas na primeira coluna e anote informações adicionais. Faça as outras perguntas (“a” ao “k”) para cada medicamento da primeira coluna indicando a caixa de medicamento correspondente quando disponível.

35. Das medicações que você retira aqui na farmácia do Estado, quais você usou na última semana?

Esta questão é a introdutória do bloco. Todas as informações investigadas se referem aos SETE dias anteriores a entrevista.

- NOME DO MEDICAMENTO

- Em primeiro lugar, completa-se a primeira coluna com os nomes dos medicamentos que o(a) entrevistado(a) retira na Farmácia do Estado de acordo com o que consta no documento que será entregue pelo paciente.
- Cada medicamento deve ser anotado em uma linha diferente.
- Nos casos em que o(a) entrevistado(a) tiver uso de mais de quatro medicamentos, utilizar a folha complementar de medicamentos e iniciar em cinco.
- Peça para o(a) entrevistado(a) citar os medicamentos utilizados nos últimos sete dias, confira com o que foi previamente anotado, e insira informações adicionais. Confira todos os medicamentos citados no documento emitido pela farmácia e se certifique de que os nomes de todos estão no quadro.
- Se no documento constar algum medicamento que não tenha sido citado pelo(a) entrevistado(a), perguntar se ele usou aquele remédio nos últimos sete dias. Se a resposta for “sim”, incluí-lo no quadro. E marcar que não foi citado anteriormente (0). Se a resposta for “não”, ele não será incluído no quadro, mesmo estando no documento, provavelmente, esse será um caso de medicamento deixado de tomar. Nos casos em que o(a) entrevistado utilize uma dosagem mais prolongada, como por exemplo uma vez por mês, devem ser incluídos no quadro.
- Abaixo do medicamento, ao marcar se confere com o documento, os medicamentos que estiverem presentes no documento e de acordo com a resposta do(a) entrevistada(a) devem ser codificados com o número “1”, os que não estiverem de acordo com as informações no documento devem ser codificados com o número “0”, já os medicamentos que não constarem no documento devem ser codificados com “8”.
- Muitas vezes, o nome do medicamento apresentado no documento será totalmente diferente daquele que havia sido citado. Ex: A pessoa disse que estava tomando Alenia, mas no documento consta Fumarato de Formoterol + Budesonida. Neste caso deve-se apagar o nome anteriormente anotado e substituir pelo nome que consta no documento (nome inteiro do medicamento, sem abreviaturas, sem usar acentuação e em letra de forma).

a) Qual é a dose (mg)?

- Anotar a dose do medicamento que o(a) entrevistado(a) referiu. Anotar se esta dose confere com o mesmo. Deve ser procurado um número seguido de mg. No caso de ampolas, em que a unidade varia, marcar 00.
- Se o remédio for composto por apenas duas substâncias, anotar ambas as dosagens. Ex: Fumarato de Formoterol 12 mcg + Budesonida 400 mcg. Anotar no nome do remédio: Fumarato de Formoterol + Budesonida e na dosagem. 12 +400, e codificar com 000.

b) Nos últimos sete dias, quantos dias você usou o(a) <remédio>?

Substituir a expressão <remédio> pelo nome do medicamento da linha correspondente. Esta pergunta é parte do BMQ para avaliação da adesão ao tratamento farmacológico. Anotar o número de vezes que a pessoa tomou o remédio por dia, e confira se essa informação confere com o documento. No caso do entrevistado utilizar menos de uma vez por dia, marque 00.

c) Quantas vezes por dia você usou o(a) <remédio>?

Esta pergunta é parte do BMQ para avaliação da adesão ao tratamento farmacológico. Novamente, substituir a expressão <remédio> pelo nome do medicamento da linha correspondente. Anotar quantas vezes por dia o entrevistado toma o remédio. EX: o paciente diz que toma duas vezes ao dia ou de 12 em 12 horas. Anotar o nº 2. Anotar se esta informação confere com o documento. No caso do entrevistado utilizar menos de uma vez por dia, marque 00.

d) Quanto do <REMÉDIO> você usou em cada vez?

Esta pergunta é parte do BMQ para avaliação da adesão ao tratamento farmacológico. Substituir a expressão <remédio> pelo nome do medicamento da linha correspondente ao fazer a pergunta. Anotar o número de doses do medicamento que tomou de cada vez (1 ampola, 1 comprimido, 1 colher de sopa, etc). Anotar se esta informação confere com o documento. Se a pessoa não lembrar ou não sabe, anotar 99(IGN). No caso do entrevistado utilizar menos de uma vez por dia, marque 00.

e) Quantas vezes você esqueceu de usar alguma dose do <REMÉDIO> esta semana?

Esta pergunta é parte do BMQ para avaliação da adesão ao tratamento farmacológico. Anotar o número de vezes que a pessoa esqueceu de tomar alguma dose de cada medicamento. Se a pessoa não lembrar ou não sabe, anotar 99(IGN).

f) Como essa medicação funciona para você?

Esta pergunta é parte do BMQ para avaliação da adesão ao tratamento farmacológico. Ler as alternativas e anotar a correspondente de como a medicação funciona para a pessoa entrevistada.

g) Para qual(is) problema(s) de saúde o Sr.(a) usa o <REMÉDIO>?

Substituir a expressão <remédio> pelo nome do medicamento da linha correspondente ao fazer a pergunta. Anotar o que o(a) entrevistado(a) referir no espaço correspondente. Se não souber ou não lembra, anotar 999(IGN).

h) Há quanto tempo o(a) Sr.(a) tem esse problema de saúde?

Anotar o tempo referido pelo(a) entrevistado(a), em meses.. Se não souber ou não lembra, anotar 9999(IGN).

i) Há quanto tempo o(a) Sr.(a) retira <REMÉDIO> aqui na farmácia do estado?

Substituir a expressão <remédio> pelo nome do medicamento da linha correspondente ao fazer a pergunta. Da mesma forma que na questão anterior, anotar a resposta do(a) entrevistado(a), em meses. Se não souber ou não lembra, anotar 999(IGN).

j) Nos últimos três meses alguma vez o(a) Sr(a) deixou de levar <REMÉDIO> porque não tinha?

Ler as alternativas para o(a) entrevistado e assinalar o que for referido. Se o(a) entrevistado(a) responder (1) 1 vez ou (2) 2 vezes ou mais, faça a pergunta k. Se ele(a) responder (0) Nunca, PREENCHA O TOTAL DE REMÉDIOS RELATADOS no final da tabela e volte para a questão 36.

k) E o que o(a) Sr(a) fez?

Marque a alternativa correspondente com a resposta do(a) entrevistado(a).

IMPORTANTE: FAÇA AS PERGUNTA DO “A” ATÉ O “J ou k”, PARA CADA MEDICAMENTO ANOTADO NA PRIMEIRA COLUNA.

AGORA TERMINOU O QUADRO, VOLTAR PARA O QUESTIONÁRIO NA PERGUNTA 36.

LEIA A SEGUINTE FRASE:

<Pensando ainda nos remédios que o(a) Sr(a). retira aqui na Farmácia do Estado>

36. Alguma das suas medicações causa problemas para você?

Se o(a) entrevistado(a) responder que sim, anotar o número correspondente do medicamento no quadro e o nome do medicamento, ler as alternativas e anotar o quanto o remédio incomoda: (1) pouco (2)um Pouco (3) Muito (0) Nunca. Após fazer a seguinte pergunta: **De que forma você é incomodado por ela?** Anotar a resposta referida.

Se ele responder que (0)NÃO, passar para a próxima questão.

37. Agora, citarei uma lista de problemas que as pessoas, às vezes, têm com seus remédios.

Ler a seguinte frase: **<Quanto difícil é para você >** e ler a lista de problemas e as alternativas do quanto a pessoa acha difícil. Marcar a alternativa correspondente e o nome do(s) medicamento(s) que causa o problema.

Repetir este procedimento para as alternativas “a” até “f”.

38. Tem mais algum remédio que o(a) Sr(a). recebe aqui na FARMÁCIA DO ESTADO e não retirou hoje?

Se o(a) entrevistado(a) responder que sim(1), anotar o nome dos medicamentos que ele referir e em seguida perguntar “Por que não os retirou?”, anote o que for referido pelo(a) entrevistado(a). Repita esse procedimento para todos os medicamentos que for referido não ter sido retirado no dia da entrevista. Se ele(a) responder que (0)NÃO, passar para a questão 39.

39. No último mês, como o (a) sr(a). obteve o(s) remédios(s) fornecidos na FARMÁCIA DO ESTADO?

Leia as alternativas correspondentes e marque o que for respondido. Se não souber ou não lembra, marcar (9)IGN.

40. Qual o grau de dificuldade que o(a) Sr(a) encontra para buscar os remédios aqui na FARMÁCIA DO ESTADO?

Leia as alternativas correspondentes e marque o que for respondido. Se não souber marcar (9)IGN.

41. No seu dia-a-dia, o(a) sr.(a) utiliza alguma estratégia para não esquecer de tomar os seus remédios?

Marque a alternativa que melhor se enquadra de acordo com a resposta do(a) entrevistado(a). Se ele(a) responder sim (alternativas 1, 2 e 3), pergunte: **Quem lhe orientou?** E marque a alternativa se enquadra com a resposta do(a) entrevistado(a).

Após finalizada a entrevista agradecer a participação e codificar as seguintes questões:

42. Escore de problemas encontrados pelo BMQ

Entrevistador: para avaliar as respostas do paciente, considerar os critérios abaixo para marcar não (0) ou sim (1) nos Quadros de Escore Regime, Crença e Recordação.

Avaliação de Adesão em relação ao Domínio **Regime**

DR1: O R falhou em listar (espontaneamente) os medicamentos prescritos no relato inicial?

Marcar as respostas “0” ou “1” conforme relato do paciente na questão 35. Marcar sim (1) no quadro de respostas se:

- A pessoa não relatar espontaneamente no relato inicial os medicamentos retirados na farmácia do estado e/ou precisar de ajuda do entrevistador para lembrar as medicações.

Marcar não (0) no quadro de respostas se:

- A pessoa relatar espontaneamente as medicações que toma, sem precisar de ajuda do entrevistador
- O paciente trazer o registro por escrito das medicações que toma. Subentende-se que mesmo que ele não saiba relatar oralmente os nomes das medicações, ele relata por meio do registro que traz à entrevista.
- O paciente souber das medicações que toma, mas não souber da dose específica de cada medicação, ou classificar o medicamento por classe. Por exemplo: imunossupressor.

DR2: O R interrompeu a terapia devido ao atraso na dispensação da medicação ou outro motivo?

Marcar as respostas “0” ou “1” conforme a resposta em 35b e 35e. Pode ser relatado que não tomou as doses por ter esquecido, não conseguir comprar os medicamentos ou porque não tinha na farmácia pública ou por algum outro motivo.

DR3: O R relatou alguma falha de dias ou de doses?

Marcar as respostas “0” ou “1” conforme o relato do paciente na questão 35b e 35e.

DR4: O R reduziu ou omitiu doses de algum medicamento?

Marcar as respostas “0” ou “1” conforme a resposta das questões 35c e 35d em relação ao registro no documento trazida pelo paciente.

DR5: O R tomou alguma dose extra ou medicação a mais do que o prescrito?

Marcar as respostas “0” ou “1” conforme a resposta das questões 35c e 35d em relação ao registro no documento trazida pelo paciente.

DR6: O R respondeu que “não sabia” a alguma das perguntas?

Marcar as respostas “0” ou “1” se o paciente não souber responder a alguma das perguntas 35b, 35c, 35d, 35e.

DR7: O R se recusou a responder a alguma das questões?

Marcar as respostas “zero” ou “um” se o paciente se recusou ou não sabia responder alguma pergunta de 35a a 35f, 36 e 37c.

Avaliação de Adesão em relação ao Domínio **Crenças**

DC1: O R relatou “não funciona bem” ou “não sei” na questão 35f?

Marcar a resposta “1” se o paciente respondeu em 35f “(3) não funciona bem” ou se não souber responder (9)IGN

DC2: O R nomeou as medicações que o incomodam?

Marcar a resposta “1” se o paciente respondeu sim na questão 36 e soube identificar as medicações que o incomodam.

Avaliação de Adesão em relação ao Domínio **Recordação**

DER1: O R recebe um esquema de múltiplas doses de medicamentos (2 ou mais vezes/dia)?

Marcar a resposta “1” se o paciente toma medicamentos pelo menos duas vezes ao dia registrado na pergunta 35c.

DER2: O R relata “muita dificuldade” ou “um pouco de dificuldade” na questão 37c?

Marcar a resposta “1” se o paciente respondeu na pergunta 37c “muito difícil” ou “um pouco difícil”.

O instrumento de adesão referida pelo paciente, Brief Medication Questionnaire - BMQ é composto por três domínios com perguntas que identificam barreiras à adesão quanto ao regime, às crenças e à recordação em relação ao tratamento medicamentoso. A

adesão é classificada de acordo com o número de respostas positivas em: alta (nenhuma), provável alta adesão (1), provável baixa adesão (2) e baixa adesão (3 ou mais) e qualquer domínio.

APÊNDICE C – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE

Estamos fazendo uma pesquisa que tem como intenção buscar informações sobre adesão aos medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF), dispensados nesta Farmácia do Estado. Este estudo está sendo desenvolvido pela farmacêutica Janaína Soder Fritzen, aluna de mestrado em Saúde Coletiva, da Universidade do Vale do Rio dos Sinos – UNISINOS, sob orientação da Profa Dra. Vera Maria Vieira Paniz, docente do mesmo programa.

Você esta sendo convidado a participar da pesquisa como um importante colaborador. Com esta pesquisa pretende-se saber como os usuários utilizam os seus medicamentos, se interrompem o tratamento prescrito pelo médico e quais os motivos, com o objetivo de fornecer informações que possam melhorar a qualidade dos serviços prestados aos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS), contribuindo, assim, para o uso racional desses medicamentos.

Será realizado um questionário com algumas perguntas sobre a sua saúde e medicamentos que utiliza. As entrevistas serão realizadas individualmente em uma sala desta Farmácia do Estado, de forma a não lhe causar qualquer desconforto. Os dados serão utilizados apenas para fins de divulgação da pesquisa científica e analisados de maneira a proteger a confidencialidade das informações e anonimato dos participantes, isto é, seu nome não será revelado em momento algum.

A participação na pesquisa é voluntária, ficando você livre para não responder qualquer pergunta ou ainda, interromper sua participação em qualquer momento, sem que isto lhe cause qualquer prejuízo. A pesquisa não implica riscos para sua integridade física e moral, bem como não envolve despesas para você.

Se você tiver alguma dúvida ou preocupação sobre o estudo, pode contatar a pesquisadora pelo número (51)82578884. Se tiver alguma dúvida ou pergunta sobre os aspectos éticos desta pesquisa, pode me contatar no mesmo telefone.

Após os esclarecimentos acima, eu, _____, aceito participar voluntariamente desta pesquisa.

Este termo é elaborado em duas vias de igual teor, ficando uma via em seu poder e a outra em poder da autora deste projeto.

São Leopoldo, _____ de _____ de ____.

Assinatura do Participante

Janaína Fritzen

Assinatura da Pesquisadora

ANEXOS

ANEXO A – VERSÃO EM PORTUGUÊS DO INSTRUMENTO *BRIEF MEDICATION QUESTIONNAIRE* (BMQ)

1) Quais medicações que você usou na ÚLTIMA SEMANA?

Entrevistador: Para cada medicação anote as respostas no quadro abaixo:

Se o entrevistado não souber responder ou se recusar a responder coloque NR

NA ÚLTIMA SEMANA					
a) Nome da medicação e dosagem	b) Quantos dias você tomou esse remédio	c) Quantas vezes por dia você tomou esse remédio	d) Quantos comprimidos você tomou em cada vez	e) Quantas vezes você esqueceu de tomar algum comprimido	f) Como essa medicação funciona para você 1 = Funciona Bem 2 = Funciona Regular 3 = Não funciona bem

2) Alguma das suas medicações causa problemas para você? (0) Não (1) Sim

a) Se o entrevistado respondeu SIM, por favor, liste os nomes das medicações e quanto elas o incomodam

Quanto essa medicação incomodou você?					
Medicação	Muito	Um pouco	Muito pouco	Nunca	De que forma você é incomodado por ela?

3) Agora, citarei uma lista de problemas que as pessoas, às vezes, têm com seus medicamentos.

Quanto é difícil para você:	Muito difícil	Um pouco difícil	Não muito difícil	Comentário (Qual medicamento)
Abrir ou fechar a embalagem				
Ler o que está escrito na embalagem				
Lembrar de tomar todo remédio				
Conseguir o medicamento				
Tomar tantos comprimidos ao mesmo tempo				

Score de problemas encontrados pelo BMQ

DR – REGIME (questões 1a-1e)	1 = sim	0 = não
DR1. O R falhou em listar (espontaneamente) os medicamentos prescritos no relato inicial?	1	0
DR2. O R interrompeu a terapia devido ao atraso na dispensação da medicação ou outro motivo?	1	0
DR3. O R relatou alguma falha de dias ou de doses?	1	0
DR4. O R reduziu ou omitiu doses de algum medicamento?	1	0
DR5. O R tomou alguma dose extra ou medicação a mais do que o prescrito?	1	0
DR6. O R respondeu que "não sabia" a alguma das perguntas?	1	0
DR7. O R se recusou a responder a alguma das questões?	1	0
NOTA: ESCORE ≥ 1 INDICA POTENCIAL NÃO ADESÃO soma:		<i>Tregime</i>
CRENÇAS		
DC1. O R relatou "não funciona bem" ou "não sei" na resposta 1g?	1	0
DC2. O R nomeou as medicações que o incomodam?	1	0
NOTA: ESCORE ≥ 1 INDICA RASTREAMENTO POSITIVO PARA BARREIRAS DE CRENÇAS soma:		<i>Tcrencas</i>
RECORDAÇÃO		
DRE1. O R recebe um esquema de múltiplas doses de medicamentos (2 ou mais vezes/dia)?	1	0
DRE2. O R relata "muita dificuldade" ou "alguma dificuldade" em responder a 3c?	1	0
NOTA: ESCORE ≥ 1 INDICA ESCORE POSITIVO PARA BARREIRAS DE RECORDAÇÃO soma:		<i>Trecord</i>

R = respondente NR = não respondente

ANEXO B – AUTORIZAÇÃO PARA PESQUISA



Administração Municipal

São LeopoldoCuidando de Todos para uma Cidade Melhor
Secretaria Municipal de Saúde

São Leopoldo, setembro de 2014.

Prezados Senhores

Declaro para os devidos fins, conhecer o projeto de pesquisa intitulado "ADESÃO À TERAPIA FARMACOLÓGICA E FATORES ASSOCIADOS EM ADULTOS USUÁRIOS DO COMPONENTE ESPECIALIZADO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA DE SÃO LEOPOLDO, RS", desenvolvido pela aluna de mestrado do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade do Vale do Rio dos Sinos – UNISINOS, Janáina Soder Fritzen, sob orientação da Profa. Dra. Vera Maria Vieira Paniz, bem como os objetivos e metodologia do estudo proposto, e autorizo o desenvolvimento da pesquisa mediante entrevistas com os usuários após a dispensação dos medicamentos na farmácia municipal unidade central de São Leopoldo-RS.

Atenciosamente,

Julio Galperim

Secretário Municipal de Saúde

São Leopoldo - RS

Julio Copstein Galperin
Secretário Municipal de Saúde

ANEXO C – APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA UNISINOS

UNIDADE DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA
RESOLUÇÃO 152/2014

O Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade do Vale do Rio dos Sinos – UNISINOS analisou o projeto:

Projeto: Nº CEP 14/150 **Versão do Projeto:** 28/10/2014 **Versão do TCLE:** 28/10/2014

Coordenadora:

Mestranda Janaina Soder Fritzen (PPG em Saúde Coletiva)

Título: Adesão à terapia farmacológica e fatores associados por adultos usuários do componente especializado da assistência farmacêutica, São Leopoldo-RS.

Parecer: O projeto foi APROVADO, por estar adequado ética e metodologicamente, conforme os preceitos da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde.

A pesquisadora deverá encaminhar relatório anual sobre o andamento do projeto, conforme o previsto na Resolução CNS 466/12, item XI.2, letra d. Somente poderão ser utilizados os Termos de Consentimento onde conste a aprovação do CEP/UNISINOS.

São Leopoldo, 28 de outubro de 2014.



Prof. Dra. Cátia de Azevedo Fronza
Coordenadora Adjunta do CEP/UNISINOS