

ADESÃO À TERAPIA MEDICAMENTOSA E QUALIDADE DE VIDA DE USUÁRIOS DE UMA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA DE NOVO HAMBURGO - RS

ADHERENCE TO DRUG THERAPY AND QUALITY OF LIFE OF PATIENTS AT AN FAMILY HEALTH UNIT IN NOVO HAMBURGO – RS

ADHESIÓN A LA TERAPIA MEDICAMENTOSA Y CALIDAD DE VIDA DE LOS PACIENTES DE UNA UNIDAD DE SALUD DE LA FAMILIA DE NOVO HAMBURGO - RS

Mariane Deise Kasper¹
Tainara Gomes Vargas¹
Andressa Schmidt dos Santos¹
Juliana Raquel Raasch¹
Andressa Heemann Betti¹
Magda Susana Perassolo¹

1 - FEEVALE, Novo Hamburgo - RS, Brasil.

RESUMO

Introdução: Os medicamentos representam um insumo importante para o cuidado em saúde. A falta de adesão à terapia medicamentosa resulta não só em prejuízos para a saúde e à qualidade de vida do doente, como também provoca o desperdício dos recursos do sistema de saúde. **Objetivo:** Avaliar a adesão à terapia medicamentosa e a qualidade de vida dos pacientes de uma USF. **Métodos:** Estudo observacional, quantitativo, transversal, realizado com portadores de doenças crônicas que responderam questionários referentes ao seu perfil sócio demográfico, à adesão à terapia medicamentosa (Morisky-Green e *Brief Medication Questionnaire* - BMQ) e à qualidade de vida (WHOQOL-BREF). Os dados foram analisados pelo programa SPSS[®] 24.0, através do teste t de *Student* para comparação entre grupos e da correlação de Pearson para a relação entre as variáveis, utilizando-se um $p < 0,05$. **Resultados:** Foram avaliados 80 pacientes, com idade de 59 (± 12) anos e maior prevalência do sexo feminino. A escala de Morisky-Green revelou máxima adesão em 52,5% dos pacientes. Já no BMQ, 70% dos pacientes tiveram escore de baixa adesão. Foram observadas correlações negativas entre idade e domínio crença do BMQ e positivas entre idade e domínio recordação. **Conclusão:** Não houve concordância entre os testes de Morisky-Green e BMQ devido ao fato de medirem dimensões diferentes e de estabelecerem diferentes pontos de corte para a não adesão, além de limitações dos próprios métodos.

Palavras-chave: Adesão à Terapia Medicamentosa, Qualidade de Vida, Unidade de Saúde da Família

ABSTRACT

Background: Medicines represent an important input for health care. The lack of adherence to drug therapy results not only in damages to the health and quality of life of the patient, but also it causes the waste of the resources of the health system. **Objective:** To evaluate the adherence to drug therapy and quality of life of patients at an USF in Novo Hamburgo, RS. **Methods:** An observational, quantitative, cross-sectional study was conducted with patients with chronic diseases who answered questionnaires regarding their sociodemographic profile, adherence to drug therapy (Morisky-Green and *Brief Medication Questionnaire* - BMQ) and quality of life (Whoqol-bref). The data were analyzed by the SPSS[®] 24.0 program, using Student's t-test for comparison between groups and Pearson's correlation for the relationship between variables, using a $p < 0.05$. **Results:** A total of 80 patients, aged 59 (± 12) years and a higher female prevalence were evaluated. The Morisky-Green scale revealed maximum compliance in 52.5 % of the patients. At BMQ, 70 % of the patients had a low adherence score. Negative correlations were observed between age and BMQ belief domain and positive between age and recall domain. **Conclusions:** There was no agreement between the Morisky-Green and BMQ tests, due to the fact of measuring different dimensions and establishing different cut-off points for non-adherence, as well as limitations of the methods themselves.

Keywords: Adherence to Drug Therapy, Quality of Life, Family Health Unit.

RESUMEN

Introducción: Los medicamentos representan un insumo importante para el cuidado de la salud. La falta de adhesión a la terapia medicamentosa resulta no sólo en perjuicios para la salud y la calidad de vida del paciente, sino que también provoca el desperdicio de los recursos del sistema de salud. **Objetivo:** Evaluación de la adhesión a la terapia medicamentosa y calidad de vida de los pacientes de una USF de Novo Hamburgo, RS. **Métodos:** Estudio observacional, cuantitativo, transversal, realizado con portadores de enfermedades crónicas que respondieron cuestionarios referentes a su perfil sociodemográfico, a la adhesión a la terapia de medicamentos (Morisky-Green y *Brief Medication Questionnaire* - BMQ) y a la calidad de vida (Whoqol-bref). Los datos fueron analizados por el programa SPSS[®] 24.0, a través del test t de *Student* para comparación entre grupo y la correlación de Pearson para la relación entre las variables, utilizando un $p < 0,05$. **Resultados:** Fueron evaluados 80 pacientes, edad de 59 (± 12) años. La escala de Morisky-Green reveló una máxima adhesión en 52,5 % de los pacientes. Ya en el BMQ, 70 % de los pacientes tuvieron un *score* de baja adhesión. Fueron observadas correlaciones negativas entre edad y dominio de creencia de BMQ y positiva entre edad y dominio de memoria. **Conclusión:** No hubo concordancia entre los tests de Morisky-Green y BMQ debido al hecho de medir dimensiones diferentes y debido al hecho de establecer diferentes puntos de corte para la no adhesión, además de limitaciones de los propios métodos.

Palabras clave: Adhesión a la Terapia Medicamentosa, Calidad de vida, Unidad de Salud de la Familia.

Como citar este artigo:

Kasper MD, Vargas TG, Santos AS, Raasch JR, Betti AH e Perassolo MS.

Adesão à terapia medicamentosa e qualidade de vida de usuários de uma Unidade de Saúde da Família de Novo Hamburgo - RS. Rev. Bras. Farm. Hosp. Serv. Saúde, 8(4): 11-17, 2018,

Doi: 10.30968/rbfhss.2017.084.003

Recebido: 01/08/17

Revisado: 10/11/17

Aceito: 13/12/17

Autor Correspondente:

Magda Susana Perassolo
FEEVALE

ERS 239, Vila Nova, Novo Hamburgo.

CEP: 93525-075. RS - Brasil

E-mail:

magdaperassolo@feevale.br

INTRODUÇÃO

Um dos principais problemas enfrentados pelo sistema de saúde é o abandono ou o ineficiente cumprimento dos tratamentos prescritos pelos profissionais de saúde. A adesão em relação ao uso de medicamentos vai muito além do conhecimento que o paciente tem sobre os mesmos que faz uso e do reconhecimento da importância de seguir corretamente a prescrição médica^{1,2}. Os medicamentos representam um insumo importante para o cuidado em saúde e integram a maioria das propostas terapêuticas. No entanto, para que sejam alcançados os resultados esperados, é preciso que o paciente seja aderente ao tratamento, sendo a adesão à prescrição medicamentosa um dos indicadores da efetividade dos serviços e programas de saúde³.

Para a Organização Mundial da Saúde (OMS), a adesão a tratamentos a longo prazo possui uma prevalência de 50 % nos países desenvolvidos, enquanto que nos países em desenvolvimento é de cerca de 20 %, devido à escassez de recursos na área da saúde e aos problemas inerentes ao acesso aos serviços de saúde⁴. A falta de adesão à terapia medicamentosa resulta não só em prejuízos para a saúde e à qualidade de vida do doente, como também provoca o desperdício dos recursos do sistema de saúde⁵.

O baixo grau de adesão pode afetar negativamente a evolução clínica do paciente e trazer consequências pessoais, sociais e econômicas⁶. Os profissionais de saúde devem estar atentos para a promoção da adesão ao tratamento, aumento da resolutividade terapêutica e da qualidade de vida desses pacientes⁷.

A sistematização da prática da Atenção Farmacêutica possibilita que os farmacêuticos insiram instrumentos de avaliação da adesão, bem como habilidades de comunicação, necessárias para motivar o paciente a obter os benefícios com a farmacoterapia. É preciso conhecer a necessidade farmacoterapêutica do paciente e abordar a conduta que se adequará ao perfil deste paciente⁸. A adesão é um passo crucial na busca pela cura de uma enfermidade ou, ao menos, a atenuação dos sintomas causados pela doença. Por isso, é relevante que os profissionais da saúde estejam cada vez mais atentos a essa problemática.

Além da saúde englobar condições médicas e incapacidades funcionais, envolve condições consideradas não-clínicas, como o estado de humor, as redes de relações sociais e as comparações sociais⁹. A avaliação da qualidade de vida atende ao pressuposto de individualizar a atenção e de considerar a subjetividade do sujeito atendido¹⁰. Essa prática tem se tornado tão imprescindível na obtenção dos resultados de um tratamento ou intervenção que, para análise de determinadas doenças crônicas, é considerada tão importante quanto a morbidade e a mortalidade¹¹.

Os prejuízos na autonomia física e cognitiva bem como o elevado número de fármacos prescritos corroboram para a não adesão ao tratamento¹². Ressalta-se que um dos objetivos do tratamento é resgatar ou manter a qualidade de vida do paciente e uma baixa ou não adesão à terapia medicamentosa trará, respectivamente, uma perspectiva negativa em relação à sua qualidade de vida. A questão da adesão ao tratamento é bastante complexa e jamais será possível controlá-la, por mais que se conheçam todos os fatores envolvidos. Mas, isso não deve impedir na prática dos profissionais da saúde a atenção aos pacientes, uma vez que estes só conseguirão seguir os tratamentos necessários quando assumirem seus novos papéis que sua condição atual de saúde exigir e certamente interferirão na sua maneira de ser e na sua qualidade de vida¹¹.

Desta forma, o objetivo deste trabalho foi avaliar a adesão à terapia medicamentosa, bem como a qualidade de vida dos pacientes de uma Unidade de Saúde da Família (USF) de Novo Hamburgo, RS por meio de questionários validados.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo quantitativo, observacional, de natureza transversal, realizado em uma Unidade de Saúde da Família (USF), na comunidade de Novo Hamburgo, oriundo de dados coletados pelo projeto de extensão intitulado "Promoção da adesão à terapia medicamentosa", e pelo projeto de pesquisa "Avaliação da relação entre a adesão à terapia farmacológica dos transtornos depressivos, níveis sanguíneos dos medicamentos, qualidade de vida e estresse oxidativo", ambos da Universidade Feevale, durante o ano de 2016.

A USF onde foi realizado o presente estudo abrange dois bairros da cidade de Novo Hamburgo, tem como referência populacional 8000 habitantes e uma média mensal de 5500 atendimentos. Ainda, conta com duas equipes de saúde de família, que realizam atendimentos na própria USF e visitas domiciliares.

Foram avaliadas as características sócio demográficas dos pacientes, tais como sexo, idade, escolaridade, renda mensal familiar, além de suas doenças e também os medicamentos utilizados pelos pacientes.

A amostra participante do projeto foi composta por pacientes com doenças crônicas e usuários de medicamentos, os quais responderam aos questionários de Morisky-Green e *Brief Medication Questionnaire* (BMQ) relativos à avaliação da adesão à terapia medicamentosa e o WHOQOL-BREF, relativo à qualidade de vida. Foram utilizadas as versões traduzidas na íntegra dos questionários supracitados. Foram incluídos no estudo pacientes acima de 18 anos, em uso de medicamentos para tratamentos crônicos (contínuos) sob prescrição médica. Foram excluídos pacientes que não atenderam aos requisitos descritos anteriormente e questionários com dados incompletos.

A caracterização por "aderente" através da Escala de Adesão de Morisky-Green se dá por uma escala psicométrica com quatro itens aos quais os entrevistados respondem de forma dicotômica (sim/não), assim considera-se que um SIM equivale a 0 (zero) ponto, enquanto um NÃO equivale a 1 (um) ponto. Desse modo, possui alto grau de adesão aquele usuário cujas respostas forem todas negativas, totalizando 4 pontos. Para moderado grau de adesão, quando o total de respostas totalizar 3 pontos e baixo grau de adesão quando forem totalizados 1 ou 2 pontos. Já a classificação por "não-aderente" ocorre quando todas as respostas são positivas, totalizando 0 pontos¹³. Ainda, os pacientes podem ser classificados como aderentes (pontuação igual a 4) ou não aderentes (pontuação entre 0 e 3)⁷. Nos pacientes considerados não aderentes nesta classificação, a positividade observada em pelo menos uma das questões três ou quatro, classifica o paciente como não aderente intencional. Se ele tiver estas duas questões negativas, ele é classificado em não aderente não intencional. Tal análise permitiu discernir se o comportamento de baixa adesão foi do tipo intencional ou não intencional⁸.

O BMQ ou Questionário Breve de Adesão à Medicação é dividido em três domínios que identificam barreiras de adesão quanto ao regime, às crenças e à recordação em relação ao tratamento medicamentoso na perspectiva do paciente. O primeiro domínio avalia o comportamento do paciente em relação à adesão ao regime do tratamento prescrito; o segundo domínio avalia a crença do paciente na eficácia do tratamento e opiniões sobre os efeitos colaterais indesejados; e o terceiro domínio identifica problemas em relação à recordação em administrar os medicamentos^{14,15}. A adesão ao tratamento foi analisada de duas formas: pela pontuação encontrada nos três domínios (crenças, regime e recordação), sendo que a pontuação maior ou igual a um, em qualquer destes, indica potencial positivo para a não adesão ao tratamento; e pelo escore total do questionário, em que nenhuma resposta positiva sugere provável adesão ao tratamento, duas respostas e três ou mais positivas indicam, respectivamente, provável baixa adesão e baixa adesão ao tratamento¹⁶.

A versão abreviada do WHOQOL, conhecida como WHOQOL-BREF, é composta por 26 itens e está organizada em quatro domínios: físico, psicológico, relações sociais e ambiente, incluindo, ainda, uma faceta sobre qualidade de vida geral. Cada faceta é avaliada através de uma pergunta, correspondente a um item, exceto a faceta sobre qualidade de vida em geral, que é avaliada através de dois itens, um correspondente à qualidade de vida em geral e outro sobre a percepção geral da saúde. Tais questões são formuladas para respostas que incluem intensidade (nada e extremamente), capacidade (nada e completamente), frequência (nunca e sempre) e avaliação (muito insatisfeito, muito satisfeito, muito ruim e muito bom). As pontuações de cada domínio e total são transformadas numa escala de 0 a 20, e os maiores escores indicam melhor qualidade de vida¹⁷.

A execução do projeto se deu conforme os preceitos éticos que regem as pesquisas com seres humanos, estabelecidos na resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde. Foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Feevale e obteve aprovação sob o

número de CAAE: 63197616.7.0000.5348. Como foram coletados dados secundários (material proveniente de projetos de pesquisa e extensão), não foi necessária a assinatura de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), apenas o Termo de Compromisso para Utilização de Dados (TCUD).

Os dados referentes aos medicamentos utilizados pelos pacientes foram tabelados e classificados conforme os padrões *Anatomical Therapeutic Chemical System* (ATC)18.

Os resultados foram compilados em planilhas do Microsoft Excel® e, posteriormente, analisados no programa estatístico SPSS® 24.0. Foram descritos como média, desvio padrão e percentual, sendo apresentados na forma de tabelas. A comparação entre os grupos foi realizada através do teste t de *Student* e a relação entre as variáveis através da correlação de Pearson, utilizando-se um $p < 0,05$.

RESULTADOS

Foram avaliados 92 usuários, dentre os quais foram excluídos os que não faziam uso de medicamentos crônicos (5) e questionários com dados incompletos (7). Portanto, a amostra do presente estudo ficou constituída por 80 usuários que preencheram os critérios de inclusão, o que equivale a 86,9% da população base do estudo.

Na caracterização sócio demográfica, destaca-se que 64 (80%) participantes eram do sexo feminino. A média de idade foi de 59,02 ($\pm 12,4$) anos, com maior prevalência na faixa etária de 60 a 69 anos (42,5%). A maioria dos pacientes (65%) possuía ensino fundamental incompleto e renda mensal de até um salário mínimo (56,2%). Quanto às características clínicas, 7 pacientes eram fumantes e 4 eram ex-fumantes. Os pacientes utilizavam, em média, 4,43 ($\pm 2,95$) medicamentos de uso contínuo, sendo que a maioria utilizava de 1 a 3 medicamentos.

Tabela 1. Caracterização sóciodemográfica e clínica dos pacientes portadores de doenças crônicas em uma USF do município de Novo Hamburgo, RS no ano de 2016.

Variáveis	
Sexo	
Masculino	16 (20,0%)
Feminino	64 (80,0%)
Idade (anos)	
20 – 29	3 (3,7%)
30 – 39	4 (5,0%)
40 – 49	6 (7,5%)
50 – 59	21 (26,3%)
60 – 69	34 (42,5%)
70 – 79	8 (10,0%)
80 – 89	4 (5,0%)
Escolaridade	
Analfabeto	2 (2,5%)
Ensino fundamental incompleto	52 (65,0%)
Ensino fundamental completo	8 (10,0%)
Ensino médio incompleto	10 (12,5%)
Ensino médio completo	7 (8,7%)
Superior incompleto	1 (1,3%)
Superior completo	0 (0%)
Renda familiar (salários-mínimos)	
< 1	45 (56,2%)
1,5 a 3	31 (38,8%)
> 3	4 (5,0%)

Tabagismo	
Não fumantes	69 (86,2%)
Fumantes	7 (8,8%)
Ex-fumantes	4 (5,0%)
Nº de medicamentos utilizados	
1 – 3	37 (46,2%)
4 – 6	22 (27,5%)
7 – 9	15 (18,8%)
10 – 12	6 (7,5%)
Indicação dos medicamentos*	
Depressão	48 (60,0%)
HAS	44 (55,0%)
Hipercolesterolemia	17 (21,3%)
Diabetes mellitus	14 (17,5%)
Gastrite	11 (13,7%)
Osteoporose	11 (13,7%)
Tireóide	10 (12,5%)
Total de pacientes avaliados	80

HAS: Hipertensão Arterial Sistêmica. *Outros: Dor (9), Inibidor plaquetário (9), Desconforto gástrico (6), Insuficiência cardíaca (5), Ansiedade (4), Epilepsia (4), Esquizofrenia (3), Distúrbios do sono (3), Articulação (3), Circulação (2), Anticoncepcional (2), Polivitamínico (2), Glaucoma (1), Infarto (1), Asma (1), Arritmia (1), Labirintite (1), Enfisema (1), Transplante (1), Suplemento (1), Esclerose (1).

Entre as indicações dos medicamentos utilizados pelos pacientes, as de maiores frequências foram para depressão (60%), HAS (55%) e hipercolesterolemia (21,3%).

Ao total foram utilizados 327 medicamentos pelos 80 pacientes, sendo que o grupo anatômico C (sistema cardiovascular) é a classe terapêutica que representa o maior uso entre os pacientes pesquisados, com 35,8%, dentre os quais o subgrupo terapêutico C09 (agentes que atuam no sistema renina-angiotensina) apresenta maior notabilidade com 11%. Estão incluídos neste subgrupo medicamentos como losartana e enalapril. Em seguida, o grupo anatômico N (sistema nervoso) é a segunda classe terapêutica com maior uso, com 28,1%, dentre os quais o subgrupo terapêutico N06 (psicoanalépticos) aponta 15,9% de utilização. Dentro deste subgrupo, os medicamentos mais utilizados foram fluoxetina e amitriptilina. O terceiro grupo de medicamentos mais utilizados foi o do aparelho digestivo e metabolismo, com 21,1% dos medicamentos utilizados.

A qualidade de vida avaliada através do WHOQOL-BREF, revelou os escores mais baixos nos domínios psicológico 12,94 ($\pm 1,88$) e físico 13,04 ($\pm 2,25$). Já os escores mais altos foram encontrados nos domínios social 14,57 ($\pm 2,69$) e meio ambiente 13,59 ($\pm 2,13$) (Tabela 2).

Tabela 2. Avaliação da qualidade de vida (WHOQOL-BREF) dos pacientes portadores de doenças crônicas em uma USF do município de Novo Hamburgo, RS, no ano de 2016

Domínio WHOQOL-BREF	
D1 - físico	13,04 \pm 2,25
D2 - psicológico	12,94 \pm 1,88
D3 - social	14,57 \pm 2,69
D4 - meio ambiente	13,59 \pm 2,13
QV global	13,72 \pm 3,52
Total de pacientes avaliados	80

QV: Qualidade de vida. Dados expressos como média \pm desvio padrão

De acordo com o teste de Morisky-Green (tabela 3), 52,5 % dos indivíduos apresentava máxima adesão ao tratamento medicamentoso, seguido de baixa adesão. Foi possível perceber que a pergunta com maior quantidade de respostas afirmativas foi sobre o “descuido no horário de tomar o medicamento”, seguida da pergunta sobre “esquecer de administrar o medicamento”. A positividade observada em pelo menos uma das questões três ou quatro, classificou o paciente como não aderente intencional (50 %), os demais pacientes foram classificados como não aderentes não intencionais. Desta forma, como metade era não aderente intencional e metade não aderente não intencional, a análise de gênero dos pacientes revelou que desses 38 pacientes, 32 (84,2 %) eram mulheres e 6 (15,8 %) homens.

Tabela 3. Avaliação da adesão à terapia medicamentosa (Morisky-Green) nos pacientes portadores de doenças crônicas em uma USF do município de Novo Hamburgo, RS, no ano de 2016.

Questões	Sim
1- Você, às vezes, tem problemas em se lembrar de tomar a sua medicação?	25 (31,3%)
2 – Você, às vezes, se descuida de tomar seu medicamento?	26 (32,5%)
3 - Quando está se sentindo melhor, você às vezes, pára de tomar seu medicamento?	9 (11,2%)
4 – Às vezes, se você se sentir pior ao tomar a medicação, você pára de tomá-la?	13 (16,2%)
Classificação da adesão	
Não adesão	1 (1,3 %)
Baixa adesão	21 (26,2 %)
Moderada adesão	16 (20,0 %)
Máxima adesão	42 (52,5 %)
Total de pacientes avaliados	80

Ao avaliar a adesão dos pacientes ao tratamento medicamentoso, conforme a pontuação total do BMQ (tabela 4), 70 % da amostra obteve escore de baixa adesão. A principal barreira apontada foi a de recordação em relação ao uso de medicamentos, encontrada em 81,2 % dos pacientes. No domínio regime, em relação a falhas de dias e doses de tratamento, foram identificados 52,5 % dos pacientes e no domínio que considerou a crença, relacionada ou não à presença de medicamentos que não funcionam bem, 20 % dos pacientes demonstraram barreiras.

Tabela 4. Avaliação da adesão à terapia medicamentosa (BMQ) nos pacientes portadores de doenças crônicas de uma USF do município de Novo Hamburgo, RS no ano de 2016.

Escore BMQ	
Regime (escore)	
0	38 (47,5%)
≥1	42 (52,5%)
Crenças (escore)	
0	64 (80,0%)
≥1	16 (20,0%)
Recordação (escore)	
0	15 (18,8%)
≥1	65 (81,2%)
Classificação da adesão	
Adesão	6 (7,5%)
Provável adesão	18 (22,5%)
Provável baixa adesão	38 (47,5%)
Baixa adesão	18 (22,5%)
Total de pacientes avaliados	80

Na comparação de pacientes aderentes (pontuação igual a 4 na escala de Morisky Green) e não aderentes (pontuação ≤ 3 nessa escala) quanto à idade, nº de medicamentos e os domínios de qualidade de vida, não houve diferença estatística ($p > 0,05$) entre os dois grupos avaliados. Portanto, pacientes aderentes e não aderentes pela escala de Morisky Green apresentam o mesmo perfil (tabela 5).

Tabela 5. Avaliação de idade, medicamentos utilizados e qualidade de vida dos pacientes portadores de doenças crônicas em uma USF do município de Novo Hamburgo, RS, no ano de 2016, conforme classificação de adesão ao tratamento medicamentoso pela escala de Morisky Green.

Características	Aderentes n=42	Não-aderentes n=38
Idade (anos)	59,5 ± 10,9	58,5 ± 14,0
Nº de medicamentos utilizados		
1 – 3	17 (40,3%)	20 (52,6%)
4 – 6	13 (31,0%)	9 (23,7%)
7 – 9	9 (21,5%)	6 (15,8%)
10 – 12	3 (7,2%)	3 (7,9%)
WHOQOL – BREF		
D1 – físico	13,18 ± 2,15	12,89 ± 2,38
D2 – psicológico	13,32 ± 1,71	12,53 ± 1,99
D3 – social	14,57 ± 2,57	14,56 ± 2,85
D4 – meio ambiente	13,78 ± 1,96	13,37 ± 2,32
QV global	14,24 ± 3,25	13,16 ± 3,25
Total de pacientes avaliados	80	

QV: qualidade de vida; D: domínio.

Observou-se uma correlação negativa entre idade e domínio crença do BMQ ($r = -0,263$; $P = 0,019$) e correlação positiva entre idade e domínio recordação ($r = 0,329$; $P = 0,003$). Também foi observada correlação entre o número de medicamentos utilizados pelos pacientes e o domínio recordação do BMQ ($r = 0,430$; $P < 0,001$) e correlação inversa entre o domínio psicológico (WHOQOL-BREF) e o número de medicamentos utilizados ($r = -0,356$; $P = 0,001$). Ainda, houve correlação negativa entre o domínio recordação do BMQ e domínio psicológico ($r = -0,346$; $P = 0,002$) e domínio meio ambiente ($r = -0,232$; $P = 0,039$), ambos domínios do WHOQOL-BREF.

DISCUSSÃO

O perfil predominantemente encontrado nos pacientes avaliados no presente estudo foi o dos idosos jovens (60 - 69 anos), de baixa escolaridade e baixa renda, que se mostrou semelhante a outros estudos, envolvendo idosos na atenção primária^{3,19,20}. A maior parte dos pacientes era do sexo feminino, totalizando 80 % dos usuários de medicamentos, possivelmente pela maior expectativa de vida, maior incidência de doenças crônicas, fatores hormonais e maior procura por atendimento de saúde, o que justifica uma maior utilização de medicamentos entre as mulheres^{3,8}.

Em decorrência das pessoas idosas, geralmente, conviverem com doenças crônicas, estas exigem o uso frequente dos serviços de saúde e alto consumo de medicamentos²¹. O tratamento simultâneo de várias condições crônicas de saúde pode resultar em polifarmácia, além de regimes de medicação que levam a administrar medicamentos muitas vezes ao dia, revelando riscos farmacológicos e predisposição à não adesão, situação observada especialmente no público idoso e consideradas práticas comuns durante o processo de envelhecimento^{8,22}.

Neste estudo, os usuários utilizavam, em média, 4,4 (± 2,95) medicamentos, muito próximo a um estudo realizado em Blumenau-SC³,

que apresentou média de 4,29 (\pm 2,33) medicamentos/idoso e estudo de Oliveira et al.²³ o qual obteve média de 4,3 (\pm 2) medicamentos/idoso. O fato da utilização de múltiplos fármacos coloca em prova as habilidades cognitivas e expõe o idoso a um tratamento mais delicado, exigindo maior atenção, memória e organização diante dos horários de administração dos seus medicamentos³.

Segundo a classificação ATC, a maioria dos medicamentos pertencem ao "Sistema Cardiovascular". As doenças cardiovasculares norteiam as causas de morbimortalidade em indivíduos com idade acima de 60 anos e o uso desses medicamentos é condizente com a realidade sanitária nacional conforme outro estudo²³. O maior consumo de medicamentos do sistema cardiovascular, também se justifica pelo fato do esquema terapêutico, para pacientes com problemas nesse sistema, geralmente incluir mais de um medicamento, havendo, assim, associações de medicamentos para o paciente conseguir atingir o controle da sua doença. Outro subgrupo terapêutico de destaque e que teve relevante indicação foram os agentes antilipêmicos, sendo que a dislipidemia é fator de risco adicional para problemas cardiovasculares²⁴.

Segundo estudos²⁵⁻²⁶, a diferença entre homens e mulheres se dá pelo maior consumo, pelas mulheres, de fármacos cardiovasculares, do sistema nervoso, do sistema músculo-esquelético, entre outros. O perfil de morbidade também é distinto entre gêneros na terceira idade: infarto em homens e predomínio de doenças ósteo-articulares e depressão em mulheres. A depressão esteve associada à baixa adesão em outro estudo, que indicou a possibilidade de que os sintomas depressivos interferiram no estímulo ao autocuidado, causando impacto na adesão ao tratamento farmacológico^{12,27}.

Nesse estudo, especialmente, obteve-se uma indicação maior de medicamentos para depressão devido aos usuários dessa USF em estudo também serem voluntários do projeto de pesquisa "Avaliação da relação entre a adesão à terapia farmacológica dos transtornos depressivos, níveis sanguíneos dos medicamentos, qualidade de vida e estresse oxidativo", pois para a participação em tal projeto era necessário que o usuário fizesse uso de medicamentos antidepressivos.

Observa-se que, na depressão, o tratamento é caracterizado, muitas vezes, pelo uso de um medicamento, diferentemente do esquema terapêutico utilizado nos problemas cardiovasculares. O tratamento antidepressivo demora de dias a semanas para início de efeito, mas, na maioria dos casos, consegue corresponder ao controle da doença²⁸.

A qualidade de vida é compreendida como parte de um bem individual e coletivo, considerando a saúde de forma multifatorial, como uma condição biológica e social, determinada por condições relevantes, tais como: física, social, emocional, estado mental e sensação de bem-estar^{11,29}.

Dentre os domínios considerados pelo WHOQOL-BREF, os maiores escores da qualidade de vida avaliada neste estudo foram encontrados nos domínios social e meio ambiente. Já os menores escores foram encontrados nos domínios psicológico e físico. O maior escore no domínio "relações sociais" pode ser justificado pela possível relação satisfatória estabelecida e construída com familiares, amigos e profissionais de saúde ao longo da vida, reconhecida e valorizada nessa fase. Essa situação também foi observada em estudo de Hanus et al.²⁹, destacando-se o domínio social com maior escore. Os idosos demonstraram possuir conhecimento próprio, perspectivas, valores e experiências individuais, devido a condições de vida e saúde distintas. Esses fatores também podem influenciar na adesão ou não ao tratamento medicamentoso²⁷. O escore alto no domínio meio ambiente revela boa interação dos usuários com o meio em que vivem, o que pode estar fundamentado no sentimento de segurança, interação social, certa "independência" e tranquilidade, relacionados ao aspecto ambiental e à qualidade de vida dos idosos³⁰.

O menor escore encontrado para o domínio físico pode estar associado às polimorbidades que contribuem para o impacto negativo nesse domínio, dada a sua relação com a dependência de medicamentos ou tratamentos⁷. Também pode estar associado a efeitos dos medicamentos anti-hipertensivos, que entre outros sintomas podem causar fadiga e alterações do sono^{27,31}. O menor escore para o domínio psicológico, que avalia autoestima e sentimentos positivos, pode estar associado à dificuldade dos idosos na aceitação do envelhecimento, em relação à

aposentadoria, perdas físicas e emocionais, depressão, bem como perdas sociais e econômicas⁷.

Para avaliar a adesão medicamentosa foram utilizadas as versões traduzidas para o português dos questionários Morisky-Green e *Brief Medication Questionnaire* (BMQ). Considerados métodos indiretos para avaliação da adesão à terapia medicamentosa, são questionários embasados em informações produzidas pelo paciente e realizados através de entrevista com o mesmo³².

No questionário de Morisky-Green, a maioria dos usuários apresentou máxima adesão ao tratamento medicamentoso. A esse respeito, uma possível explicação para a alta adesão dos usuários em estudo pode ser a utilização de método indireto para avaliá-la, com maior chance de superestimá-la³³.

Analisando as perguntas com maior quantidade de respostas afirmativas, percebeu-se que as principais questões associadas com a não adesão foram o descuido com o horário de administração do medicamento e o esquecimento, fatos semelhantes encontrados por Silva et al.³⁴. Dessa maneira, as respostas positivas obtidas para cada pergunta da Escala de Morisky & Green sugerem associação entre as condições de envelhecimento e a capacidade cognitiva⁸. A presença de comorbidades acarreta no maior uso de fármacos e maior número de doses de medicamentos, o que, junto à falta de conhecimento sobre a terapêutica, pode dificultar a adesão ao tratamento²⁷.

Neste estudo, a não adesão intencional e a não adesão não intencional foram definidas como a metade para cada opção. A mesma avaliação foi feita por Rios et al.⁸ que constataram que 64 % das pacientes idosas do estudo apresentaram ambos os tipos de baixo grau de adesão. O esquecimento e o descuido com o horário de administração dos medicamentos foram mais prevalentes em outro estudo com pacientes crônicos, que destacou o comportamento do tipo não intencional^{18,35}.

No questionário *Brief Medication Questionnaire* (BMQ), conforme pontuação total houve baixa adesão entre os usuários. O esquecimento foi um dos motivos para a não adesão ou parcial adesão, de acordo com a barreira recordação, fato também apontado por Mantovani et al.¹⁶ Verificou-se uma correlação entre a adesão à terapia medicamentosa (BMQ) com a idade. De acordo com a correlação de Pearson, quanto maior a idade, menor o domínio recordação. A dificuldade em se lembrar de administrar o medicamento e usar vários medicamentos ao mesmo tempo também são barreiras encontradas em outro estudo⁷. Outra correlação encontrada foi a de que quanto maior a idade, menor o domínio crença, ou seja, para os usuários, as medicações utilizadas funcionavam bem e não geravam maiores incômodos.

O formato da anamnese do uso de medicamentos do BMQ no domínio regime pode facilitar sua utilização na prática clínica¹⁵. A utilização do questionário possibilita entender onde estão as maiores dificuldades do paciente para prosseguir com a terapêutica, dentro dos domínios mencionados¹⁶.

A correlação entre os testes de Morisky-Green e BMQ foi de baixa a moderada, devido ao fato de medirem dimensões diferentes e de estabelecerem diferentes pontos de corte para a não adesão, além das limitações dos próprios métodos. Diante disso, nos estudos e na prática clínica, tem sido utilizada uma abordagem multimétodo, tendo em vista que nenhuma estratégia é considerada ótima¹⁵.

Segundo uma revisão sistemática com metanálise analisando qualidade de vida e adesão em hipertensão, observaram-se associações estatisticamente significativas, ou seja, a qualidade de vida aumenta na presença de maior adesão ao tratamento farmacológico, impactando, positivamente, nos domínios mental, físico e escore total da qualidade de vida³⁶.

Ao analisar a correlação entre as variáveis, observou-se que quanto maior o nº de medicamentos, menor o domínio recordação (BMQ) e menor o domínio psicológico (WHOQOL-BREF). A complexidade do regime terapêutico utilizado para tratar as doenças crônicas citadas e o uso de um maior número de medicamentos podem contribuir para que ocorram falhas, como descuidos com horários de administração dos medicamentos, desmotivação e, assim, haja uma maior dificuldade na adesão ao tratamento²². Também se verificou que quanto menor a recordação (BMQ), menores foram os domínios psicológico e meio

ambiente (WHOQOL-BREF), o que pode estar ligado ao fato da presença de comorbidades, levando à utilização de esquemas de múltiplas doses de medicamentos, apoiados à perda da capacidade cognitiva, com o passar dos anos.

Algumas limitações são observadas neste estudo. Primeiro, com relação ao ambiente das entrevistas realizadas diretamente aos usuários, com o preenchimento dos questionários pelo entrevistador, o que pode ter contribuído para os resultados encontrados. Segundo, se refere aos métodos para medir a adesão, o autorrelato está sujeito a erros de recordatório e implica em certa imprecisão nas estimativas obtidas. Assim, há uma ausência de um consenso na literatura para o método ideal para avaliação da adesão ao tratamento e a variedade de métodos dificulta a comparação com outros estudos.

Os resultados dos métodos utilizados para avaliação da adesão, Morisky-Green e BMQ mostraram-se contraditórios. Um classificou os usuários, em sua maioria, como aderentes e outro como não aderentes. Tal achado permite refletir sobre as duas ferramentas utilizadas: uma dispõe de um modelo de apenas quatro questões, de fácil aplicação, simples e prático; já a outra permite avaliar a adesão em mais possibilidades, revelando pontos onde estão os principais obstáculos no seguimento do tratamento, visto que fornece subsídios através de três dimensões (regime, crença e recordação)³⁷. Em contrapartida, a sua aplicação e sua análise tornam-se mais demoradas. Apesar disso, o BMQ apresenta maior sensibilidade e especificidade em relação ao teste de Morisky-Green¹⁵⁻¹⁶.

CONCLUSÕES

No presente estudo, os portadores de doenças crônicas apresentaram maiores escores de qualidade de vida nos domínios social e meio ambiente. Observou-se também que a qualidade de vida aumenta na presença de maior adesão à terapia medicamentosa.

A adesão à terapia medicamentosa analisada através dos métodos de Morisky-Green e BMQ, mostrou-se contraditória, mas levando-se em consideração os variados pontos mensurados pelo BMQ, a baixa adesão encontrada foi relacionada ao esquecimento, fato ligado à recordação, que é ponto de difícil comando com o avanço da idade.

Diante disso, os questionários de adesão possibilitam investigar onde estão as dificuldades dos usuários em seus tratamentos, permitindo um mapeamento de possíveis ações a serem tomadas, como medidas educativas na conscientização do uso correto dos medicamentos, elaboração de tabelas posológicas e acompanhamento dos pacientes com baixa adesão ao tratamento através de visitas domiciliares com equipes multiprofissionais.

Fontes de Financiamento:

Universidade Feevale.

Conflito de interesses:

Os autores declaram não existir conflito de interesses.

Colaboradores:

MDK, TGV, ASS, JRR, AHB e MSP: Concepção e projeto ou análise e interpretação dos dados. MDK, AHB e MSP: Redação do artigo ou revisão crítica relevante do conteúdo intelectual. AHB e MSP: Aprovação final da versão a ser publicada. MSP: Ser responsável por todos os aspectos do trabalho na garantia da exatidão e integridade de qualquer parte da obra.

Agradecimentos:

Não há.

REFERÊNCIAS

1. Delgado AB, Lima ML. Contributo para a validação concorrente de uma medida de adesão aos tratamentos. *Psicologia, saúde & doenças*, 2001, 2(2):81-100.
2. Marin NS, dos Santos MF, Moro AS. Percepção de hipertensos sobre a sua não adesão ao uso de medicamentos. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 2016, 50(esp):61-67.
3. Schmitt Júnior AA, Lindner S, de Santa Helena ET. Avaliação da adesão terapêutica em idosos atendidos na atenção primária. *Revista da Associação Médica Brasileira*, 2013, 59(06):614-621.
4. OMS. Organização Mundial de Saúde. Cuidados inovadores para condições crônicas: componentes estruturais de ação. Relatório Mundial. Brasília: 2003, 105p.
5. Ferreira D. Impacto da adesão terapêutica nos custos dos cuidados de saúde. *Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar*, 2014, 30(4):268-270.
6. Mishra SI et al. Adherence to medication regimens among low-income patients with multiple comorbid chronic conditions. *Health & social work*, 2011, 36(4):249-258.
7. Tavares NUL et al. Fatores associados à baixa adesão ao tratamento medicamentoso em idosos. *Rev. Saúde Pública*, 2013, 47(6):1092-1101.
8. Rios MC, Carvalho RG, Rios PS. Avaliação da adesão farmacoterapêutica em pacientes atendidas em um programa assistencial ao idoso. *Revista Brasileira de Farmácia*, 2014, 95(1):544-560.
9. Rabelo DF et al. Qualidade de vida, condições e autopercepção da saúde entre idosos hipertensos e não hipertensos. *Kairós Gerontologia. Revista da Faculdade de Ciências Humanas e Saúde*, 2011, 13(2):115-130.
10. Paula GR et al. Qualidade de vida para avaliação de grupos de promoção da saúde. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 2016, 69(2):242-249.
11. Diniz DP, Schor N. *Guia de qualidade de vida*. Guias de Medicina, 1ª edição, Barueri, Manole, 2006:17-22.
12. Monterroso LE, Joaquim N, Octávio de Sá L. Adesão do regime terapêutico medicamentoso dos idosos integrados nas equipes domiciliares de Cuidados Continuados. *Revista de Enfermagem*, 2015, 4(5):9-16.
13. Morisky DE, Green LW, Levine DM. Concurrent and predictive validity of a self-reported measure of medication adherence. *Medical care*, 1986, 24(1):67-74.
14. Svarstad BL et al. The Brief Medication Questionnaire: a tool for screening patient adherence and barriers to adherence. *Patient education and counseling*, 1999, 37(2):113-124.
15. Ben AJ, Neumann CR, Mengue SS. Teste de Morisky-Green e Brief Medication Questionnaire para avaliar adesão a medicamentos. *Rev. de Saúde Pública*, 2012, 46(2):279-289.
16. Mantovani MF et al. Utilização do brief medication questionnaire na adesão medicamentosa de hipertensos. *Revista de enfermagem UFPE On Line*, 2015, 9(1):84-90.
17. Fleck MPA et al. Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida "WHOQOL-bref". *Rev. de saúde pública*, 2000, 34(2):178-183.

18. Norwegian Institute of Public Health. World Health Organization Collaborating Centre for Drug Statistics Methodology. Guidelines for Anatomical Therapeutic Chemical (ATC) classification and Defined Daily Dose (DDD) assignment 2014. Oslo, 2013.
19. Marin MJS et al. Caracterização do uso de medicamentos entre idosos de uma unidade do Programa Saúde da Família. *Cad. Saúde Pública*, 2008, 24(7):1545-1555.
20. Galato D, Silva ES, Tiburcio LD. Estudo de utilização de medicamentos em idosos residentes em uma cidade do sul de Santa Catarina (Brasil): um olhar sobre a polimedicação. *Ciênc saúde coletiva*, 2010, 15(6):2899-2905.
21. Marques EIW, Petuco VM, Gonçalves CBC. Motivos da não adesão ao tratamento médico prescrito entre os idosos de uma unidade de saúde da família do município de Passo Fundo-RS. *Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano*, 2010, 7(2):267-279.
22. Tavares NUL et al. Fatores associados à baixa adesão ao tratamento farmacológico de doenças crônicas no Brasil. *Rev. Saúde Pública*, 2016, 50(2):1-11.
23. Oliveira REM, Nascimento MMG, Pereira, ML. Uso de medicamentos por idosos de uma unidade de atenção primária à saúde. *Revista Brasileira de Farmácia Hospitalar e Serviços de Saúde*, 2016, 7(3):30-34.
24. Sociedade Brasileira de Cardiologia. VII Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial. *Arq Bras Cardiol*. 2016;107(3 Supl 3):1-83.
25. Flores LM, Mengue SS. Uso de medicamentos por idosos em região do sul do Brasil. *Rev. Saúde Pública*, 2005, 39(6):924-929.
26. Ribeiro AQ et al. Inquérito sobre uso de medicamentos por idosos aposentados. *Rev. de Saúde Pública*, 2008, 42(4):724-732.
27. Tavares DM et al. Qualidade de vida e adesão ao tratamento farmacológico entre idosos hipertensos. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 2016, 69(1):134-141.
28. Souza MS, Kopittke L. Adesão ao tratamento com psicofármacos: fatores de proteção e motivos de não adesão ao tratamento farmacológico. *Revista de APS*, 2017, 19(3): 361-369.
29. Hanus JS et al. Associação entre a qualidade de vida e adesão à medicação de indivíduos hipertensos. *Acta Paulista de Enfermagem*, 2015, 28(4):381-387.
30. Stival MM et al. Fatores associados à qualidade de vida de idosos que frequentam uma unidade de saúde do Distrito Federal. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 2014, 17(2):395-405.
31. Carvalho MV et al. A influência da hipertensão arterial na qualidade de vida. *Arq Bras Cardiol*, 2013, 100(2):164-174.
32. Obreli-Neto PR et al. Métodos de avaliação de adesão à farmacoterapia. *Revista Brasileira de Farmácia*, 2012, 93(4):403-410.
33. Sousa LPC, Vedana KGG, Miasso AI. Adesão ao tratamento medicamentoso por pessoas com transtorno de ansiedade. *Revista Cogitare Enfermagem*, 2016, 21(1).
34. Silva AB et al. Prevalência de diabetes mellitus e adesão medicamentosa em idosos da Estratégia Saúde da Família de Porto Alegre/RS. *Cad. Saúde Coletiva*, 2016, 24(3):308-316.
35. Dewulf NLS et al. Adesão ao tratamento medicamentoso em pacientes com doenças gastrointestinais crônicas acompanhados no ambulatório de um hospital universitário. *Rev. Bras. Ciênc. Farm.* 2006, 42(4):575-584.
36. Souza AC, Borges JW, Moreira TM. Qualidade de vida e adesão ao tratamento em hipertensão: revisão sistemática com metanálise. *Rev. de Saúde Pública*, 2016, 50:71.
37. Guilarducci NV et al. Farmacoterapia de pacientes em terapia renal substitutiva: um enfoque em adesão. *Revista Brasileira de Farmácia Hospitalar e Serviços de Saúde*, 2016, 7(3):8-12.