

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL

FACULDADE DE FARMÁCIA

TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO

COMPARAÇÃO DE MÉTODOS INDIRETOS DE AFERIÇÃO DE ADESÃO
MEDICAMENTOSA: BROWN BAG E *BRIEF MEDICATION QUESTIONNAIRE*.

Bruna Teixeira Coelho

Porto Alegre, dezembro de 2018.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL

FACULDADE DE FARMÁCIA

TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO

COMPARAÇÃO DE MÉTODOS INDIRETOS DE AFERIÇÃO DE ADESÃO
MEDICAMENTOSA: BROWN BAG E *BRIEF MEDICATION QUESTIONNAIRE*.

Trabalho apresentado como
requisito parcial para aprovação na
disciplina de Trabalho de
Conclusão de Curso de Farmácia
da Universidade Federal do Rio
Grande do Sul.

Bruna Teixeira Coelho

Orientador: Prof. Dr. Mauro Silveira da Castro

Co-orientadora: MSc. Juliana Ellwanger

Porto Alegre, dezembro de 2018.

Agradecimentos

Ao meu pai, Everton Coelho, pelo exemplo de integridade e honestidade; por sempre acreditar em mim, mesmo quando eu mesma não acreditava; e por me dar todo suporte necessário para que eu alcançasse meu objetivo.

À minha amada mãe, Vilda Coelho, por todo amor, dedicação, e força de viver. Mesmo não podendo estar presente em vida nesse momento tão importante, com certeza, me ilumina e me guia, juntamente com Deus.

Ao meu namorado, Thiago Dias, por toda paciência, amor e apoio durante essa trajetória.

A todos meus amigos, por todo apoio e compreensão nos momentos de ausência devido aos estudos.

Ao meu professor e orientador Mauro Silveira de Castro por ser um exemplo de pessoa e de profissional, e por me introduzir a Atenção Farmacêutica, uma área tão apaixonante da Farmácia.

À minha co-orientadora, Juliana Ellwanger, por todo aprendizado durante esses dois anos trabalhando juntas, e apoio durante os momentos que não acreditei em mim mesma.

A todos integrantes do Grupo de Pesquisa e Desenvolvimento em Atenção Farmacêutica, por todo conhecimento, apoio, amizade, e por me fazerem ter ainda mais certeza da área de atuação que pretendo seguir.

Apresentação

O presente trabalho foi elaborado na forma de artigo científico segundo as normas da revista *Clinical & Biomedical Research*, apresentadas em anexo (ANEXO 1), na qualidade de “artigo original”.

COMPARAÇÃO DE MÉTODOS INDIRETOS DE AFERIÇÃO DE ADESÃO
MEDICAMENTOSA: BROWN BAG E *BRIEF MEDICATION QUESTIONNAIRE*.

Bruna Teixeira Coelho¹, Juliana Ellwanger², Mauro Silveira de Castro³.

¹Discente do curso de Farmácia, Faculdade de Farmácia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Porto Alegre, RS, Brasil.

²Programa de Pós-Graduação em Assistência Farmacêutica (PPGASFAR), Faculdade de Farmácia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Porto Alegre, RS, Brasil.

³Professor da Faculdade de Farmácia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Porto Alegre, RS, Brasil.

Autor correspondente:

Prof. Mauro Silveira da Castro

mauro.silveira@ufrgs.br

Departamento de Produção e Controle de Medicamentos. Faculdade de Farmácia,
Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS).

Avenida Ipiranga, 2752. 90610-000, Porto Alegre, RS, Brasil.

Resumo

Introdução: A hipertensão arterial não tratada resulta em doenças cardiovasculares, que apresentam altas taxas de morbimortalidade. A adesão ao tratamento anti-hipertensivo é uma importante aliada no controle da pressão arterial para a prevenção dessas doenças. A revisão da farmacoterapia Brown Bag (BB) e o Brief Medication Questionnaire (BMQ) são métodos indiretos de aferição da adesão medicamentosa, utilizados para identificar possíveis problemas na farmacoterapia.

Metodologia: Trata-se de um estudo transversal que consistiu em acompanhar hipertensos de difícil controle durante um teste terapêutico, realizando a avaliação de adesão a partir da revisão da farmacoterapia BB e do BMQ. Para cada método, os pacientes foram classificados quanto à adesão: no BB, quanto à adesão presumida, não adesão primária, não adesão secundária e não adesão combinada; no BMQ, através de escore em três domínios (Regime, Crença e Recordação).

Resultados: Foram avaliados 69 pacientes. A partir do método BB, se identificou 72,5% de pacientes com não adesão. Com base no relato dos pacientes, foram classificadas 14 causas de não adesão medicamentosa aos anti-hipertensivos. De acordo com o BMQ, 84,1% dos pacientes foram classificados com não adesão. Ao comparar as causas de não adesão identificadas nos dois métodos, somente 4,1% dos pacientes convergiram totalmente quanto às causas, enquanto os outros 95,9% discordaram totalmente ou se complementaram.

Conclusão: Este estudo demonstra a necessidade de utilização de mais de um método de aferição de adesão medicamentosa, pois resulta em maiores informações quanto às motivações de não adesão, possibilitando um melhor plano de conduta para a otimização de farmacoterapia.

Palavras-chave: Hipertensão Arterial, Adesão ao Tratamento, Observância do Paciente, Questionário, Autorrelato.

Abstract

Introduction: Untreated arterial hypertension results in cardiovascular diseases, which present high rates of morbimortality. Adherence to antihypertensive treatment is an important ally in controlling blood pressure for preventing these diseases. The Brown Bag medication review (BB) and the Brief Medication Questionnaire (BMQ) are indirect methods of measuring adherence, used for identifying possible problems in pharmacotherapy.

Methods: This is a cross-sectional study which consisted in accompanying difficult-to-control hypertensive patients during a therapeutic trial, performing an evaluation of adherence to Brown Bag medication review and BMQ. For each method, the patients were classified as to adherence: in BB, as regards presumed adherence, primary non-adherence, secondary non-adherence and combined non-adherence; on BMQ, through a score in three domains (Regimen, Belief and Recall).

Results: A total of sixty-nine patients were evaluated. From the BB method, 72.5% of non-adherent patients were identified. Based on the patients' reports, fourteen causes of non-adherence to antihypertensive drugs were classified. According to BMQ, 84.1% of the patients were classified as non-adherent. When comparing the causes of non-adherence identified in the two methods, only 4.1% of the patients converged fully on the causes, while the other 95.9% disagreed totally or complement each other.

Conclusions: This study shows the necessity of using more than one method of measuring drug adherence, since it results in more information about the non-adherence motivations, allowing a greater conduct plan for the optimization of pharmacotherapy.

Keywords: Hypertension, Treatment Adherence, Patient Compliance, Questionnaire, Self-support.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	9
METODOLOGIA.....	12
RESULTADOS	16
DISCUSSÃO.....	20
REFERÊNCIAS	25
TABELA 1	28

Introdução

Hipertensão arterial sistêmica (HAS) é uma condição clínica multifatorial caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial (PA) acima de 140mmHg de sistólica e 90mmHg de diastólica¹. De modo geral, a HAS é assintomática e produz uma variedade de alterações metabólicas, estruturais ou funcionais em órgãos-alvo, sendo um dos principais fatores de risco para doenças cardiovasculares (DCV), como isquemia, infarto do miocárdio, falência renal, doença renal crônica, declínio cognitivo e acidente vascular encefálico^{2,3,4,5}.

As doenças cardiovasculares são as principais causas de morte no Brasil⁶; em nível mundial representam cerca de 30%; e 50% da mortalidade relacionadas às Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT)⁷⁻⁸.

Estudos clínicos demonstraram que a detecção, o tratamento e o controle da HAS são fundamentais para a redução de eventos cardiovasculares¹. Presume-se que pacientes com níveis elevados de pressão arterial provavelmente tenham piores desfechos e concomitantemente, melhores benefícios com o tratamento anti-hipertensivo⁹. Dessa forma, tem-se a adesão ao tratamento anti-hipertensivo como o principal aliado no controle da pressão arterial e, conseqüentemente, para a prevenção de complicações cardiovasculares¹⁰.

A adesão é definida como a medida na qual o comportamento de uma pessoa (tomar os medicamentos, seguir uma dieta, e / ou executar mudanças de estilo de vida) corresponde às recomendações acordadas com um prestador de cuidados de saúde⁷.

A adesão medicamentosa possui amplas classificações, como não adesão intencional, não intencional, primária ou secundária^{11,12}; além de diferentes métodos de aferição da mesma¹³.

A não adesão intencional fundamenta-se na vontade individual em não seguir o preconizado, enquanto a não adesão não-intencional ocorre por motivos alheios à vontade do paciente¹². A não adesão primária ampara-se no fato de que nem todos pacientes aviam suas receitas em período de até 120 dias após receberem sua primeira prescrição¹². A não adesão secundária ocorre quando o paciente não administra corretamente o medicamento ou para de utilizá-lo, por vezes, não possuindo persistência no uso. Dessa forma, tanto a não adesão primária quando a secundária, podem ser intencional e não intencional¹².

Não existe “padrão-ouro” na aferição da adesão medicamentosa, mas há diferentes métodos e combinações que podem ser utilizados na sua determinação⁷, como autorrelato, contagem manual e eletrônica de comprimidos, retirada de medicamentos em farmácias (métodos indiretos); e dosagens laboratoriais de fármacos ou metabólitos de fármacos (métodos diretos)¹⁴.

Dentre os métodos indiretos, o relato por meio de questionários é o mais utilizado, devido ao baixo custo e fácil aplicação em grandes populações. Os questionários apresentam-se úteis na diferenciação entre baixa adesão e não resposta ao tratamento anti-hipertensivo quando utilizados em associação com outros métodos, como o dispositivo de contagem eletrônica de pílulas (Medication Events Monitoring System – MEMS)^{15,16}.

O Brief Medication Questionnaire (BMQ) é uma ferramenta para o rastreamento da adesão medicamentosa e das barreiras à mesma, que se utiliza de perguntas quanto à tomada dos medicamentos na última semana, e incômodos ou problemas causados pelos medicamentos. A avaliação da adesão é obtida através de um escore de pontos que compreende as barreiras de regime, crença e recordação¹⁷.

A revisão da farmacoterapia Brown Bag é um método de relato utilizado para otimizar o uso dos medicamentos e identificar possíveis problemas clínicos¹⁸. O método consiste em realizar uma revisão dos medicamentos, mediante a ida dos pacientes à consulta

farmacêutica com os medicamentos em uso, proporcionando a identificação de possíveis problemas relacionados à farmacoterapia (PRF) ou à adesão medicamentosa, e esclarecimento de dúvidas ao paciente sobre seus medicamentos¹⁸.

A partir da necessidade de melhores desfechos clínicos no manejo da hipertensão e importância da adesão medicamentosa neste contexto, o presente estudo tem por objetivo comparar os resultados de dois métodos de aferição de adesão e identificar as causas de não adesão medicamentosa em pacientes hipertensos de difícil controle pressórico de um ambulatório especializado no sul do Brasil, verificando a compatibilidade das mesmas decorrentes da aplicação dos métodos.

Metodologia

Trata-se de estudo transversal, aninhado ao projeto de pesquisa “Identificação de fatores relacionados à inefetividade de anti-hipertensivos: uma proposta de abordagem”, realizado no Ambulatório de Hipertensão do Serviço de Cardiologia do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA). O mesmo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) sob número 2.644.980.

A população de pesquisa consistiu de hipertensos de difícil controle, maiores de 18 anos, acompanhados pelo ambulatório de hipertensão da instituição acima descrita. A amostra foi composta por conveniência, tendo como critérios de inclusão: estar por pelo menos três consultas consecutivas com pressão arterial não controlada ($PA \geq 140/90\text{mmHg}$), estar em uso de pelo menos três medicamentos anti-hipertensivos, incluindo um diurético, e apresentar PA basal (no dia da coleta de dados) $\geq 140/90\text{mmHg}$. Como critérios de exclusão, adotou-se: participantes que não aceitaram participar da pesquisa, distúrbios cognitivos ou psiquiátricos que dificultam respostas a comandos verbais, e dificuldade de locomoção.

A coleta de dados ocorreu entre março e outubro de 2017 e consistiu na realização de um teste terapêutico, no qual se acompanhou os pacientes selecionados durante a administração, por via oral, de anti-hipertensivos de uso contínuo, de acordo com a prescrição médica, e monitorou-se a pressão arterial nos tempos de 1 e 2 horas após uso.

No estudo primário, foram realizados testes para medida da adesão ao tratamento. O primeiro, diretamente quando da administração dos medicamentos por meio da revisão da farmacoterapia utilizando-se o método Brown Bag¹⁸ e, o segundo, entre a administração dos medicamentos e a medida da PA após 1 hora da ingesta sendo utilizado o instrumento *Brief Medication Questionnaire* (BMQ)¹⁷, validado para a realidade brasileira¹⁹.

- **Revisão da farmacoterapia pelo método Brown Bag:**

Antes da administração dos medicamentos anti-hipertensivos, no seu preparo executado pelo pesquisador, realizou-se revisão da farmacoterapia por meio do método Brown Bag (BB). Esta análise consistiu em conferir a portabilidade de item a item da prescrição médica vigente, conjuntamente com o paciente, utilizando os medicamentos anti-hipertensivos trazidos pelo mesmo. A cada medicamento que se ia preparar para uso, conforme a prescrição, o paciente era questionado quanto à forma que utilizava aquele medicamento e assim sucessivamente. Portanto, na presença do medicamento, se verificava o hábito e a quantidade de uso.

Para tanto, o pesquisador lia em voz alta o nome do medicamento a ser avaliado e demonstrava item a item na prescrição como o mesmo iria ser administrado, conferindo com o paciente a dose, posologia e quantidade de comprimidos. Para cada dose de medicamento a ser preparada, repetia-se a leitura e demonstração de como seria o uso conforme a prescrição, junto com a dupla conferência (paciente e pesquisador) do medicamento em questão, a partir da embalagem primária ou secundária fornecida pelo paciente. Somente após as conferências, com consentimento e compreensão do paciente, realizava-se a administração dos medicamentos.

A partir desta forma detalhada de preparo, baseados na revisão da farmacoterapia Brown Bag, os pacientes relatavam como estavam habituados a tomar os medicamentos em domicílio ou no trabalho. Diante de forma de uso diferente da prescrita, se questionava o porquê de utilizar de forma diferente. Na ausência de algum medicamento, perguntava-se o motivo pelo qual não estava o paciente de posse do medicamento em revisão. O contrário é verdadeiro para medicamentos que o paciente apresentou como de uso próprio e não estavam descritos na prescrição.

O relato dos pacientes na avaliação da farmacoterapia foi a base para medir a adesão medicamentosa aos anti-hipertensivos. Foram classificadas quanto ao tipo de adesão:

Adesão presumida: Ausência de problemas relacionados ao uso do medicamento anti-hipertensivo, com possibilidade de presumir adesão do mesmo.

Não adesão primária: Identificada durante o preparo da dose a ser administrada no teste, devido à ausência do medicamento prescrito por causa de problemas relacionados ao não aviamento da prescrição, não acesso aos medicamentos, desconhecimento do uso do medicamento por não compreensão da prescrição, ou não utilização do mesmo por vontade própria.

Não adesão secundária: Identificada devido à forma de uso relatada pelo paciente ser diferente da prescrita ou identificação de erro de medicação por conta de problemas relacionados à administração incorreta do medicamento, de forma diferente à prescrita.

Não adesão combinada: Presença de problemas de não adesão primária e secundária, concomitantemente, identificada como acima relatada para cada uma das classificações de não adesão descritas.

- ***Brief Medication Questionnaire (BMQ):***

Aplicou-se o instrumento BMQ para verificação da adesão medicamentosa. Neste método, questiona-se o paciente sobre os medicamentos utilizados na última semana e os problemas encontrados são classificados por meio de escore em três domínios: Regime, Crença e Recordação.

O domínio Regime foi utilizado para fornecer a indicação de potencial não adesão, por meio de um escore entre 0 a 7, sendo que foram considerados com provável adesão pontuações igual a zero, e com provável não adesão pontuações ≥ 1 . Neste domínio foram

abordados os seguintes aspectos: falha ao listar, espontaneamente, os medicamentos prescritos no relato inicial (DR1); interrupção ou pausa na terapia por motivo de atraso na dispensação da medicação ou outro motivo (DR2); falha de dias ou de doses (DR3); redução ou omissão de doses (DR4); dose extra ou medicamentos a mais que o prescrito (DR5); “não sabe” em alguma das questões (DR6); e recusa a responder alguma das questões (DR7).

Os domínios Crença e Recordação foram utilizados para rastreamento positivo de barreiras, no qual cada um apresentava escore de 0 a 2, sendo a pontuação ≥ 1 indicativo de presença de barreira. Enquanto o domínio crença considerou o relato de “não funciona bem” para os medicamentos (DC1) e nomeação de medicamentos apontados como incômodos de serem utilizados por parte do paciente (DC2), o domínio Recordação considerou o esquema de múltiplas doses de medicamentos (DRE1) e relato de dificuldade em lembrar-se de tomar os medicamentos (DRE2).

Em sua aplicação anotou-se informações de todos os medicamentos em uso. No entanto, para a classificação da adesão e de barreiras, se considerou apenas as informações referentes aos medicamentos anti-hipertensivos, para correta comparação com a revisão da farmacoterapia pelo relato BB.

Os dados coletados de ambos os métodos foram transcritos, codificados e registrados em planilha Excel®, para a realização da análise descritiva dos dados encontrados.

Resultados

Foram incluídos 69 pacientes, em sua maioria mulheres (59,4%), com média de idade de 64,4 anos (\pm 8,2), brancas (75,4%), ensino médio incompleto (42,0%), e residentes em Porto Alegre e região metropolitana (89,9%).

A partir da revisão da farmacoterapia pelo método Brown Bag (BB), foram classificados 19 (27,5%) pacientes com adesão presumida, 14 (20,3%) com não adesão primária, 22 (31,9%) com não adesão secundária, e 14 (20,3%) com não adesão combinada, totalizando 50 (72,5%) pacientes com algum tipo de não adesão medicamentosa.

De acordo com os relatos dos pacientes no BB, as causas que ocasionaram não adesão medicamentosa foram classificadas quanto à:

1. *Não acesso no sistema público de saúde:* ausência do medicamento devido indisponibilidade no sistema público de saúde.
2. *Não acesso por falta de recursos financeiros:* ausência do medicamento por falta de recursos financeiros para aquisição, e indisponibilidade do mesmo na REMUME (Relação Municipal de Medicamentos).
3. *Não acesso devido à indisponibilidade no mercado:* ausência do medicamento devido à falta no mercado, por motivos de falta de matéria-prima para produção do fármaco, por exemplo.
4. *Percepção de não efetividade:* receio de utilizar o medicamento por crença de que o mesmo “não funciona”.
5. *Percepção de não segurança:* receio de utilizar o medicamento por já ter sentido algum desconforto durante o uso, como por exemplo, reações adversas.

6. *Desinformação*: desconhecimento do uso do medicamento prescrito devido a problemas de cognição ou falta de orientação do profissional de saúde.
7. *Subdose*: utilização de doses abaixo da prescrita.
8. *Sobredose*: utilização de doses acima da prescrita.
9. *Medicamento vencido*: utilização do medicamento fora do prazo de validade, o que gera desvios na qualidade do mesmo.
10. *Erro de dispensação*: utilização de medicamentos diferentes dos prescritos devido a erros na dispensação dos mesmos, por motivos de confusão entre medicamentos de mesma classe (ex: captopril por enalapril), diferentes formas de liberação (ex: tartarato por succinato), e embalagens semelhantes.
11. *Troca posológica*: utilização de medicamentos em horários ou quantidades diferentes ao prescrito, mas que resultam em mesma dose diária.
12. *Não identificação do medicamento*: utilização incorreta do medicamento por falhas na identificação do mesmo, como dificuldade para ler as embalagens.
13. *Autoprescrição*: utilização de medicamentos anti-hipertensivos não prescritos.
14. *Erro de prescrição*: utilização incorreta do medicamento devido a erro de prescrição, como utilização de meio comprimido para fármacos comercializados como drágeas.

O detalhamento da ocorrência das causas de acordo com os tipos de não adesão encontra-se disposto na Tabela 1.

Dentre os medicamentos envolvidos nas causas de não adesão medicamentosa, a hidralazina se destacou entre todos os tipos de não adesão. No grupo de não adesão primária, 7 (50%) pacientes tiveram a hidralazina como motivação de não adesão, 5 (71,4%) destes por problemas de acesso devido a falta de recursos financeiros. No grupo de não adesão secundária, 6 (27,3 %) pacientes foram classificados com não adesão relacionados à

hidralazina, tendo 66,7% a subdose como principal causa. No grupo de não adesão combinada, 6 (42,9%) pacientes apresentaram falhas na farmacoterapia às custas da hidralazina, sendo 50% por problemas de acesso devido à falta de recursos financeiros e 33,3% por subdose.

Segundo o BMQ, no domínio Regime, 58 (84,1%) pacientes tiveram escore ≥ 1 , sendo classificados com não adesão. Já nos domínios Crença e Recordação, 54 (78,3%) e 69 (100%) pontuaram no rastreamento de barreiras de adesão, respectivamente.

Para a comparação entre as causas de não adesão medicamentosa entre os métodos BB e BMQ consideraram-se as seguintes equiparações:

- Falta de acesso (no geral) = pontuar em DR2 e DR3;
- Percepção de não segurança = pontuar em DC2;
- Percepção de não efetividade = pontuar em DC1;
- Desinformação = pontuar em DR1 e DR6;
- Subdose = pontuar em DR3 e DR4;
- Sobredose = pontuar em DR5;
- Autoprescrição = pontuar em DR5.

As causas encontradas no BB relacionadas a medicamento vencido, troca posológica, erro de dispensação, erro de prescrição, e não identificação dos medicamentos não foram utilizadas na comparação, uma vez que o método BMQ não continha questionamentos que pudessem presumir tais motivações.

Os métodos não concordaram em 10 pacientes. O BB identificou um paciente com não adesão, que no BMQ foi classificado com potencial adesão, sendo que o mesmo relatou o uso de subdose, causa possível de ser reconhecida através do questionário. Em contrapartida, o BMQ indicou nove pacientes com não adesão, que no BB foram classificados com adesão

presumida, sendo que todos relataram causas possíveis de serem classificadas no BB (DR1, DR2, DR3, DR4, DR5, DC1 E DC2), ficando somente a causa recordação sem possibilidade de ser identificado na revisão da farmacoterapia.

Tanto o BB, quanto o BMQ concordaram na classificação de 49 pacientes com não adesão, e 10 pacientes com adesão medicamentosa. As causas de não adesão relatadas em cada um dos métodos foram comparadas, obtendo-se os seguintes grupos:

- Ambos os métodos concordam totalmente quanto às causas: 2 (4,1%) pacientes.
- Ambos os métodos discordaram totalmente quanto às causas: 11 (22,4%) pacientes.
- BMQ concorda quanto às causas encontradas no BB, e complementa com outras causas: 22 (44,9%) pacientes.
- BB concorda com as causas encontradas no BMQ, e complementa com outras causas: 14 (28,6%).

Discussão

Dos 69 pacientes incluídos, o BB foi capaz de identificar 72,5% de pacientes com não adesão medicamentosa, enquanto o BMQ identificou 84,1%, indicando, possivelmente, uma maior sensibilidade do BMQ (13,9%) em comparação com o BB. Em estudo que comparou o BMQ com outro questionário validado, o mesmo também apresentou melhor desempenho¹⁹. Os resultados encontrados em ambos os métodos concordam com dados de literatura que utilizaram métodos indiretos de aferição de não adesão em hipertensos, obtendo valores aproximados de 60 a 87%^{20,21,22}.

A análise comparativa demonstrou que somente 4,1% dos pacientes convergem totalmente quanto às causas em ambos os métodos, enquanto os outros 95,9% discordam totalmente ou se complementam quanto às causas de não adesão medicamentosa. Na literatura, não se encontrou estudos que comparem a revisão da farmacoterapia Brown Bag e o BMQ, sendo este trabalho inédito na comparação destes instrumentos até o momento.

Dentre as 14 causas de não adesão identificadas no BB, as relacionadas ao acesso, percepção de não efetividade, percepção de não segurança, desinformação, subdose, sobredose, e autoprescrição, também podem ser identificadas no BMQ. Entretanto, as causas ligadas a medicamento vencido, troca posológica, erro de dispensação, erro de prescrição, e não identificação dos medicamentos não foram utilizadas na comparação, dado que o método BMQ não continha questionamentos que pudessem presumir tais motivações. Além disso, o BMQ identifica as causas de não adesão por percepção de não efetividade e não segurança, mas as pontua somente no escore de rastreamento de barreiras, não as levando em consideração no escore de potencial não adesão, o que pode gerar uma errônea classificação do paciente quanto à adesão medicamentosa. Isso reforça que nenhum recurso de medida de adesão é considerado perfeito, sendo necessária a utilização de abordagem multimétodo^{14,23}.

A causa relacionada à desinformação pode ter sido proveniente de problemas de cognição ou falta de orientação do profissional de saúde. No entanto, não foi possível diferenciá-las durante a revisão da farmacoterapia BB. Por mais que um dos critérios de exclusão tenha sido a presença de problemas de cognição, cuja identificação foi realizada de forma perceptiva, podem ter havido pacientes com tais características que não foram percebidas tanto no convite como na participação da pesquisa. Uma alternativa seria a utilização do teste Mini Mental²⁴, que permite o rastreamento de perdas cognitivas, como estudo de Tavares e colaboradores que o utilizou como fator de associação de adesão durante a determinação de adesão medicamentosa em idosos no sul do Brasil através do BMQ²⁵.

De mesmo modo, um estudo que avaliou a influência da função cognitiva e outros fatores sobre a adesão medicamentosa em hipertensos não controlados através da utilização do Mini Mental e testes de memória, identificou que pacientes com escore insatisfatório no teste cognitivo têm um risco seis vezes maior em não aderir ao tratamento em relação aos com escore normal²⁶. Dessa forma, a aplicação de um método validado de avaliação cognitiva permitiria a diferenciação entre problemas de cognição ou falta de orientação do profissional de saúde, o que proporcionaria uma intervenção para melhor instrução do paciente acerca da farmacoterapia do mesmo.

Durante os relatos do BB foram contabilizadas 84 ocorrências de causa de não adesão, sendo 15,5% relacionadas a não acesso via sistema público de saúde. Em outro estudo que avaliou a adesão medicamentosa e seus fatores relacionados em idosos em seguimento ambulatorial, a falta dos medicamentos nas Unidades Básicas de Saúde (63,6%) e gastos com medicamentos (62,4%) foram os principais relatos dos pacientes quanto à dificuldade de aquisição do medicamento²⁷. Do mesmo modo, em estudo envolvendo usuários da atenção básica de todo o Brasil, 35,9% pacientes relataram ter acesso parcial e 4,3% relataram não ter acesso aos medicamentos da atenção primária no Sistema Único de Saúde²⁸. Considerando

essas e outras percepções dos usuários participantes, os autores concluíram que o acesso aos medicamentos ainda é fortemente comprometido pela baixa disponibilidade de medicamentos essenciais em unidades públicas de saúde, confirmando que este ainda não ocorre de forma universal, equânime e resolutiva à população e continua sendo um desafio para o SUS²⁸.

Em relação aos medicamentos associados às causas de não adesão no BB, o anti-hipertensivo hidralazina apresenta-se como o mais problemático entre todos. A motivação para tal fato se dá principalmente pelo não acesso devido à falta de recursos financeiros. Ainda que a hidralazina conste na RENAME, a mesma não é listada nas REMUMES dos municípios dos pacientes afetados, ainda que sua finalidade seja “servir de instrumento básico para a elaboração das listas estaduais e municipais”²⁹. Achados mostram que as maiores prevalências de baixa adesão ao tratamento foram encontradas nos indivíduos que tiveram que pagar parte do seu tratamento em relação aos que tiveram o acesso gratuito a todos os medicamentos que necessitava para tratar as doenças crônicas referidas³⁰. Tais resultados fortalecem a ideia de que os medicamentos não fornecidos pelo SUS podem levar os usuários a não cumprir os tratamentos prescritos pela incapacidade de pagar ou de adquirir no setor privado desembolsando do próprio bolso²⁵.

Somente um paciente apresentou o problema de não acesso devido indisponibilidade no mercado, devido ao fato de não o encontrar a venda em farmácias há meses. Outra investigação a respeito dos motivos de não adesão medicamentosa em um grupo de idosos encontrou 2,1% de não utilização de medicamentos devido à falta no comércio³¹. Um caso semelhante ocorreu na Espanha em virtude da falta de valsartana nas farmácias³². Como solução, o Ministério da Saúde Espanhol desenvolveu uma política de troca do medicamento nas farmácias sob orientação farmacêutica, para que os cidadãos não fossem prejudicados e não necessitassem realizar uma consulta médica para alteração da prescrição. No Brasil, o mesmo poderia ser feito nos casos de falta de medicamentos no mercado, levando em

consideração a dificuldade de agendamento de consultas no Sistema Único de Saúde e a continuidade do tratamento anti-hipertensivo.

Segundo Cintra e colaboradores, entre as dificuldades relatadas pelos idosos para a aquisição dos medicamentos, a variável “efeitos colaterais”, o que no presente estudo é tratado como percepção de não segurança, apresentou associação estatisticamente significativa com a adesão ao tratamento²⁷. Uma vez que desconfortos e efeitos colaterais causados pelo uso de medicamentos interferem na adesão aos mesmos, seria de suma importância serem considerados como indicadores de não adesão no BMQ, e não somente como barreiras de uso.

O BMQ é um questionário estruturado, validado, e muito utilizado para aferição de adesão medicamentosa, com maior abordagem da adesão secundária, visto que identifica a utilização incorreta dos medicamentos. Já a revisão da farmacoterapia Brown Bag, por estar presente no ato da administração dos medicamentos na amostra, permite a percepção de não adesão primária e secundária, através da verificação dos medicamentos trazidos e do uso de forma diferente da prescrita, respectivamente. Além disso, por não ser um instrumento padronizado que contém perguntas fechadas, permite maior abertura ao paciente, proporcionando informações mais detalhadas das motivações de não adesão.

O fato do BB ser semiestruturado pode ser um ponto negativo quando se analisa que o mesmo depende da relação entre o paciente e o profissional que aplica o método, potencializando a chance de vieses de informação e aferição. O BMQ apresenta como desvantagem o fato de demandar maior tempo em relação ao BB, podendo se tornar incômodo ao paciente por conta da repetição dos questionamentos para cada medicamento.

O estudo apresenta como limitação aquela inerente aos métodos em que se utiliza o relato do paciente como forma de aferição de adesão medicamentosa, pois há possibilidade de

viés de informação, tanto do observador (variações na forma de entrevistar e/ou registrar os relatos), quanto do paciente (dificuldade de recordação), podendo causar imprecisão dos resultados. Além disso, em consequência da classificação de causas no BB ter sido elaborada a partir dos relatos dos pacientes da amostra, algumas causas de não adesão podem não ter sido identificadas.

Partindo do pressuposto de que a adesão medicamentosa é multifatorial³³, os presentes resultados demonstram que um método pode ser complementar ao outro, uma vez que abordam diferentes perspectivas da adesão, o que gera maior gama de informações referentes aos problemas do paciente. Dessa forma, a utilização de mais de um método de aferição da adesão medicamentosa constrói um maior corpo de evidências quanto às motivações de não adesão, promovendo um melhor plano de conduta para a otimização de farmacoterapia.

Referências

1. Cardiologia SB de. Sociedade Brasileira de Hipertensão. Sociedade Brasileira de Nefrologia. VII Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. Arq Bras Cardiol. 2016;107(3):1–83.
2. Nice. Clinical management of primary hypertension in adults. Clin Guidel. 2011;92(3):291–3.
3. VII JNC. The Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention , Detection , Evaluation , and Treatment of High Blood Pressure. 2004.
4. Houle SKD, Padwal R, Poirier L, Tsuyuki RT. The 2014 Canadian Hypertension Education Program (CHEP) guidelines for pharmacists: An update. Can Pharm J / Rev des Pharm du Canada. 2014;147(4):203–8.
5. James PA, Oparil S, Carter BL, Cushman WC, Dennison-Himmelfarb C, Handler J, et al. Evidence-Based Guideline for the Management of High Blood Pressure in Adults. Jama. 2013;1097(5):1–14.
6. Ministério da Saúde. Diretrizes nas redes de atenção à saúde e nas linhas de cuidado prioritárias. 2013;28.
7. OMS. Adherence to long- term therapies. 2003. Disponível em: <http://www.who.int/chp/knowledge/publications/adherence_full_report.pdf?ua=1>
8. FAA G. Doenças crônicas não transmissíveis: estratégias de controle e desafios para os sistemas de saúde. Brasília Organ pan-americana da saúde. 2011;
9. Esh H, Agabiti E, France MA, Uk AD, Germany FM, Kerins M, et al. 2018 ESC / ESH HİPERTANSİYON Guidelines. 2018. 1-98 p.
10. Personas EN, Años MDE, España EN, Tuesca-molina R, Guallar-castillón P, Auxilia-JRB, et al. ORIGINAL Factors Associated the Control of Hypertension among Older Spaniards , over 60 Years of Age La hipertensión arterial (HTA), es un fac- tor de riesgo cardiovascular de tipo causal muy prevalente en nuestro medio , con una elevada y conocida morb. 2006;233–42.
11. Mchorney CA. Patient-Centered Reasons for Primary Non-Adherence (Medication Non-Fulfillment) as Derived from the Peer-Reviewed Literature. 2008;1.
12. Jackevicius CA, Li P, Tu J V. Prevalence, predictors, and outcomes of primary nonadherence after acute myocardial infarction. Circulation. 2008;117(8):1028–36.
13. Trauthman SC, Biudes MF, Mello AF de, Rosa FS, Peters CA, Galato D. Métodos de avaliação da adesão farmacoterapêutica adotados no Brasil. Infarma Ciências Farm.

2014;26(1):11–26.

14. Hawkshead J, Krousel-Wood MA. Techniques for measuring medication adherence in hypertensive patients in outpatient settings: Advantages and limitations. *Dis Manag Heal Outcomes*. 2007;15(2):109–18.
15. Zeller A, Schroeder K, Peters TJ. Electronic pillboxes (MEMS) to assess the relationship between medication adherence and blood pressure control in primary care. *Scand J Prim Health Care*. 2007;25(4):202–7.
16. Ellwanger, J. Identificação de fatores relacionados à inefetividade de anti-hipertensivos: uma proposta de abordagem [dissertação]. Porto Alegre, Brasil. Universidade Federal do Rio Grande do Sul, no prelo.
17. 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.
18. Nathan A, Goodyer L, Lovejoy A, Rashid A. “Brown bag” medication reviews as a means of optimizing patients’ use of medication and of identifying potential clinical problems. *Fam Pract*. 1999;16(3):278–82.
19. Ben AJ, Neumann CR, Mengue SS. Teste de Morisky-Green e Brief Medication Questionnaire para avaliar adesão a medicamentos. *Rev Saude Publica*. 2012;46(2):279–89.
20. Corrêa NB, de Faria AP, Ritter AM V, Sabbatini AR, Almeida A, Brunelli V, et al. A practical approach for measurement of antihypertensive medication adherence in patients with resistant hypertension. *J Am Soc Hypertens*. 2016;10(6):510–6.
21. de Oliveira-Filho AD, Leandro AKC, de Almeida MQ, de Lyra Junior DP, Neves SJF. Hipertensão pseudo-resistente causada por baixa adesão terapêutica. *Rev Ciencias Farm Basica e Apl*. 2015;36(1):97–102.
22. Oliveira-Filho AD, Barreto-Filho JA, Neves SJF, Lyra Junior DP de. Relação entre a Escala de Adesão Terapêutica de oito itens de Morisky (MMAS-8) e o controle da pressão arterial. *Arq Bras Cardiol*. 2012;99(1):649–58.
23. Dimatteo MR, Giordani PJ, Lepper HS, Thomas W. Patient Adherence and Medical Treatment Outcomes A Meta-Analysis Published by: Lippincott Williams & Wilkins Stable URL : <http://www.jstor.org/stable/3768145>. 2018;40(9):794–811.
24. Folstein MF, Folstein ES, McHugh PR. “Mini-mental state”. A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *J Psychiatr Res*. 1975;12(3):189–98.

25. Tavares NUL, Bertoldi AD, Thumé E, Facchini LA, de França GVA, Mengue SS. Factors associated with low adherence to medication in older adults. *Rev Saude Publica*. 2013;47(6):1092–101
26. Jacobs U. Influência de função cognitiva, ansiedade e distúrbios psiquiátricos sobre a adesão a tratamento em pacientes hipertensos não-controlados [dissertação]. Porto Alegre, Brasil. Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2009.
27. Cintra FA, Guariento ME, Miyasaki LA. Adesão medicamentosa em idosos em seguimento ambulatorial. *Cien Saude Colet*. 2010;15(November):3507–15.
28. I JÁ, Afonso A, Junior G, Eloisa V, Ii DA, Maciel A, et al. Acesso aos medicamentos pelos usuários da atenção primária no Sistema Único de Saúde. *Rev Saude Publica*. 2017;1–10.
29. Brasil. Ministério da Saúde [Internet]. Portaria MS de Consolidação N° 4 de 28 de setembro de 2017. 2017. 1-180 p. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0004_03_10_2017.html>
30. Tavares NUL, Bertoldi AD, Mengue SS, Arrais PSD, Luiza VL, Oliveira MA, et al. Factors associated with low adherence to medicine treatment for chronic diseases in Brazil. *Rev Saude Publica*. 2016;50(supl 2):1–11.
31. Gontijo M de F, Ribeiro AQ, Klein CH, Rozenfeld S, Acurcio F de A. Uso de anti-hipertensivos e antidiabéticos por idosos: inquérito em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. *Cad Saude Publica* [Internet]. 2012;28(7):1337–46. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2012000700012&lng=pt&tlng=pt>
32. Del Rio, R.G. Anticipación, la lección aprendida con valsartán. *Correo Farmaceutico*, 2018 Jul [citado em 16 de julho de 2018]. Disponível em: <<https://www.correofarmaceutico.com/profesion/anticipacion-la-leccion-aprendida-con-valsartan.html>>
33. Silveira, L.M.C.; Ribeiro, V.M.B. Compliance with treatment groups: a teaching and learning arena for healthcare professionals and patients, *Interface - Comunic., Saúde, Educ.*, v.9, n.16, p.91-104, set.2004/fev.2005.

Tabela 1: Descrição das causas de não adesão medicamentos encontradas, segundo os tipos de não adesão.

CAUSAS	Não adesão primária n= 16	Não adesão secundária n=33	Não adesão combinada n=35	Total n=84
Falta de Acesso – Sistema Público	5 (31,2%)	-	8 (22,9%)	13
Falta de Acesso – mercado	1 (6,2%)	-	-	1
Falta de acesso – Recursos Financeiros	6 (37,5%)	1 (3,0%)	5 (14,3%)	12
Percepção de Não Segurança	2 (12,5%)	3 (9,1%)	1 (2,9%)	6
Percepção de Não Efetividade	-	1 (3,0%)	-	1
Desinformação	2 (12,5%)	6 (18,2%)	8 (22,9%)	16
Subdose	-	10 (33,3%)	4 (11,4%)	14
Sobredose	-	2 (6,0%)	2 (5,7%)	4
Medicamento Vencido	-	2 (6,0%)	-	2
Troca posológica	-	1 (3,0%)	1 (2,9%)	2
Erro Dispensação	-	2 (6,0%)	2 (5,7%)	4
Autoprescrição	-	3 (9,1%)	4 (11,4%)	7
Erro de prescrição	-	1 (3,0%)	-	1
Não identificação do medicamento	-	1 (3,0%)	-	1