

Samuelle Carolina Bampi¹
 Lisiane Freitas Leal²
 Maicon Falavigna²
 Lilian Peres Righetto de Araujo²
 Renato Eick²
 Regina Kuhmmer²
 Catia Moreira Guterres²
 Diego Gnatta¹

AVALIAÇÃO DA ADESÃO MEDICAMENTOSA EM PACIENTES PORTADORES DE INSUFICIÊNCIA RENAL CRÔNICA SUBMETIDOS À HEMODIÁLISE

EVALUATION OF MEDICATION ADHERENCE IN PATIENTS WITH CHRONIC RENAL FAILURE UNDERGOING HEMODIALYSIS

EVALUACIÓN DE LO CUMPLIMIENTO FARMACOLÓGICO EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA SOMETIDOS A LA HEMODIÁLISIS

1. Universidade de Caxias do Sul
 2. Associação Hospitalar Moinhos de Vento

RESUMO

A baixa adesão a medicamentos é descrita em pacientes renais crônicos, podendo causar falhas terapêuticas e complicações no quadro clínico do paciente. O aumento da adesão medicamentosa e, conseqüentemente adequação nos resultados de exames bioquímicos, pode melhorar a qualidade de vida e desfechos clínicos do paciente.

Objetivos: Avaliar a adesão medicamentosa em pacientes renais crônicos submetidos à hemodiálise em um serviço no qual esta população não é assistida por um farmacêutico clínico.

Metodologia: Foi realizado um estudo epidemiológico, com delineamento transversal e descritivo. O Brief Medication Questionnaire (BMQ) e o Teste de Morisky Green (TMG) foram os instrumentos utilizados para avaliação da adesão medicamentosa de pacientes submetidos à hemodiálise em um hospital de Porto Alegre – RS.

Resultados: O estudo foi composto por quarenta indivíduos, o gênero prevalente foi o masculino (67,5%), pelo menos 75% dos pacientes eram maiores de 60 anos, 77,5% eram brancos e 65% casados. De acordo com o obtido através do TMG, 23 pacientes (57,5%) foram classificados como tendo moderada adesão, seguidos por 13 (32,5%) aderentes e quatro (10%) com baixa adesão. No entanto, os resultados obtidos no BMQ demonstraram que a amostra era dividida em baixa adesão (65%) e provável baixa adesão (35%).

Conclusão: Apesar das diferentes classificações, ambos os questionários evidenciaram que grande parte dos pacientes não adere adequadamente ao tratamento farmacológico, justificando a necessidade de um acompanhamento farmacoterapêutico nesta população. Como incentivo à adesão, faz-se necessário a identificação dos fatores influentes para desenvolvimento de estratégias educativas e incentivadoras para os pacientes.

Descritores: Adesão à Medicação, Insuficiência Renal Crônica, Unidades Hospitalares de Hemodiálise.

ABSTRACT

The low adherence to medication is described in chronic renal patients, which might cause therapeutic flaws and complications in the patient's clinical state. The increase of medication adherence, consequently, adequacy in biochemical exams results, can improve the quality of life and clinical outcome of the patient.

Objective: To evaluate medication adherence in chronic renal patients undergoing hemodialysis in a service in which this population is not assisted by a clinical pharmacist.

Methods: Epidemiologic study, with descriptive and transversal outlining. The Brief Medication Questionnaire (BMQ) and the Morisky Green Test (MGT) were the instruments used in order to evaluate medication adherence in patients undergoing hemodialysis in a hospital in Porto Alegre – RS.

Results: The study consisted of forty individuals, the prevalent gender was male (67,5%), at least 75% of the patients were over 60 years old, 77,5% were white and 65% married. According to what was obtained through the TMG, 23 patients (57,5%) were classified as moderately adherent, followed by 13 (32,5%) adherent and 4 (10%) with low adherence. The results obtained in the BMQ showed that the sample was divided in "low adherence" (65%) and "probable low adherence" (35%).

Conclusion: Despite the different classifications, both questionnaires made evident that most patients do not adhere properly to the pharmacological treatment, justifying the need of a pharmacotherapeutic follow-up in this population. As an incentive to adherence, it is necessary to identify the influent factors for the development of educative and incentivating strategies to patients.

Descriptors: Medication Adherence, Renal Insufficiency, Chronic, Hemodialysis Units, Hospital.

Recebido em: 31/07/15
 Aceito em: 23/12/15

Autor para Correspondência:
 Samuelle Carolina Bampi
 Universidade de Caxias do Sul
 E-mail:
 scbampi@gmail.com

RESUMEN

Se describe acerca de la baja adherencia farmacológica en los pacientes renales crónicos y sus implicaciones en el fracaso terapéutico y sus complicaciones en la condición clínica del paciente. Una mayor adherencia a la terapia, con eso la mejora de las pruebas bioquímicas, puede mejorar la calidad de vida y el resultado clínico del paciente.

Objetivo: Analizar el cumplimiento farmacológico de los pacientes renales crónicos sometidos a hemodiálisis en un servicio en el que esta población no es asistida por un farmacéutico clínico.

Métodos: Estudio epidemiológico, con diseño transversal, descriptivo. Lo Brief Medication Questionnaire (BMQ) y lo Test de Morisky Green (TMG) fueron los instrumentos utilizados para evaluar adherencia a la medicación de pacientes sometidos a hemodiálisis en un hospital de Porto Alegre - RS.

Resultados: El estudio consistió de cuarenta individuos, el género predominante fue de sexo masculino (67,5%), al menos el 75% de los pacientes eran mayores de 60 años de edad, el 77,5 % eran blancos y 65% casados. De acuerdo con el obtenido en lo TMG, 23 pacientes (57,5%) se clasificaron como moderadamente cumplidores, seguido de 13 (32,5%) cumplidores y 4 (10%) bajo cumplidores. Sin embargo, los resultados obtenidos en el BMQ mostraron que la muestra fue dividida en "bajo cumplimiento" (65%) y "probable bajo cumplimiento" (35 %).

Conclusión: A pesar de las diferentes clasificaciones, ambos cuestionarios mostraron que la mayoría de los pacientes no presentan adherencia al tratamiento farmacológico, lo que justifica la necesidad de un seguimiento farmacoterapéutico en esta población. Se requiere insistir en un refuerzo para el cumplimiento, y la identificación de los factores influyentes para mejorar los resultados.

Descriptores: Cumplimiento de la Medicación, Insuficiencia Renal Crónica, Unidades de Hemodiálisis en Hospital

INTRODUÇÃO

A Doença Renal Crônica (DRC) é um problema de saúde pública com considerável crescimento na incidência e prevalência de indivíduos em terapia dialítica em todo o mundo. Estima-se que aproximadamente 5% dos adultos estadunidenses e 10% dos cidadãos europeus sofrem de algum grau da doença. Em 2010, no Brasil, o número projetado de pacientes em tratamento dialítico e com transplante renal era 120.000. Esta população geralmente apresenta diversas complicações e comorbidades que tornam necessárias a utilização de um elevado número de medicamentos e alterações frequentes nas doses prescritas¹⁻³.

A quantidade de medicamentos prescritos e a frequente necessidade de mudança nas doses são os principais fatores responsáveis pela baixa adesão medicamentosa em pacientes renais crônicos. A baixa adesão pode ocasionar falha terapêutica, afetando a qualidade de vida e sobrevivência do paciente em longo prazo, aumentando o risco de complicações e interferindo no sucesso terapêutico. Neste contexto, a adesão à terapia medicamentosa faz-se importante para um melhor controle bioquímico, redução das taxas de morbimortalidade e melhora da qualidade de vida⁴.

Diversos estudos citam a baixa adesão ao tratamento farmacológico em pacientes renais crônicos. Sgnaolin e Figueiredo (2012) evidenciaram em seu trabalho que 55% dos pacientes entrevistados apresentaram baixa adesão medicamentosa. A média de medicamentos prescritos foi de 6 ± 3 , com número mínimo de um e máximo de 16. O motivo de não adesão mais frequente foi o esquecimento (23%), seguido da falta de conhecimento sobre o tratamento farmacológico, onde apenas 9,2% dos pacientes souberam relatar corretamente nome e dose de todos os medicamentos prescritos⁴. Este cenário pode ser influenciado pela ausência de farmacêuticos no cuidado a esta população, uma vez que a legislação brasileira não exige o profissional para o funcionamento dos serviços de diálise⁵. Verifica-se, portanto, a relevância em oportunizar aos profissionais farmacêuticos a sua atuação junto à equipe multidisciplinar, responsável pelos cuidados aos pacientes dialisados, e a necessidade da utilização de recursos que possam auxiliar na promoção da adesão e, conseqüente, solução de problemas relacionados à terapia medicamentosa e melhora na qualidade de vida⁶.

A literatura sustenta que o envolvimento do farmacêutico no tratamento de diversas doenças proporciona melhorias nos serviços prestados e no quadro clínico dos indivíduos². Bastos (2014) defendeu que o manejo da DRC, idealmente, deveria ser realizado por equipe interdisciplinar e destacou a importância do farmacêutico na equipe, seja reforçando com o paciente as orientações farmacológicas, seja avaliando possíveis interações medicamentosas e reações adversas⁷. Madalozzo e colaboradores (2006) evidenciaram a resolução de problemas relacionados a medicamentos com a inserção de acadêmicos

de farmácia, em parceria com os demais profissionais, em um serviço de hemodiálise⁶. Peter (2010) mencionou a redução de custos com internações devido às atividades farmacêuticas⁸. Stemer e Lemmens-Gruber (2011) observaram que o envolvimento de farmacêuticos clínicos no cuidado ao paciente com DRC preencheu algumas lacunas deficientes no tratamento dessa população, como o cumprimento da meta de hemoglobina, aumento do conhecimento dos doentes sobre os tratamentos farmacológicos, diminuição das taxas de hospitalização, melhoria geral da qualidade de vida, controle da glicemia capilar e pressão arterial e diminuição dos níveis de microalbuminúria².

Como incentivo à adesão, é necessário que haja melhora no processo de orientação aos pacientes sobre DRC e seu tratamento medicamentoso. O papel do farmacêutico ultrapassa os aspectos técnicos de "consultor" para o uso racional dos medicamentos. Permite o envolvimento com os pacientes, através de visitas periódicas que geram um vínculo, essencial para o desenvolvimento da Atenção Farmacêutica, com ações apropriadas que estimulem no paciente conscientização e auto-cuidado^{4,6}. Neste contexto, o objetivo deste estudo foi avaliar a adesão medicamentosa em pacientes renais crônicos submetidos à hemodiálise em um serviço no qual esta população não é assistida por um farmacêutico clínico.

METODOLOGIA

Delineamento e desenho geral do estudo

Estudo epidemiológico, com delineamento transversal e descritivo.

Local de estudo

A pesquisa foi realizada em um hospital do município de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. Este hospital é privado e de grande porte, atendendo pacientes através de acesso particular ou por convênios. Possui uma clínica de hemodiálise que oferece serviço para 73 pacientes ambulatoriais, de segunda a sábado, divididos em três turnos. Estes pacientes realizam, em média, três sessões de hemodiálise por semana, com duração média de quatro horas.

Crítérios de inclusão

Foram selecionados os pacientes renais crônicos com idade igual ou superior a 18 anos que utilizavam o serviço de hemodiálise do Hospital Moinhos de Vento, que realizavam pelo menos uma sessão de hemodiálise por semana, tinham pelo menos um medicamento em uso e aceitaram participar do estudo após leitura, compreensão e assinatura ao Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Critérios de exclusão

Foram excluídos pacientes não alfabetizados e que não estivessem acompanhados por familiar ou cuidador, e pacientes cuja prescrição atual fosse desconhecida, uma vez que a mesma era necessária para a intervenção proposta. Foi feito contato prévio para obtenção da prescrição corrente.

Coleta e armazenamento de dados

No momento da inclusão do paciente no estudo, foram coletadas as seguintes informações:

- Variáveis demográficas (sexo, idade, cor, estado civil) e socioeconômicas (escolaridade e classe social, segundo classificação da Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa – ABEP para o ano vigente)⁹.
- Dados da doença (causa, tempo de diagnóstico da patologia e em diálise, presença de comorbidades, transplante prévio e número de sessões semanais);
- Medicamentos prescritos (incluindo dose e posologia);
- Adesão medicamentosa, avaliada utilizando as versões em português de dois instrumentos validados: Brief Medication Questionnaire – BMQ¹⁰ com onze perguntas e Teste de Morisky Green – TMG com quatro perguntas¹¹. O escore de problemas encontrados pelo BMQ em cada domínio (regime, crenças e recordação) foi obtido comparando-se as respostas dos pacientes com prescrição recebida.

A versão utilizada do TMG possui as seguintes perguntas: 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?

As informações sobre medicamentos prescritos foram retiradas tanto do prontuário do paciente, quanto das prescrições trazidas de outros médicos ou serviços de saúde e relações feitas pelos pacientes ou responsáveis.

Amostragem

A amostragem (n=40) foi constituída por técnica não probalística (amostragem intencional por conveniência), considerando-se o número de pacientes inscritos no serviço de hemodiálise e o tempo disponível para execução do projeto.

Análise dos dados – Estatística

As variáveis contínuas foram apresentadas em média e desvio padrão e mediana e intervalo interquartil, enquanto as categóricas com frequência e porcentagem. As análises foram conduzidas no pacote estatístico SPSS para Windows (versão 21.0) e no programa Microsoft Office Excel 2007 (12ª versão).

Aspectos éticos

O protocolo da pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética e Pesquisa do Instituto de Educação e Pesquisa do Hospital Moinhos de Vento, sendo aprovado pelo parecer nº 1.028.930. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) foi lido e assinado por todos os pacientes participantes do estudo ou responsáveis.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Dos 73 pacientes elegíveis do serviço, 42 foram convidados para a pesquisa. Houve recusa de dois, enquanto 40 ingressaram através de assinatura ao TCLE. As características sócio-demográficas desta amostra encontram-se na Tabela 1.

Tabela 1. Características sócio-demográficas de 40 pacientes submetidos à hemodiálise

Variáveis	n (%)
Gênero	
Masculino	27 (67,5)
Feminino	13 (32,5)
Idade (anos)*	71,0 (61,25-80,25)
Classe econômica ¹²	
A	10 (25)
B1	9 (22,5)
B2	14 (35)
C1	3 (7,5)
C2	3 (7,5)
DE	1 (2,5)
Estudo (anos)**	13,4 ± 5,75
Cor da pele	
Branco	31 (77,5)
Pardo	6 (15)
Preto	3 (7,5)
Estado Civil	
Casado	26 (65)
Solteiro	5 (12,5)
Viúvo	5 (12,5)
Separado	4 (10)

*Mediana (Intervalo Interquartil - IQ)

**Média ± Desvio Padrão (DP)

¹ABEP, 2014

²Salário mínimo vigente R\$ 788

Houve predomínio do sexo masculino (67,5%) assim como em estudos realizados nos estados de São Paulo e Minas Gerais (Brasil), Amã (Jordânia) e Karnataka (Índia), que apontaram o gênero como predominante com 68%¹², 68%¹³, 56,9%¹⁴ e 68,9%¹⁵, respectivamente.

Aproximadamente 75% dos pacientes eram maiores de 60 anos, sendo que 50% tinham idade entre 61 e 80. Dois estudos, realizados nos estados de São Paulo e Minas Gerais, apresentaram a faixa entre 50 e 59 anos como a de maior percentual, sendo que os pacientes com idade superior a 60 anos representavam 44% e 38%, respectivamente^{12,13}. A predominância da faixa etária encontrada no presente estudo pode estar relacionada com o perfil de pacientes da região Sul do país, uma vez que em outro estudo realizado na cidade de Porto Alegre (RS) esta mesma faixa representou 73,8%⁴.

A classe econômica de maior incidência foi a B2, com 35% dos pacientes, seguida da classe A (25%) e da B1 (22,5%). O município de Porto Alegre tem aproximadamente apenas 35% da sua população compreendida nestas três classes, sugerindo que os pacientes atendidos no serviço têm nível econômico alto, levando em consideração a cidade a qual pertencem. A classificação B2 estima uma renda domiciliar mensal de R\$ 4.427,36 (aproximadamente 5,6 salários mínimos)⁹. Em dois estudos realizados em hospitais universitários, nos anos de 2007 e 2012, a renda mensal maior do que 5 salários mínimos fazia parte de apenas 10% e 16,9% da população amostral^{16,4}. Em outro estudo, realizado em um serviço público em 2014, a maior classificação de renda era a partir de três salários mínimos e representava apenas 17,1% dos participantes¹². Esta diferença possivelmente está relacionada à forma de acesso ao serviço do presente estudo, particular ou via convênio, enquanto que o acesso via Sistema Único de Saúde (SUS) é possível para os serviços dos três estudos supracitados.

A média de anos de estudo foi de 13,4, com desvio padrão de 5,8, sendo que 24 (60%) pacientes possuíam escolaridade igual ou superior

a 12 anos. Este resultado foi alto, quando comparado aos três estudos citados no parágrafo anterior, onde apenas 16,9%, 8,8% e 6,7% dos indivíduos possuem esta faixa de educação^{4,12,16}. O nível econômico da amostra em questão parece estar relacionado com esta parcela de indivíduos com escolaridade igual ou superior a 12 anos, uma vez que os três artigos consultados evidenciaram a relação menor nível econômico e menor escolaridade.

Quanto à cor, 31 (77,5%) pacientes eram brancos, seis (15%) pardos e três (7,5%) negros. Esta mesma ordem também foi encontrada em uma pesquisa no estado de São Paulo, onde o percentual de brancos era 49,5%¹². Estes indivíduos também fizeram parte da maior parcela (52,3%) em outro estudo executado em Porto Alegre⁴.

As características sobre a DRC encontram-se na Tabela 2. Segundo o relato dos próprios pacientes, 45% receberam o diagnóstico de DRC há menos de quatro anos, sendo que o menor tempo de diagnóstico relatado foi de quatro meses e o máximo de 24 anos. Resultado similar foi descrito na literatura consultada, onde o tempo de diagnóstico menor que quatro anos era realidade de 50% da amostra¹⁶. As principais causas descritas foram hipertensão (67,5%), diabetes (37,5%) e outra (32,5%), que compreendia, principalmente, cálculo renal, utilização de medicamentos anti-inflamatórios e contraste. No Brasil, hipertensão é a maior causa de DRC, seguida por diabetes, como evidenciado neste e em outros estudos consultados, onde os percentuais 35,4% e 59,4% foram apresentados para hipertensão e 26,1% e 26,7% para diabetes^{4,12}.

Tabela 2. Características da DRC

Variáveis	n (%)
Tempo de diagnóstico da DRC (meses)*	54,0 (15,7-129,0)
Causa	
Hipertensão Arterial Sistêmica	27 (67,5)
Diabetes	15 (37,5)
Genética/hereditária	10 (25,0)
Neoplásica	3 (7,5)
Indeterminada/desconhecida	3 (7,5)
Outra	13 (32,5)
Tempo em hemodiálise (meses)*	23,5 (6,0-37,5)
Número de sessões semanais*	3 (3,0-3,2)
Transplante prévio	2 (5,0)
Comorbidades	
Hipertensão Arterial Sistêmica	34 (85,0)
Dislipidemia	20 (50,0)
Cardiopatia isquêmica	18 (45,0)
Diabetes	17 (42,5)
Insuficiência Cardíaca Congestiva	14 (35,0)
Infarto Agudo do Miocárdio prévio	12 (30,0)
Obesidade	9 (22,5)
Acidente Vascular Cerebral prévio	8 (20,0)

*Mediana (IQ)

O tempo em terapia dialítica variou de um mês até 11 anos, sendo que aproximadamente 67% dos pacientes faziam diálise há menos de três anos. O resultado mais próximo obtido foi em um estudo, onde este mesmo período de tempo totalizava aproximadamente 66,7% dos pacientes¹⁶. Outro estudo apresentou a média de $3,6 \pm 3,6$ anos, não informando o percentual de indivíduos por tempo de tratamento¹². Fernandes, Ravanhani e Bertocin (2009) apontaram que 36% da amostra tinha menos de três anos de tratamento, sendo a maior parcela (44%) representada por pacientes com três a cinco anos de terapia dialítica¹³. Por outro lado, em uma pesquisa realizada na Índia, o maior percentual de pacientes por tempo, era referente aos indivíduos com

menos de seis meses de tratamento, onde aproximadamente 66,7% compunham este período, seguidos por 26,7% participantes em hemodiálise há mais de um ano¹⁵.

Os pacientes da clínica onde foi feita a pesquisa têm a possibilidade de adequar as horas semanais de diálise dividindo-as entre duas e até seis sessões por semana. Dessa forma, o número médio de sessões semanais foi $3,45 \pm 0,96$, porém, mesmo com a disponibilidade de uma escala mais flexível, pelo menos 72% dos pacientes dialisavam três vezes por semana. Essa escala foi descrita como a principal no estudo de Terra (2007), onde 96,7% dos pacientes faziam três sessões semanais, e o restante duas¹⁶. Esta diferença de percentuais pode estar relacionada com o número de sessões disponível no serviço em questão, uma vez que os pacientes têm cinco opções de escala, fazendo com que a incidência na principal seja reduzida.

Dois (5%) pacientes já haviam realizado transplante renal, reiniciando a diálise após cinco e 20 anos de cirurgia e ambos utilizavam medicamentos imunossupressores. Os pacientes foram questionados quanto a oito possíveis comorbidades. As quatro principais foram hipertensão, com 85% dos pacientes, seguida de dislipidemia (50%), algum tipo de cardiopatia isquêmica (45%) e diabetes (42,5%). As outras quatro, em ordem decrescente, foram insuficiência cardíaca congestiva (ICC), infarto agudo do miocárdio prévio, obesidade e acidente vascular cerebral prévio. Em estudo realizado na Jordânia, hipertensão atingia 85,4% do total de pacientes, seguido por indivíduos em profilaxia para cardiopatia isquêmica (53,8%), diabetes (50%) e dislipidemia estava em quinta posição com 23,8%, demonstrando similaridade ao encontrado na presente pesquisa¹⁴. No estudo de Terra (2007)¹⁶, hipertensão também foi a principal comorbidade, atingindo 96,3% dos participantes, seguida de diabetes (29,6%) e ICC (14,82%), esta última que no presente estudo representava 35%.

Tabela 3. Número de medicamentos prescritos e escore de adesão medicamentosa TMG e BMQ

Variáveis	n (%)
Número de medicamentos*	10 (7,0-12,0)
Teste de Morisky Green ¹¹	
Alta adesão	13 (32,5)
Moderada adesão	23 (57,5)
Baixa adesão	4 (10,0)
Brief Medication Questionnaire ¹⁰	
Alta adesão	0
Provável alta adesão	0
Provável baixa adesão	14 (35,0)
Baixa adesão	26 (65,0)

*Mediana (IQ)

Além de alterações no estilo de vida, o paciente renal crônico necessita de tratamento medicamentoso para cada uma das suas comorbidades, que frequentemente iniciam com a já citada hipertensão, seguido de anemia, acidose e distúrbios fosfocálcicos não citados anteriormente^{14,16}. Dessa forma, o número de medicamentos utilizados por cada paciente varia bastante, de dois, podendo chegar a 19 medicamentos prescritos, como observado em nosso estudo, sendo que pelo menos metade dos pacientes utilizavam entre sete e 12 medicamentos. Em um estudo realizado na Índia, 48,2% dos pacientes tinham mais de sete medicamentos prescritos, porém apenas 1,2% possuíam em sua prescrição mais de 10 medicamentos¹⁷. Também na Índia, Sathvik e colaboradores (2009) verificaram que 63,3% dos participantes da pesquisa tinham mais de cinco medicamentos prescritos¹⁵. Sgnaolin e Figueiredo (2012) obtiveram que 78,5% dos pacientes utilizavam mais de três medicamentos⁴. Os últimos dois percentuais são superiores aos encontrados na presente pesquisa e no primeiro estudo da Índia possivelmente devido ao ponto de corte utilizado em cada trabalho, que fez com que mais medicamentos

compusessem a faixa estabelecida. Aburuz e colaboradores (2013) relataram que cada paciente utilizava em média $7,6 \pm 3,1$ medicamentos, outro resultado que evidencia que a população em questão é dependente de um grande número de medicamentos para manutenção da DRC e comorbidades¹⁴. As informações sobre o número de medicamentos e o escore de adesão medicamentosa estão relacionados na Tabela 3.

O manejo ideal da DRC e comorbidades acontece quando o paciente tem alta adesão ao tratamento da hemodiálise, que consiste em alterações muitas vezes significativas na dieta, controle da ingesta hídrica e quando segue corretamente as orientações sobre a tomada de medicamentos. Sabe-se que a quantidade de medicamentos prescritos e a complexidade do esquema terapêutico são fatores que influenciam na adesão ao tratamento farmacológico¹⁸. Dessa forma, faz-se necessário o conhecimento acerca de como está a adesão do paciente ao seu tratamento medicamentoso, uma vez que o grau de adesão influencia nos resultados clínicos². Os métodos para avaliação da adesão dividem-se em diretos e indiretos. Os primeiros são baseados em técnicas analíticas laboratoriais para quantificação do fármaco, metabólitos ou algum marcador em fluidos biológicos. Já os métodos indiretos se baseiam na avaliação da adesão a partir dos relatos dos próprios pacientes ou através de estimativas indiretas. Neste último, tem-se como exemplo: entrevista com o paciente, questionários estruturados, contagem manual e eletrônica de comprimidos (Medication Event Monitoring System – MEMS) e registro de retirada de medicamentos em farmácias¹⁹.

Embora com baixa sensibilidade e acurácia, os questionários são os métodos mais utilizados, uma vez que apresentam baixo custo, facilidade e rapidez de aplicação, permitindo acompanhar um grande número de indivíduos. Por outro lado, as respostas são facilmente manipuláveis pelos pacientes, causando uma falsa idéia de adesão ao tratamento medicamentoso^{10,19,20}. Na presente pesquisa, optou-se pela utilização de dois questionários, o Teste de Morisky Green (TMG), que é o questionário mais utilizado no Brasil, mesmo apresentando desempenho fraco e o Brief Medication Questionnaire (BMQ), que em um estudo se mostrou superior ao TMG, principalmente para o rastreamento da conduta não aderente¹⁰.

O TMG revelou que 57,5% dos pacientes tinham moderada adesão, seguidos de pacientes alta adesão (32,5%) e que apenas 10% dos participantes tinham baixa adesão. Ao aplicar o mesmo questionário com 65 pacientes, Sgnaolin e Figueiredo (2012) relataram que 44,6% dos participantes declaravam-se com alta adesão, enquanto o restante demonstrou baixa adesão em alguma das questões. Neste estudo, o principal motivo de baixa adesão foi o esquecimento (35,4%), enquanto que o encontrado pelo presente estudo foi o descuido com horários (57,5%), seguido pelo esquecimento com 37,5%⁴.

O resultado do BMQ foi oposto ao encontrado pelo TMG, quando nenhum paciente foi classificado como “alta adesão” ou “provável alta adesão”. O escore médio encontrado foi $4,55 \pm 1,53$, sendo que 14 pacientes (35%) foram classificados como “provável baixa adesão”, enquanto a maioria (65%) foi classificada como “baixa adesão”. Resultado similar foi evidenciado em um ensaio clínico randomizado, de Rani e colaboradores na Índia, onde o escore médio obtido para o BMQ na coleta inicial foi $4,26 \pm 0,95$, lembrando que quanto maior o escore, menor é a adesão aos medicamentos e este varia de zero a 11¹⁰.

A literatura sustenta que quando diferentes métodos são empregados na avaliação de adesão no mesmo estudo, grandes variações nos resultados são observadas. A alta adesão evidenciada pelo TMG no presente estudo pode estar relacionada com o constrangimento por parte dos pacientes, frente aos profissionais de saúde, em revelar que não aderem ao tratamento, preferindo responder o que considerariam correto, ao invés das atitudes habituais^{19,20}. O resultado superestimado deste questionário também foi citado em um dos artigos consultados²⁰. Já a baixa adesão evidenciada pelo BMQ pode estar relacionada aos minuciosos critérios de pontuação, onde o fato do paciente receber esquema de múltiplas doses já atribui um ponto ao escore, fazendo com que neste estudo 39 (97,5%) pacientes marcassem positivamente esta questão. Outras questões com elevada pontuação foram: falha no relato espontâneo de todos os medicamentos e horário de utilização (92,5%),

não saber responder alguma pergunta sobre o esquema terapêutico ou motivo da utilização (77,5%) e relatar que alguma das medicações não funciona bem ou não saber se funciona.

Um fator não levado em consideração durante a aplicação dos questionários foi que alguns pacientes eram assistidos por familiares ou cuidadores no que diz respeito à tomada de medicamentos, e estes muitas vezes não estavam presentes durante as sessões de hemodiálise. Este fato pode ter colaborado com o resultado negativo obtido no BMQ, já que se trata de um questionário mais complexo e que gera mais dificuldades para o paciente responder do que o TMG. Dessa forma, o paciente pontuado por não listar espontaneamente todos os seus medicamentos não necessariamente tem menor adesão do que o que soube listar.

Como em outras doenças crônicas, o grande problema da baixa adesão está relacionado com a ausência de persistência em longo prazo de terapia, em vez de esquecimento ocasional²⁰. A adesão é sujeita a influências multifatoriais²¹. Na DRC, os pacientes necessitam adequar suas rotinas ao esquema terapêutico dialítico, comprometendo sua vida social, profissional e, conseqüentemente, emocional. Estes fatores devem ser levados em consideração quando se deseja o cumprimento do tratamento farmacológico. As informações sobre a importância da terapia medicamentosa devem ser fornecidas por profissional capacitado, uma vez que são fundamentais para incentivar a adesão medicamentosa por parte dos pacientes. Durante as entrevistas muitos pacientes demonstraram preocupações com a quantidade de comprimidos utilizados, possíveis interações medicamentosas, custo dos medicamentos e sobre a real eficácia e necessidade da utilização de alguns medicamentos. Outros relataram incômodo com o tamanho dos comprimidos e o gosto de alguns medicamentos, principalmente quando a frequência de administração era maior.

Como incentivo à adesão, é necessário que haja melhoria no processo de orientação aos pacientes sobre DRC e seu tratamento medicamentoso. Esta é uma responsabilidade que contempla toda a equipe de profissionais envolvidos na assistência, que deve colocar como princípio orientador o foco de sua atenção no paciente e não na doença, proporcionando o bem-estar físico, psicológico e social desse protagonista que se vê dependente de terapias substitutivas renais para sua sobrevivência, adaptando a relação de cuidado paralelamente à conscientização e participação do doente no seu tratamento^{4,6,8,18}.

CONCLUSÕES

Apesar das diferentes classificações, ambos os questionários evidenciaram que grande parte dos pacientes amostrados não tem alta adesão ao tratamento medicamentoso. Através das entrevistas realizadas neste estudo, evidenciou-se que para estimular a adesão medicamentosa, é de extrema importância a identificação das razões pelas quais os pacientes interrompem os tratamentos para que, desta forma, se possam desenvolver estratégias com foco nas motivações do paciente, bem como no desenvolvimento de confiança e empatia, fornecendo o máximo de informações possível sobre a necessidade do cumprimento da terapia prescrita.

REFERÊNCIAS

1. Peres LA, Biela R, Herrmann M, et al. Estudo epidemiológico da doença renal crônica terminal no oeste do Paraná. Uma experiência de 878 casos atendidos em 25 anos. *Jornal Brasileiro de Nefrologia*, 2010, 32(1):51-56.
2. Stemer G, Lemmens-Gruber R. Clinical pharmacy activities in chronic kidney disease and end-stage renal disease patients: a systematic literature review. *BMC Nefrology*, 2011, 12(35):1-12.
3. Bastos MG, Bregman R, Kirsztajn GM. Doença renal crônica: frequente e grave, mas também prevenível e tratável. *Revista da Associação Médica Brasileira*, 2010, 56(2):248-253.

4. Sgnaolin V, Figueiredo AEPL. Adesão ao tratamento farmacológico de pacientes em hemodiálise. *Jornal Brasileiro de Nefrologia*, 2012, 34(2):109-116.
5. BRASIL. ANVISA. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução – RDC nº 154, de 15 de junho de 2004 - Estabelece o Regulamento Técnico para o funcionamento dos Serviços de Diálise. Disponível em: <http://sonerj.org.br/wp-content/uploads/2013/10/rdc-154.pdf>. Acesso em 14 de junho de 2015, 20:10h.
6. Madalozzo JC, Miyoshi B, Rodrigues Filho NJ, et al. Acompanhamento farmacêutico de pacientes insuficientes renais que realizam hemodiálise na Nefromed. *Revista Conexão UEPG*, 2006, 1(1):29-33.
7. Bastos MG. Interação medicamentosa na doença renal crônica. *Jornal Brasileiro de Nefrologia*, 2014, 36(1):8-9.
8. Peter WLS. Improving Medication Safety in Chronic Kidney Disease Patients on Dialysis Through Medication Reconciliation. *Advances in Chronic Kidney Disease*, 2010, 17(5):413-419.
9. ABEP. Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa. Alterações na Aplicação do Critério Brasil. 2014. Disponível em: www.abep.org. Acesso em 15 de junho de 2015, 21:37h.
10. Ben AJ, Neumann CR, Mengue SS. Teste de Morisky-Green e Brief Medication Questionnaire para avaliar adesão a medicamentos. *Revista de Saúde Pública*, 2012, 46(2):279-289.
11. Morisky DE, Green LW, Levine DM. Concurrent and predictive validity of a self-reported measure of medication adherence. *Med Care*, 1986, 24(1):67-74.
12. Lopes JM, Fukushima RLM, Pavarini SCI, et al. Qualidade de vida relacionada à saúde de pacientes renais crônicos em diálise. *Acta Paulista de Enfermagem*, 2014, 27(3):230-236.
13. Fernandes SD, Ravanhani VP, Bertoncin ALF. Uso de medicamentos por pacientes renais crônicos. *Revista Brasileira de Farmácia*, 2009, 90(4):327-333.
14. Aburuz SM, Alrashdan AJ, Jaber D et al. Evaluation of the impact of pharmaceutical care service on hospitalized patients with chronic kidney disease in Jordan. *International Journal of Clinical Pharmacy*, 2013, 35(1):780-789.
15. Sathvik BS, Narahari MG, Gurudev KC et al. Impact of Clinical Pharmacist-Provided Education on Medication Adherence Behaviour in ESRD Patients on Haemodialysis. *Iranian Journal of Pharmaceutical Science*, 2009, 5(1):21-30.
16. Terra FS. Avaliação da qualidade de vida do paciente renal crônico submetido à hemodiálise e sua adesão ao tratamento farmacológico de uso diário. 2007. 159. Dissertação (Mestrado em Saúde) – Universidade José do Rosário Vellano, Alfenas – MG, 2007.
17. Rani NV, Soundararajan P, Samyuktha CHL et al. Impact of clinical pharmacist provided education on medication knowledge and adherence of hemodialysis patients in South Indian University Hospital. *Asian Journal of Pharmaceutical and Clinical Research*, 2013, 6(4):24-27.
18. Maldaner CR, Beuter M, Brondani CM et al. Fatores que influenciam a adesão ao tratamento na doença crônica: o doente em terapia hemodialítica. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 2008, 20(4):647-653.
19. Obreli-Neto PR, Baldoni AO, Guidoni CM, et al. Métodos de avaliação de adesão à farmacoterapia. *Revista Brasileira de Farmácia*, 2012, 93(4):403-410.
20. Burnier M, Pruijm M, Wuerzner G et al. Drug adherence in chronic kidney diseases and dialysis. *Nephrology Dialysis Transplantation*, 2015, 30(1):39-44.
21. Ferreira IML, Princesa LYC, Rebelo NM, et al. Educação em saúde: ferramenta efetiva para melhora da adesão ao tratamento e dos resultados clínicos. *Revista Brasileira de Farmácia Hospitalar e Serviços de Saúde*, 2011, 2(3):41-45.