



## Analysis of adherence to pharmacotherapy by patients on hemodialysis treated at a university hospital

## Análise da adesão à farmacoterapia por pacientes em terapia hemodialítica atendidos em um hospital universitário

DINIZ, Sávio Bruno Araújo<sup>(1)</sup>; NASCIMENTO, Felipe Cícero Pereira do<sup>(2)</sup>; BENVINDO, Mariana Martins<sup>(3)</sup>; MOREIRA, Francisca Sueli Monte<sup>(4)</sup>; SOUZA, Regina Meira Lima de<sup>(5)</sup>; MATTA, Carolina Barbosa Brito da<sup>(6)</sup>

<sup>(1)</sup> 0000-0002-8085-8298; Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Pernambuco (HC-UFPE). Recife, Pernambuco (PE), Brasil. [saviodinizfarma@gmail.com](mailto:saviodinizfarma@gmail.com)

<sup>(2)</sup> 0000-0002-7423-4649; Universidade Federal de Pernambuco (UFPE). Recife, Pernambuco (PE), Brasil. [felipe.cicero@ufpe.br](mailto:felipe.cicero@ufpe.br)

<sup>(3)</sup> 0000-0002-1454-707X; Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Pernambuco (HC-UFPE). Recife, Pernambuco (PE), Brasil. [marimartinsbenvindo@gmail.com](mailto:marimartinsbenvindo@gmail.com)

<sup>(4)</sup> 0000-0001-7069-750X; Universidade Federal de Pernambuco (UFPE). Recife, Pernambuco (PE), Brasil. [francisca.sueli@ufpe.br](mailto:francisca.sueli@ufpe.br)

<sup>(5)</sup> 0000-0001-9735-7142; Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Pernambuco (HC-UFPE). Recife, Pernambuco (PE), Brasil. [reginameirahc@gmail.com](mailto:reginameirahc@gmail.com)

<sup>(6)</sup> 0000-0003-1917-4089; Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Pernambuco (HC-UFPE). Recife, Pernambuco (PE), Brasil. [carolinadamatta.hc@gmail.com](mailto:carolinadamatta.hc@gmail.com)

O conteúdo expresso neste artigo é de inteira responsabilidade dos/as seus/as autores/as.

### ABSTRACT

This study aimed to analyze adherence to pharmacotherapy by patients on hemodialysis treated at a university hospital. This is a descriptive, cross-sectional, prospective study with a quantitative approach; with data collection carried out between November 2022 and January 2023; which had sociodemographic and clinical data as variables and which used the Brief Medication Questionnaire (BMQ) to analyze the degree of adherence of the included patients. Those who did not obtain the minimum score for the Mini Mental State Examination cutoff points were excluded from the sample. Of the 43 patients included, there was a predominance of females (55.8%) aged over 50 years (53.5%), with family income of 1 to 3, 5 minimum wages (69.8%) and with more than 7 years of study (67.4%). The underlying diseases of undetermined etiology had the highest prevalence (18.6%). Among the participants, 53.5% had 1 to 3 comorbidities ( $3.7 \pm 2.2$ ) and had been on hemodialysis for less than 1 year (55.8%). Regarding the number of medications in use, there was a difference between the amount collected in the self-report ( $5.1 \pm 2$ ) and that obtained in the medical record ( $5.9 \pm 2.4$ ). Of these, 69.8% of the patients obtained a score compatible with low adherence according to the BMQ total score. In the "Regime" domain, 88.4% presented barriers. In the "Beliefs" domain, 27.9% scored and in the "Recall" domain, 93% obtained a score compatible with non-adherence. There was no statistically significant association between sociodemographic variables, however, there was a correlation between polypharmacy and non-adherence ( $p=0.027$ ). The study enabled the identification of barriers to medication adherence, mainly in the domains "regime" and "recall".

### RESUMO

Este trabalho teve como objetivo analisar a adesão à farmacoterapia por pacientes em terapia hemodialítica atendidos em um hospital universitário. Trata-se de um estudo descritivo, transversal, prospectivo, com abordagem quantitativa; com coleta de dados realizada entre novembro de 2022 e janeiro de 2023; que teve como variáveis dados sociodemográficos e clínicos e que utilizou o *Brief Medication Questionnaire* (BMQ) para analisar o grau de adesão dos pacientes incluídos. Foram excluídos da amostra os que não obtiveram pontuação mínima para os pontos de corte do Mini Exame do Estado Mental. Dos 43 pacientes incluídos, constatou-se um predomínio do sexo feminino (55,8%) com idade maior que 50 anos (53,5%), estado civil solteiro (41,9%), com renda familiar de 1 a 3,5 salários mínimos (69,8%) e com mais de 7 anos de estudo (67,4%). As doenças de base de etiologia indeterminadas tiveram maior prevalência (18,6%). Entre os participantes, 53,5% possuíam de 1 a 3 comorbidades ( $3,7 \pm 2,2$ ) e estavam a menos de 1 ano em hemodiálise (55,8%). Referente ao número de medicamentos em uso, houve diferença entre a quantidade coletada no autorrelato ( $5,1 \pm 2$ ) da obtida no prontuário ( $5,9 \pm 2,4$ ). Destes, 69,8% dos pacientes obtiveram pontuação compatível com baixa adesão conforme score total do BMQ. No domínio "Regime", 88,4% apresentaram barreiras. No domínio "Crenças", 27,9% pontuaram e no domínio de "Recordação", 93% obtiveram um escore compatível com a não adesão. Não houve associação estatisticamente significativa entre as variáveis sociodemográficas, porém, verificou-se uma correlação entre polifarmácia e não adesão ( $p=0,027$ ). O estudo possibilitou a identificação das barreiras à adesão medicamentosa, principalmente nos domínios "regime" e "recordação".

### INFORMAÇÕES DO ARTIGO

#### Histórico do Artigo:

Submetido: 01/06/2023

Aprovado: 09/11/2023

Publicação: 28/03/2024



#### Keywords:

Adherence to  
Pharmacological Treatment,  
Hemodialysis,  
Pharmaceutical Care.

#### Palavras-Chave:

Adesão ao Tratamento  
Farmacológico, Hemodiálise,  
Cuidados Farmacêuticos.

## Introdução

Doença Renal Crônica (DRC) corresponde a um termo geral para diferentes alterações que podem afetar a estrutura ou a função renal, tendo múltiplas causas e múltiplos fatores de prognóstico, apresentando-se de forma clinicamente variável e geralmente tendo como desfecho mais grave a Insuficiência Renal (IR). Dessa forma, considera-se portador de DRC o indivíduo que, independentemente da causa, apresente por pelo menos três meses consecutivos uma Taxa de Filtração Glomerular (TFG)  $< 60 \text{ mL/min/1,73m}^2$ . Nos casos de pacientes com  $\text{TFG} \leq 60 \text{ mL/min/1,73m}^2$ , considera-se DRC se associada a pelo menos um marcador de dano renal parenquimatoso (albuminúria, hematúria, alterações eletrolíticas) ou alteração no exame de imagem (Brasil, 2014; Eknayan et al., 2013).

Trata-se de uma doença de curso prolongado, insidioso e que, na maior parte do tempo de sua evolução, é assintomática. A DRC representa um importante problema de saúde pública. Em estágios mais avançados, pode levar à insuficiência renal crônica terminal, fazendo com que seja necessária a utilização de uma Terapia Renal Substitutiva (TRS), indicada para pacientes com TFG inferior a  $10 \text{ mL/min/1,73m}^2$ . Entre as modalidades, as TRSs utilizadas hoje são a Diálise Peritoneal (DP), o Transplante Renal (TxR) e, em maior número, a Hemodiálise (HD) (Brasil, 2014; Pereira & Leite 2022).

A HD, que consiste na passagem do sangue do paciente através de uma máquina que promove a retirada do excesso de escórias nitrogenadas, água e sais minerais, promove a homeostase hidroeletrolítica sérica, continua sendo a TRS mais adotada. Dados do Censo Brasileiro de Diálise 2021 trazem um total estimado de 148.363 pacientes em diálise. Dos pacientes prevalentes, 94,2% estavam em HD, 5,8% em DP; 21% estavam na lista de espera para TxR (Elliott et al., 2000; Saldanha et al., 2022).

Mesmo quando o paciente já está em HD ou quando a perda da função renal é inexorável, faz-se necessário adotar medidas para prevenir a progressão da DRC ou que permitam a lentificação na velocidade da perda, utilizando todos os esforços clínicos para a conservação da TFG. Medidas terapêuticas também devem ser tomadas, pois, ao longo da DRC, o surgimento de condições como o Distúrbio Mineral Ósseo (DMO), anemia e acidose metabólica são esperadas, como também de doenças cardiovasculares, decorrentes do decaimento da TFG (Brasil, 2014; Eknayan et al., 2013).

Por tais motivos, boa parcela dos pacientes que realizam HD utilizam uma quantidade considerável de medicamentos de diversas classes terapêuticas e com os mais variados esquemas posológicos, gerando, assim, muitas dúvidas, dificultando ainda mais a adesão e, conseqüentemente, a efetividade do tratamento. A não adesão à farmacoterapia pode também

levar à falha na detecção de um verdadeiro efeito do tratamento nos pacientes que fazem HD. Mirzaei-Alavijeh et al. (2023) destacam que pacientes em diálise utilizam diariamente uma média de 11 a 12 medicamentos. Neste sentido, a adesão à terapia medicamentosa tem efeito positivo na manutenção da saúde, na qualidade de vida e sobrevida do paciente hemodialítico (Murali et al., 2017; Sgnaolin & Figueiredo 2012).

O conceito de adesão é dinâmico, complexo e multidimensional; pode ser referente ao tratamento medicamentoso, dieta ou mudança no estilo de vida e é definido pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como o grau em que o comportamento de um indivíduo está em conformidade com as recomendações dos profissionais de saúde. Referindo-se ao tratamento farmacológico, a não adesão prejudica o alcance dos resultados terapêuticos e, conseqüentemente, contribui com a progressão da doença, elevando a morbidade, a mortalidade e os custos associados. A inefetividade terapêutica ocorre em uma parcela significativa de pacientes, sendo, portanto, necessário adotar estratégias para avaliar a farmacoterapia utilizada (Ghimire et al., 2015; Mirzaei-Alavijeh et al., 2023; Oliboni & de Castro 2018).

Apesar da baixa sensibilidade e acurácia, os questionários são os instrumentos mais utilizados para avaliar a adesão à farmacoterapia, por apresentarem custo relativamente baixo e aplicação factível em grandes populações. No Brasil, em 2012, realizou-se a tradução e avaliação de confiabilidade e desempenho do *Brief Medication Questionnaire* (BMQ). Estudos brasileiros com diferentes públicos demonstram a eficácia do BMQ na avaliação do perfil de adesão, inclusive demonstrando maior sensibilidade e especificidade quando comparado a outros questionários (Ben et al., 2012; França et al., 2020; Istilli, 2014).

A adesão à farmacoterapia é um dos fatores primordiais para o sucesso de uma terapia medicamentosa. No caso dos pacientes em HD, é fundamental na lentificação das morbidades que surgem no decorrer da DRC. Sendo assim, o estudo dos fatores associados à adesão é importante para que estratégias de intervenção bem-sucedidas possam ser implementadas para melhorar a adesão à farmacoterapia por este público. Portanto, o objetivo do presente trabalho foi analisar a adesão ao tratamento farmacológico através de um questionário validado e identificar os principais fatores associados à não adesão, bem como conhecer as características sociodemográficas de pacientes que realizam hemodiálise no hospital em questão.

## **Metodologia**

Estudo descritivo, transversal, prospectivo, com abordagem quantitativa, com coleta de dados realizada entre novembro de 2022 e janeiro de 2023 no setor de hemodiálise do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Pernambuco (HC-UFPE), cuja amostra se deu por conveniência.

Foram incluídos pacientes maiores de 18 anos de ambos os sexos; que estivessem há mais de 1 mês em terapia hemodialítica; inseridos no programa de hemodiálise do HC-UFPE, que atende cerca de 70 pacientes; e que se disponibilizaram, mediante o consentimento livre e esclarecido, a participar da pesquisa e obtiveram pontuação mínima no Mini Exame do Estado Mental (MEEM). Tal teste foi utilizado como instrumento para a seleção da amostra, pois analisa vários domínios (orientação espacial, temporal, memória imediata e de evocação, cálculo, linguagem-nomeação, repetição e compreensão), avaliando a capacidade cognitiva do paciente para responder os demais instrumentos da pesquisa. Conforme a escolaridade, foram considerados como valores de corte: 18 pontos para analfabetos, 21 pontos para 1-3 anos de escolaridade, 24 para 4-7 anos de escolaridade e 26 para mais de 7 anos de escolaridade (Caramelli & Nitrini 2000).

Foram excluídos pacientes que possuíam algum diagnóstico ou fator incapacitante que proporcionasse déficit cognitivo, bem como aqueles que fossem exclusivamente dependentes de cuidadores ou de acompanhantes, impedindo, assim, a coleta das percepções do próprio paciente acerca de seu tratamento e condição clínica.

As informações foram coletadas por meio dos prontuários e de uma entrevista, utilizando um questionário de dados sociodemográficos (nome e idade, sexo, raça, estado civil, escolaridade e renda) e dados clínicos (doença de base e comorbidades, anos em hemodiálise e medicamentos em uso), um instrumento para avaliar a função cognitiva (MEEM) e um instrumento para mensurar a adesão do paciente à terapia farmacológica, o *Brief Medication Questionnaire* (BMQ) que é uma ferramenta dividida em três domínios que identificam barreiras à adesão quanto ao regime, às crenças e à recordação em relação ao tratamento medicamentoso na perspectiva do paciente. A análise foi realizada considerando o score total do instrumento, em que nenhuma resposta positiva indica adesão ao tratamento, uma resposta positiva sugere provável adesão ao tratamento, duas respostas positivas provável baixa adesão e três ou mais baixa adesão ao tratamento, e considerando 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 (Mantovani et al., 2015).

Após a coleta, foi realizado atendimento farmacêutico ao paciente e apresentado ao entrevistado um panfleto confeccionado com informações e cuidados com os medicamentos, reforçando a importância de aderir e conhecer o seu tratamento, configurando um momento para educação em saúde.

Os dados coletados foram tabulados utilizando o programa Microsoft Office Excel®. As variáveis categóricas foram apresentadas como frequências e percentuais. As variáveis contínuas foram analisadas no *Statistical Package for the Social Science*®, submetidas ao

teste de Kolmogorov-Smirnov (amostra com N=43), e, por não seguirem distribuição normal ( $p < 0,05$ ), utilizou-se o coeficiente de correlação de Spearman para verificar a correlação da adesão (score total do BMQ) com as variáveis idade, sexo, renda, número de comorbidades, tempo em hemodiálise (anos), polifarmácia (uso de 4 ou mais medicamentos) (Instituto para Práticas Seguras no Uso dos Medicamentos [ISMP], 2019) e escolaridade (anos). O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Pernambuco, sob o CAAE de número 63451222.7.0000.8807.

## Resultados

Dos 66 pacientes inscritos no programa de hemodiálise (conforme censo do mês de novembro de 2022) 3 estavam em trânsito no período de coleta. Dos 63 restantes, 3 pacientes recusaram participar da pesquisa, 7 não obtiveram pontuação mínima no MEEM e 10 foram excluídos por depender de cuidador ou por ter algum diagnóstico de déficit cognitivo registrado em prontuário, sendo incluídos ao final 43 participantes nesta pesquisa.

Observou-se no grupo estudado um predomínio do sexo feminino (55,8%), com média das idades de 51,8 anos ( $\pm 14,3$ ) com maioria superior a 50 anos (53,5%), raça parda (48,8%) estado civil solteiro (41,9%), com renda familiar de 1 a 3,5 salários mínimos (69,8%) e com mais de 7 anos de estudo (67,4%); conforme apresentado na Tabela 1.

**Tabela 1.**

*Caracterização sociodemográfica da população em estudo*

<b>Variáveis sociodemográficas</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Sexo</b>		
Feminino	24	55,8
Masculino	19	44,2
<b>Idade</b>		
≤50	20	46,5
> 50	23	53,5
<b>Raça</b>		
Parda	21	48,8
Negra	11	25,6
Branca	10	23,3
Amarela	1	2,3
<b>Estado Civil</b>		
Solteiro	18	41,9
Casado	15	34,9
União Estável	7	16,3
Viúvo	2	4,7
Divorciado	1	2,3
<b>Renda Familiar (Salários mínimos)</b>		
<1	4	9,3

1 a 3,5	30	69,8
4 a 6	5	11,6
>6	1	9,3
<b>Escolaridade (Anos de estudos)</b>		
<1	2	4,7
1 a 3	3	7
4 a 7	9	20,9
>7	29	67,4

Fonte: Dados da pesquisa

Na Tabela 2 estão descritos os dados clínicos dos pacientes incluídos no estudo. As doenças de base de etiologia indeterminada apareceram com maior prevalência (18,6%), seguido de diabetes (16,3%). Entre os participantes, 53,5% possuíam de 1 a 3 comorbidades com média de 3,7 ( $\pm 2,2$ ) e estavam a menos de 1 ano em HD (55,8%) com média de 2,1 anos em HD ( $\pm 3,8$ ). Referente ao número de medicamentos em uso, houve diferença entre a quantidade coletada no autorrelato ( $5,1 \pm 2$ ), (variando de 1 medicamento até no máximo 8) do número obtido no prontuário ( $5,9 \pm 2,4$ ) (variando de 2 medicamentos até no máximo 12), coletado na prescrição mais recente do paciente.

**Tabela 2.**

*Caracterização clínica da população em estudo*

<b>Variáveis clínicas</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Doença de Base</b>		
Etiologia indeterminada	8	18,6
Diabetes	7	16,3
Hipertensão	5	11,6
Glomerulopatias	5	11,6
Neoplasia / Câncer	5	11,6
Doença Renal Policística	4	9,3
Lúpus	3	7
Nefrolitíase	2	4,7
Anemia falciforme	1	2,3
Bexiga Neurogênica	1	2,3
Tuberculose Renal	1	2,3
Crise Renal Esclerodérmica	1	2,3
<b>Número de Comorbidades</b>		
1 a 3	23	53,5
4 a 6	13	30,2
>6	7	16,3
<b>Tempo em hemodiálise (anos)</b>		

< 1	24	55,8
1 a 5	14	32,6
6 a 10	3	7
>10	2	4,7

Fonte: Dados da pesquisa

Ao analisar a adesão dos pacientes conforme escore total do BMQ, 69,8% dos pacientes obtiveram pontuação compatível com baixa adesão. O domínio “Regime”, que trata das dificuldades referentes à identificação correta dos medicamentos em uso bem como a falhas posológicas, 88,4% dos entrevistados apresentaram barreiras à adesão (escore $\geq$ 1). No domínio “Crenças”, que aponta à confiança do paciente no tratamento e traz à tona reações adversas, 27,9% dos pacientes demonstraram barreiras (escore $\geq$ 1) e no domínio de “Recordação”, que se refere a utilização de múltiplas doses diárias e bem como dificuldades para lembrar de tomar os medicamentos, 93% tiveram um escore equivalente com a não adesão (escore $\geq$ 1) (Tabela 3) (KASPER et al., 2017; Mantovani et al., 2015).

**Tabela 3.**

*Distribuição dos participantes de acordo com as variáveis de adesão à terapia medicamentosa*

<b>ESCORE BMQ</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Escore Total</b>		
Adesão (0)	0	0,0
Provável adesão (1)	8	18,6
Provável baixa adesão (2)	5	11,6
Baixa adesão (3 ou mais)	30	69,8
<b>Escore por domínio</b>		
<b>Regime</b>		
0	5	11,6
$\geq$ 1	38	88,4
<b>Crenças</b>		
0	31	72,1
$\geq$ 1	12	27,9
<b>Recordação</b>		
0	3	7,0
$\geq$ 1	40	93,0

Fonte: Dados da pesquisa

Referente às respostas positivas (que indicam menor adesão), 67,4% falharam em listar os medicamentos prescritos no domínio regime; 16,3% nomearam os medicamentos que os

incomodam no domínio crenças e 93% recebem um esquema de múltiplas doses de medicamentos (2 ou mais vezes/dia) no domínio recordação; conforme apresentado na Tabela 4.

**Tabela 4.**

*Respostas positivas por perguntas em cada domínio do BMQ*

<b>Domínios</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>DR - Regime</b>		
DR1. O R falhou em listar (espontaneamente) os medicamentos prescritos no relato inicial?	29	67,4
DR2. O R interrompeu a terapia devido ao atraso na dispensação da medicação ou outro motivo?	20	46,5
DR3. O R relatou alguma falha de dias ou de doses?	15	34,9
DR4. O R reduziu ou omitiu doses de algum medicamento?	3	7
DR5. O R tomou alguma dose extra ou medicação a mais do que o prescrito?	1	2,3
DR6. O R respondeu que "não sabia" a alguma das perguntas?	1	2,3
DR7. O R se recusou a responder a alguma das questões?	0	0
<b>DC - Crenças</b>		
DC1. O R relatou "não funciona bem" ou "não sei" na resposta 1g?	6	14
DC2. O R nomeou as medicações que o incomodam?	7	16,3
<b>DRE - Recordação</b>		
DRE1. O R recebe um esquema de múltiplas doses de medicamentos (2 ou mais vezes/dia)?	40	93
DRE2. O R relata "muita dificuldade" ou "alguma dificuldade" em responder a 3c?	15	34,9

*Fonte: Dados da pesquisa - Adaptado de Ben et al. (2012)*

A análise da correlação entre adesão (score total do BMQ) com idade, sexo, renda, número de comorbidades, tempo em hemodiálise (anos), polifarmácia (uso de 4 ou mais medicamentos) (ISMP, 2019) e escolaridade (anos) (Tabela 5), verificou uma correlação positiva entre polifarmácia e não adesão ( $p=0,027$ ).

**Tabela 5.***Teste de correlação com variáveis coletadas*

Variável	Coefficiente de Spearman	p valor
Idade	-0,163	0,297
Sexo	0,065	0,677
Renda	-0,026	0,869
Número de comorbidades	0,002	0,992
Tempo em hemodiálise (anos)	0,116	0,457
Polifarmácia	0,338	0,027
Escolaridade (anos de estudo)	-0,03	0,849

*Nota: p valor significativo quando  $p < 0,05$* **Discussão**

O presente estudo mostrou que a não adesão ao tratamento medicamentoso é frequente nos pacientes incluídos, sendo um dado comum aos pacientes com DRC que fazem HD (Bampi et al., 2015; Pereira & Leite 2022; Sgnaolin & Figueiredo 2012). Conforme instrumento utilizado, 69,8% dos pacientes obtiveram pontuação compatível com baixa adesão. A principal barreira encontrada foi no domínio “Recordação”, já que 93% dos pacientes recebem um esquema de múltiplas doses de medicamentos (2 ou mais vezes/dia). A segunda maior barreira encontrada foi no domínio “Regime”, o qual 67,4% falharam em listar corretamente os medicamentos prescritos. Neste domínio, chama também atenção o fato de que 46,5% dos entrevistados interromperam a terapia devido ao atraso na dispensação da medicação ou outro motivo.

A utilização de múltiplas doses de diferentes medicamentos durante o dia é comum em pacientes que realizam HD por geralmente apresentarem comorbidades crônicas, que requerem o uso de vários medicamentos e, portanto, os colocam em alto risco de polifarmácia. Tal fato exige do paciente maior atenção, memória e organização diante dos horários de administração dos medicamentos aos quais faz uso (Bampi et al., 2015; Paneerselvam et al., 2022).

Bampi et al. (2015) avaliaram a adesão medicamentosa em pacientes com insuficiência renal crônica em hemodiálise e encontraram 65% em baixa adesão e 35% com provável baixa adesão, utilizando também o BMQ. Em um estudo realizado no Irã, Mirzaei-Alavijeh et al. (2023), utilizando o modelo COM-B para identificar os determinantes na adesão à medicação entre pacientes com insuficiência renal terminal, obtiveram um indicativo de 59,7% destes com pontuação máxima para a adesão entre os 260 pacientes em HD incluídos no estudo. No

entanto, os autores destacam outros estudos que referem taxas de adesão ao tratamento inferiores a 50%.

Por outro lado, um estudo (Albarelo et al., 2020) que avaliou a adesão ao tratamento da hipertensão arterial sistêmica de pacientes participantes do programa hiperdia de uma estratégia em saúde da família encontrou com o BMQ que 22,9% dos entrevistados têm efetivamente adesão ao tratamento medicamentoso da hipertensão e 47,8% têm provável adesão; enquanto 28,2% têm provável baixa adesão e 1,2% têm baixa adesão. Essa discrepância aponta que a adesão ao tratamento está relacionada com as características particulares, variando por população e patologia em estudo, por exemplo.

Observou-se no grupo que as doenças de base de etiologia indeterminada apareceram com maior prevalência (18,6%), seguido de diabetes (16,3%). Em relação ao diagnóstico de base da DRC, outros estudos mostraram que 43,1% tinham a doença com causa indeterminada, seguida por nefropatia diabética (de Oliveira et al., 2022). Segundo o Censo Brasileiro de Diálise 2021, a taxa de diagnóstico de doenças de base permaneceu estável, com a hipertensão respondendo por 32% e o diabetes por 30%, porém, devido à dificuldade de estabelecer o diagnóstico primário de DRC, constata-se que o diabetes não superou a hipertensão como a principal doença primária no Brasil em pesquisas anteriores. Em contraste, o diabetes foi o principal diagnóstico primário na população em diálise dos Estados Unidos em 2017 (45%), enquanto a hipertensão representou 30% (Saldanha et al., 2022).

Como em nosso estudo, Sgnaolin & Figueiredo (2012) também encontraram diferenças no número de medicamentos do autorrelato e da prescrição e apenas a minoria dos pacientes relataram corretamente o nome e a dose de todos os medicamentos prescritos. O conhecimento do paciente acerca da farmacoterapia em uso é também um fator que influencia diretamente no nível de adesão (Sgnaolin & Figueiredo 2012). Devido à complexidade da DRC, o paciente em HD deve ser empoderado para que seja agente ativo na tomada de decisões. Para tal, prover elementos que dão suporte à tomada de decisões quanto aos cuidados disponíveis é uma responsabilidade dos serviços de saúde. A falta de comunicação e a indiferença dos profissionais de saúde são representativos do não empoderamento (Almeida et al. 2019).

A interrupção na terapia, seja devido ao atraso na dispensação da medicação ou outro motivo, foi outro achado importante. Assim, a forma de obtenção dos medicamentos pode estar associada a menores taxas de adesão, pois a maioria de nossa amostra adquire medicamentos somente pelo SUS ou compra e recebe na rede pública, através do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF), que viabiliza a obtenção de medicamentos onerosos para o tratamento de pacientes em DRC dialítica, constituindo a estratégia do SUS que visa garantir a integralidade do tratamento medicamentoso (da Hora Brito & de Araújo 2022).

Da Hora Brito & de Araújo (2022) apontam em seu estudo que as dificuldades encontradas no acesso aos medicamentos estiveram relacionadas à falta do medicamento, de informação, bem como a burocracia e demora. Fatores como a ausência ou desatualização de exames clínicos, que resultam na maioria dos indeferimentos das solicitações de medicamentos, falta de informação sobre documentos necessários para a realização do cadastro ou a inclusão de uma nova droga acabam postergando a dispensação do medicamento (Pimentel et al., 2022).

Ao avaliar a adesão medicamentosa em pacientes com lúpus eritematoso sistêmico no mesmo hospital em que foi desenvolvido este estudo, Assis (2019) encontrou que as principais razões para dificuldades relatadas na tomada dos medicamentos foram a impossibilidade de comprar e não ter conseguido adquirir os medicamentos pelo SUS.

Não houve associação estatisticamente significativa entre as variáveis sociodemográficas coletadas nesse estudo (idade, sexo, renda, número de comorbidades, tempo em hemodiálise e escolaridade e a adesão dos pacientes ( $p > 0,05$ ), sugerindo então que essas variáveis não foram fatores que influenciaram diretamente na adesão dos pacientes no grupo em estudo. França et al. (2019), ao utilizar o BMQ para avaliar a adesão de pacientes iniciantes em terapia antirretroviral, não encontraram associação entre o score deste com as variáveis sexo, raça, grau de instrução, estado civil e idade. Albarello et al. (2020) ao avaliar a adesão ao tratamento da hipertensão arterial sistêmica não encontraram significância estatística entre adesão ao tratamento medicamentoso (utilizando o BMQ) e idade, sexo, escolaridade e renda familiar. Existem outros trabalhos, como o de Jacques et al. (2015) que também não encontraram associação estatística entre algumas variáveis sociodemográficas e o perfil de adesão da população estudada.

Dados da literatura indicam que a falta de associação pode ser explicada pelo fato de que cada doença ou tratamento têm suas barreiras específicas de adesão e os fatores que se relacionam com a falta de adesão não estão ligados somente ao medicamento, mas também com as características individuais, sendo um processo dinâmico, influenciado simultaneamente por fatores econômicos e sociais, sistema e equipe de saúde, características da doença, tipo de terapia e fatores relacionados ao paciente (França et al., 2020; Pereira & Leite 2022).

Neste estudo verificou-se uma correlação positiva entre polifarmácia e não adesão ( $p = 0,027$ ). O efeito negativo da polifarmácia na adesão já é conhecido, pois um tratamento complexo requer do paciente maior dedicação, seguimento correto das orientações e percepção da importância do tratamento para a manutenção de sua vida. Dessa forma, o grande número de medicamentos pode favorecer o não cumprimento do tratamento ou o esquecimento de alguns medicamentos, repercutindo em uma baixa adesão (Bampi et al., 2015; Gewehr et al., 2018).

Destaca-se na literatura que a presença do farmacêutico no cuidado ao paciente com DRC em HD proporciona melhora na adesão aos medicamentos, reduz os Problemas Relacionados a Medicamentos (PRMs) e otimiza os resultados terapêuticos, sendo fundamental a presença deste profissional nas equipes multidisciplinares que acompanham pacientes renais (Bampi et al., 2015; Paneerselvam et al., 2022).

O BMQ mostrou-se importante no monitoramento da adesão deste grupo de pacientes, contudo é necessário associá-lo a outras medidas para que seja realmente efetivo, bem como o desenvolvimento de pesquisas para avaliar a parcela dos pacientes não incluídos neste estudo, pois familiares e cuidadores podem facilitar a adesão ao tratamento auxiliando com a farmacoterapia e influenciando nos mecanismos que favorecem o cuidar de si (Albarelo et al., 2020; Almeida et al. 2019).

As principais limitações deste estudo são inerentes a uma análise limitada a um único Hospital Universitário, ao tamanho da amostra e com viés na coleta de dados no prontuário, pois tratava-se de prontuários físicos. Outras limitações da pesquisa referem-se àquelas inerentes a utilização de entrevistas, ligadas ao dispositivo de investigação, à relação entrevistador-entrevistado e ao contexto da pesquisa (Moura & Rocha 2017). Para tal, foram confirmadas as informações coletadas em prontuário no momento da entrevista bem como seguidas as recomendações do artigo original durante a coleta de dados. Ainda são poucos os estudos que fornecem informações sobre o perfil de adesão dos pacientes em hemodiálise no Brasil, portanto os dados analisados subsidiam novas pesquisas sobre esse tema.

## **Considerações Finais**

O estudo demonstrou que uma parcela significativa dos participantes desta pesquisa apresentou dificuldade em aderir ao tratamento proposto, afetando a sobrevida e qualidade de vida dos pacientes em HD, sendo, portanto, motivo de preocupação.

Neste sentido, a análise realizada possibilitou a identificação das barreiras interferentes à adesão medicamentosa pela população em estudo como também um perfil sociodemográfico e de adesão desta, permitindo uma melhor compreensão dos fatores determinantes para a adesão efetiva. Tais dados impactam a prática interprofissional, pois além de serem relevantes devido ao alto investimento do sistema público de saúde com medicamentos, fornecem informações para uma melhor atuação da equipe na terapia medicamentosa do paciente.

## REFERÊNCIAS

- Albarello, J., dos Santos, A. D. L., Gesuino, D. B., Madeira, K., & Ferraz, F. (2020). Adesão ao tratamento medicamentoso e não medicamentoso da Hipertensão Arterial Sistêmica. *Saúde (Santa Maria)*, 46(2). <https://doi.org/10.5902/2236583448245>.
- Almeida, O. A. E. D., Santos, W. S., Rehem, T. C. M. S. B., & Medeiros, M. (2019). Envolvimento da pessoa com doença renal crônica em seus cuidados: revisão integrativa. *Ciência & Saúde Coletiva*, 24, 1689-1698.
- Bampi, S. C., Leal, L. F., Falavigna, M., De Araujo, L. P. R., Eick, R., Kuhmmer, R., ... & Gnatta, D. (2015). Avaliação da adesão medicamentosa em pacientes portadores de insuficiência renal crônica submetidos à hemodiálise. *Revista Brasileira de Farmácia Hospitalar e Serviços de Saúde*, 6(4).
- Ben, A. J., Neumann, C. R., & Mengue, S. S. (2012). Teste de Morisky-Green e Brief Medication Questionnaire para avaliar adesão a medicamentos. *Revista de Saúde Pública*, 46, 279-289.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada e Temática. *Diretrizes Clínicas para o Cuidado ao paciente com Doença Renal Crônica – DRC no Sistema Único de Saúde/ Ministério da Saúde*. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada e Temática. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014.
- Caramelli, P., & Nitirini, R. (2000). Como avaliar de forma breve e objetiva o estado mental de um paciente?. *Revista da Associação Médica Brasileira*, 46,301-301.
- da Hora Brito, A., & Araujo, M. de O. (2022). Percepção dos usuários sobre o acesso a medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica. *HU Revista*, 48, 1–9. <https://doi.org/10.34019/1982-8047.2022.v48.36718>.
- Istili, P. T. (2014). *Adesão ao agente antidiabético oral de pessoas com Diabetes mellitus: uso do Brief Medication Questionnaire* (Dissertação de mestrado, Universidade de São Paulo).
- Oliveira, A. P. de, Moreira, F. S. M., de Souza, R. M. L., Higino, J. S., da Silva Barbosa, I., de Oliveira, B. D. S., ... & Moura, C. A. (2022). Análise do perfil farmacoterapêutico e laboratorial dos pacientes portadores de hiperparatireoidismo secundário submetidos à paratireoidectomia. *Research, Society and Development*, 11(5), e16511527949-e16511527949.
- Elliott D. A. (2000). Hemodialysis. *Clinical techniques in small animal practice*, 15(3), 136–148. <https://doi.org/10.1053/svms.2000.18297>
- Eknoyan, G., Lameire, N., Eckardt, K., Kasiske, B., Wheeler, D., Levin, A., ... & Coresh, J. (2013). KDIGO 2012 clinical practice guideline for the evaluation and management of chronic kidney disease. *Kidney int*, 3(1), 5-14.
- França, P. O., Sales, I. M., & Pezzin, M. F. (2019). Utilização do Brief Medication Questionnaire na avaliação da adesão de pacientes iniciantes em terapia antirretroviral. *Brazilian Journal of Health Review*, 2(6), 5228-5240.
- Gewehr, D. M., Bandeira, V. A. C., Gelatti, G. T., Colet, C. D. F., & Oliveira, K. R. D. (2018). Adesão ao tratamento farmacológico da hipertensão arterial na Atenção Primária à Saúde. *Saúde em debate*, 42, 179-190.
- Ghimire, S., Castelino, R. L., Lioufas, N. M., Peterson, G. M., & Zaidi, S. T. (2015). Nonadherence to Medication Therapy in Haemodialysis Patients: A Systematic Review. *PloS one*, 10(12), e0144119. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0144119>

- Jacques, I. de J. A. A., Santana, J. M. de, Moraes, D. C. de A., Souza, A. de F. M., Abrão, F. M. da S., & Oliveira, R. C. de. (2015). Avaliação da adesão à terapia antirretroviral entre pacientes em atendimento ambulatorial. *Revista Brasileira De Ciências Da Saúde*, 18(4), 303–308.  
<https://periodicos.ufpb.br/index.php/rbcs/article/view/18326>
- Kasper, M. D., Vargas, T. G., dos Santos, A. S., Raasch, J. R., Betti, A. H., & Perassolo, M. S. (2017). Adesão à terapia medicamentosa e qualidade de vida de usuários de uma Unidade de Saúde da Família de Novo Hamburgo-RS. *Revista Brasileira de Farmácia Hospitalar e Serviços de Saúde*, 8(4).
- Mantovani, M. D. F., Mattei, Â. T., Arthur, J. P., Ulbrich, E. M., & Moreira, R. C. (2015). Utilização do brief medication questionnaire na adesão medicamentosa de hipertensos. *Rev. enferm. UFPE on line*, 84-90.
- Mirzaei-Alavijeh, M., Hamzeh, B., Omrani, H., Esmaili, S., Khakzad, S., & Jalilian, F. (2023). Determinants of medication adherence in hemodialysis patients: a cross-sectional study based on capability-opportunity-motivation and behavior model. *BMC nephrology*, 24(1), 1-8.
- Moura, F. A., & Rocha, L. L. L. F. (2017). Memória e história: entrevista como procedimento de pesquisa em Comunicação. *Revista Comunicação Midiática*, 12(2), 161-176.
- Murali, K. M., Mullan, J., Chen, J. H., Roodenrys, S., & Lonergan, M. (2017). Medication adherence in randomized controlled trials evaluating cardiovascular or mortality outcomes in dialysis patients: A systematic review. *BMC nephrology*, 18(1), 1-11.
- Oliboni, L. S., & de Castro, M. S. (2018). Adesão à farmacoterapia, que universo é esse? uma revisão narrativa. *Clinical and Biomedical Research*, 38(2). <https://seer.ufrgs.br/index.php/hcpa/article/view/80552>
- Paneerselvam, G. S., Aftab, R. A., Sirisinghe, R. G., Lai, P. S. M., & Lim, S. K. (2022). Study protocol: Effectiveness of patient centered pharmacist care in improving medication adherence, clinical parameters and quality of life among hemodialysis patients. *PloS one*, 17(2), e0263412.  
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0263412>
- Pereira, C. V.; Leite, I. C. G. Fatores associados à não adesão ao regime terapêutico de pacientes em hemodiálise. *Cadernos Saúde Coletiva*, v. 30, p.349-360, 2022.
- Pimentel, L. de S., Anjos Junior, A. J. da S. dos., Castro, N. A. de., & Almeida, A. C. G. de. (2022). O componente especializado da assistência farmacêutica: acesso a medicamento de alto custo. *Research, Society and Development*, 11(7), e47811730447. <https://doi.org/10.33448/rsd-v11i7.30447>
- Saldanha, F. B. N. H. N. L. F., Vieira Neto, T. O. M., Sesso, R., & Lugon, J. R. (2022). Censo Brasileiro de Diálise 2021. *Brazilian Journal of Nephrology* [Internet], 00(00), 00-00.  
<https://www.scielo.br/j/jbn/a/FPDbGN5DHWjvMmRS98mH5kS/?format=pdf&lang=pt>
- Sgnaolin, V., & Figueiredo, A. E. P. L. (2012). Adesão ao tratamento farmacológico de pacientes em hemodiálise. *Brazilian Journal of Nephrology*, 34, 109-116.